Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro, v3,
2022/03

ISSN 2178-6925

EFEITO DA PÍLULA ANTICONCEPCIONAL NA DIMINUIÇÃO DO DESEJO SEXUAL EM MULHERES

EFFECT OF THE CONTRACEPTIVE PILL ON THE REDUCTION OF SEXUAL DESIRE IN WOMEN

Aline Roepke Loss Correa
Professora Especialista, Faculdade Presidente Antônio Carlos de Aimorés
E-mail: alineroepke@yahoo.com.br

Jonatas Pereira Medeiros
Acadêmico do 9º período do curso de Farmácia,
Faculdade Presidente Antônio Carlos de Aimorés
E-mail: jonataspm2010@hotmail.com

Juliano Kácio Zorzal
Professor Especialista, Faculdade Presidente Antônio Carlos de Aimorés
E-mail:julianokzorzal@hotmail.com

Renata Pereira Cardoso
Acadêmica do 9º período do curso de Farmácia,
Faculdade Presidente Antônio Carlos de Aimorés
E-mail: renatathaynara@live.com

Simone da Penha Pedrosa Palcich
Professora Mestra, Faculdade Presidente Antônio Carlos de Aimorés
E-mail: simonepedrosa79@hotmail.com

Recebido 05/03/2022 Aceito 18/03/2022

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo apresentar a importância da análise do uso da pílula anticoncepcional na influência da libido feminina. É imperioso que a mulher conheça bem seu corpo e as alterações que ocorrem nele e no contexto da sexualidade, tema pouco discutido e abordado, quer seja por timidez ou inibição. Ocorrências do aumento de disfunções sexuais em mulheres tem sido observada com mais frequências, associado ao desconforto pessoal e psicológico, tem-se se tornado uma preocupação, inclusive no aumento de outras patologias relacionadas a saúde e bem-estar geral feminino, que a partir de um diagnóstico precoce e tratamento eficaz poderá melhorar os sentimentos de valorização e autoestima pessoal e do casal. Assim, a atuação do farmacêutico tem destaque na valorização e conscientização de informações para mulheres que buscam automedicação, sem o devido conhecimento e orientação médica adequada a cada paciente.

ISSN 2178-6925

Palavras-chave: Contraceptivo oral. Disfunção sexual. Sexualidade. Libido. Farmacêutico.

ABSTRACT

This work aimed to present the importance of analyzing the use of contraceptive pills in the influence of female libido. It is imperative that women know their body well and the changes that occur in it and in the context of sexuality, a topic that is little discussed and addressed, whether due to shyness or inhibition. Occurrences of increased sexual dysfunction in women have been observed more frequently, associated with personal and psychological discomfort, has become a concern, including the increase in other pathologies related to female general health and well-being, than from early diagnosis and effective treatment can improve feelings of personal and couple appreciation and self-esteem. Thus, the role of the pharmacist stands out in the valuation and awareness of information for women who seek self-medication, without proper knowledge and adequate medical guidance for each patient.

Keywords: Oral contraceptive. Sexual dysfunction. Sexuality. Libido. Pharmacist's.

1 INTRODUÇÃO

Os benefícios que os contraceptivos orais oferecem são inúmeros como, o controle do ciclo menstrual, redução das cólicas e do fluxo de sangramento, além da redução dos problemas de pele, como acne. Porém, algumas mulheres apresentam reações com o uso da pílula, como retenção de líquido, náuseas e redução da libido, em alguns casos, por alterar a dinâmica da ovulação, pode afetar o desejo sexual de mulheres mais sensíveis a alterações hormonais.

O aumento das disfunções sexuais em mulheres, associado ao desconforto pessoal e psicológico, reflete uma preocupação no aumento de outras patologias relacionadas à saúde e bem-estar geral, que a partir de um diagnóstico precoce e tratamento eficaz poderá melhorar os sentimentos de valorização e autoestima pessoal e do casal.

A presente pesquisa tem como objetivo apresentar a importância da análise do uso da pílula anticoncepcional na influência da libido feminina, buscando compreender as diversas alterações das disfunções femininas, descrever os benefícios e malefícios de seu uso continuo, verificar a relação do contraceptivo oral no desempenho sexual feminino e observar o comportamento relatado com o uso do contraceptivo oral na libido feminina,

ISSN 2178-6925

usando como método de pesquisa a revisão bibliográfica a partir de artigos científicos recentes dos últimos dez anos.

O trabalho se justifica pela necessidade de mais investigações que analisem a influência do contraceptivo oral no comportamento sexual feminino, bem como sua relação direta na diminuição da libido na mulher, de forma a melhorar a qualidade de vida feminina e do casal.

Foi realizada uma busca de estudos com abordagem de disfunção sexual feminina, contracepção oral e libido, nas seguintes bases de dados: *Accessss* (via *McMaster Plus*), *Dialnet, Dimensions, Episteminikos*, *Google Scholar, Medline (via Bireme, Lilacs e BVS), Pubmed, Scielo, Scopus, Sum search, Tripdatabase*. Sem limites ou restrição de data de publicação. A busca foi realizada de 20 de abril a 18 de maio de 2021. Na busca foram selecionados estudos nos idiomas inglês, espanhol e português.

2 SEXUALIDADE

A sexualidade é um fenômeno individual de real importância para os seres humanos, de características singulares, latente e presente na vida das pessoas, mesmo para aquelas com qualquer timidez ou para as que não a exerçam deforma ativa e regular (MONTENEGRO *et al*., 2013).

A abordagem de sexualidade remete a um contexto sistêmico e de aspectos biológicos, psicológicos, culturais, antropológicos, sociais e comportamentais, entre muitos outros. A temática de sexualidade não deveria ser tratada apenas como relação sexual, mas englobar outros sentimentos e sensações genéricas e amplas no âmbito das relações afetivo-sexuais entre os casais, isto é, abordando elementos orgânicos, bem como aspectos psicossociais (CAMACHO *et al*., 2010).

Nessa perspectiva, a saúde sexual está para qualidade de vida, assim como, deve-se cuidar da alimentação, da prevenção de doenças crônico-degenerativas e cuidados psicoafetivos, dessa forma prevenindo efeitos danosos sobre a autoestima da mulher, a valorização de seu corpo, bem como do relacionamento conjugal e familiar (FRANCESCHET *et al*., 2009).

Atualmente a sexualidade também reporta ao respeito e a livre escolha de opinião das mulheres, que expressam a cada dia suas escolhas e sentimentos.

ISSN 2178-6925

> Direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do (a) parceiro (a). Direito de escolher o (a) parceiro (a) sexual. Direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças. Direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física. Direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual. Direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras. Direito de ter relação sexual independente da reprodução.
> Direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/AIDS. Direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação. Direito à informação e à educação sexual e reprodutiva. (BRASIL, 2006, p.4)

Assim, torna-se sumamente importante que homens e mulheres conheçam intimamente o funcionamento do seu corpo e sua intimidade, não apenas para o controle reprodutivo, mas para que aproveitem de forma salutar os benefícios de uma vida sexual ativa e segura (BRASIL, 2006).

3 CONTRACEPTIVOS ORAIS

A contracepção hormonal são esteroides sexuais femininos, a base de estrogênio e progesterona sintéticos que podem ser administrados sob a forma de: contraceptivos orais, implantes, injetáveis, anéis vaginais que liberam estrogênio e progesterona. (RANG *et al*., 2012)

Dentre os contraceptivos hormonais mais consumidos pelas mulheres estão os orais, prescritos por grande parte dos médicos, que pode ser facilmente reversível e por estarem ao alcance da população, devido ao custo acessível atender ao objetivo de controle da fertilidade (DAVIS *et al.,* 2004).

A pílula anticoncepcional teve seu início no Brasil na década de 60, comercializada nas farmácias e trouxe consigo o sentimento de liberdade da sexualidade nas mulheres que ao optarem por seu uso, não optando apenas evitar uma gravidez indesejada como era seu propósito inicialmente, mas conferia às relações um novo significado: sexo não apenas para reprodução, mas pelo prazer e realização pessoal e do casal (LOYOLA, 2000) e para alguns cientistas o sexo possibilita ainda lutar contra os micróbios e parasitas.

Em sua composição, os contraceptivos orais apresentaram-se inicialmente com o

ISSN 2178-6925

mestranol que foi o primeiro estrogênico utilizado na composição dos contraceptivos orais e nas últimas décadas unicamente pelo etinilestradiol. Há alguns anos uma modificação foi proposta em um componente da formulação contraceptiva hormonal oral, sendo utilizado o valerato de estradiol, um estrogênio natural com diferentes dosagens e regime de redução gradual estrogênica no decorrer do mesmo ciclo de tratamento mensal (FRUZZETTI *et al*.,2010). Contudo, é observado que os progestagênios, nas composições se modificam para atender a natureza química de sua estrutura que está relacionada com: a progesterona ou a testosterona (THORNEYCROFT, 1999).

> Os progestagênios podem distinguir-se entre si pelo grau de seletividade, sendo este definido como a conexão expressa entre a afinidade do esteroide pelo receptor de progesterona e menor por outros receptores, ou seja, quanto maior a capacidade de se ligar ao receptor específico de progesterona e diminuta inclinação a interagir com outros receptores distintos, maior a seletividade do progestagênio e menor são os efeitos colaterais indesejados." (SITRUK-WARE, 2006 apud DOCKHORN, 2017 p. 30)

É importante destacar que os componentes de esteroides dos contraceptivos orais podem influenciara produção androgênica endógena e gerar ao mesmo tempo efeitos sobre o metabolismo lipoproteico da paciente, podendo ser determinado por diferentes dosagens estrogênicas, da mesma forma que na composição dos anticoncepcionais orais podem apresentar progestagênios, com o uso do contraceptivo oral, a presença do etinilestradiol pode ocasionar alterações do trato hepático; e até mesmo efeitos no aditamento de renina com acarretamento da ativação do sistema renina-angiotensina-androsterona, que possibilita a vasoconstrição e retenção de sódio e água, promovendo dessa forma o aumento da síntese da globulina condutora dos hormônios sexuais (SHBG - *Sex hormone-bindingglobulin*), conhecida pelos médicos como moduladora das taxas de testosterona, necessária para diminuição da oferta de androgênios circulantes no plasma (OELKERS, 2000).

Nesse contexto, é possível observar uma possível ligação entre os esteroides sexuais e o comportamento sexual, que a literatura não apresenta respostas efetivas em seu uso. Em contrapartida, pacientes que fazem uso do contraceptivo oral combinado apresentaram níveis plasmáticos de estradiol, progesterona e testosterona livre, não reportando alterações significativas, mas, ao analisar o comportamento sexual como passível de alterações a partir dos níveis hormonais e bem-estar compreendido como variáveis independentes, nota-se que a testosterona exerce representativa conexão com o desejo sexual, o orgasmo, vem como o

ISSN 2178-6925

número de relações sexuais que são estimuladas na mulher (ALEXANDER *et al*.,1993; DAVIS *et al*., 2004).

Atualmente a composição dos anticoncepcionais orais a base de estrogênios pode ser encontrada em dois tipos: natural (Valerato de estradiol e o 17-beta-estradiol) ou sintético (Etinilestradiol — EE). O EE pode ser encontrado associado a diversos progestagênios como: levonorgestrel, desogestrel, gestodeno, acetato de ciproterona, clormadinona e drospirenona, que apresentam variação na atividade androgênica sobre pele, pelos e perfil lipídico. Os progestagênio sem sua maioria reduzem os sinais e sintomas androgênicos através da redução no nível sérico de testosterona livre, contudo, alguns podem apresentar redução maior que outros. O uso de progestagênios limita a ação da 5-alfa-redutase, responsável pela conversão da testosterona em sua forma ativa a di-hidrotestosterona, é o que destaca o reconhecido Portal de Atualização em Medicina (PEBMED, 2021).

A dosagem de hormônios pode ser idêntica em todas as pílulas da cartela, com característica monofásica. Os contraceptivos bifásicos ou trifásicos compreendem aqueles em que há variações de dose de estrogênio e progestagênio ao longo do ciclo, tem como objetivo diminuir os efeitos adversos e as alterações metabólicas induzidas pelos hormônios. Os contraceptivos monofásicos comparados com os monofásicos, apresentam formulações multifásicas com maior chance de equívoco no uso, razão das diversas cores das pílulas na cartela, e maior incidência de *spotting,* em virtude do colapso endometrial (PEBMED, 2021).

Nas instruções de uso dos contraceptivos orais é possível encontrar orientações de uso na cartela das pílulas como mostra a cartela de 21 dias**:**

> O início do uso da cartela é feito com a ingestão da primeira pílula no primeiro dia do ciclo, dando continuidade de 1 pílula/dia no mesmo horário nos 21 dias subsequentes. Ao fim da cartela, é realizada uma pausa de 7 dias, e, então, recomeça-se uma nova cartela. Durante a pausa entre as cartelas, é esperado que a usuária curse com a menstruação. O ideal é que seja usado sempre no mesmo horário, para diminuir a incidência de *spotting* (PEBMED, 2021).

Geralmente a menstruação ocorre entre o 3º e 4º dia da pausa do anticoncepcional. Quem usa o anticoncepcional da forma correta, 1 comprimido por dia, sempre no mesmo horário, sem esquecimento de comprimido, ao terminar a cartela (21 ou 24 comprimidos) a menstruação vem 3 a 4 dias depois do último comprimido, como mostra a cartela de 28 dias:

ISSN 2178-6925

> O início do uso da cartela é feito com a ingestão da primeira pílula no primeiro dia do ciclo, dando continuidade de 1 pílula/dia no mesmo horário nos 28 dias subsequentes. As quatro últimas pílulas da cartela são placebo, desse modo espera-se que a usuária curse com a menstruação durante o uso. A utilização da pílula é contínua, porém há privação hormonal que simula uma pausa como na cartela de 21 dias. (PEBMED, 2021).

3.1 Contraceptivo hormonal oral combinado

O anticoncepcional hormonal combinado oral (AHCO) ou pílula anticoncepcional compreende um comprimido que contém uma combinação de hormônios sintéticos, em geral estrogênio e progesterona, que quando combinados inibe a ovulação (BRASIL 2002).

Subdividas em dois tipos: a versão de contraceptivos hormonais combinados, monofásicos(administrado diariamente a mesma dose de estrogênio e progesterona) e a versão dos multifásicos, administrados em doses variáveis de estrógenos durante um ciclo de 21 dias, depois são interrompidos por sete dias para permitir a hemorragia por supressão que imita o ciclo menstrual normal (RANG *et al.,* 2012). Korolkovas et al., (2010, p. 16) destaca que "alguns anticoncepcionais orais combinados em uso são: Adolles®, Allestra®, Ciclovulon®, Femina®, Ginesse®, Nordette®, Mínima®, Biofim®, Levordiol®, Triquilar®."

3.2 Pílula anticoncepcional de progesterona

Diferentemente das pílulas combinadas, o anticoncepcional de progesterona é composto apenas de estrógeno, que atua na prevenção da gravidez, evitando os efeitos colaterais provocados pelo estrogênio em algumas pacientes, sua prescrição pode ser feita para lactantes, obesos e pessoas com indicação de trombose (RANG *et al.,* 2001).

O progestogênio pode ser dividido em: noretisterona, levonorgestrel, etinodiol ou – nas pílulas de terceira geração – os compostos mais novos, desogestrel ou gestodeno, que são mais potentes, têm menos ação androgênica e provocam menos alterações no metabolismo das lipoproteínas (RANG *et al.,* 2001).

Com a inibição da ovulação através uso da pílula com somente progestogênio ocorrem a variação e inconsistência, em seu efeito contraceptivo, pouco confiável, comparado com a pílula combinada, na ausência de uma dose, o risco de gravidez é presente (BRASIL 2002).

ISSN 2178-6925

Entre os efeitos colaterais relatados estão: distúrbios na menstruação, com ocorrência de sangramento irregular. É observado que apenas uma pequena parte das mulheres optam pelo seu uso, as quais não dispõe de conhecimento sobre os riscos a longo prazo de sua utilização (RANG et al., 2001). De acordo com Korolkovas et al., (2010, p. 16.15) “alguns anticoncepcionais orais, com progestogênio somente, em uso são: Micronor® e Nortrel®.”

3.3 Minipílulas

A micro dose conhecida como minipílula é um tipo de anticoncepcional, que mesmo não inibindo a ovulação, evitar a gravidez. Administrada de forma diária e ininterrupta de composta por um progestínico de baixa dosagem (noretisterona), é iniciado no primeiro dia do ciclo menstrual (uso contínuo) durante todo o tempo em que se desejar evitar a gravidez (SILVA, 2006). A minipílula é a única que pode ser usada durante a amamentação por não apresentar estrógeno, não inibindo a formação do leite materno (MONZU, 1992). Assim seu uso deve ser iniciado seis semanas após o parto, como medicamento de uso contínuo e sua apresentação é composta de cartelas com 35comprimidos (BRASIL, 2006).

Os efeitos colaterais comumente relatados com a utilização da minipílula, são: nos três primeiros meses de uso náuseas, vômitos, spotting, cefaléia e ganho ponderal. Quando esses sintomas se tornarem contínuos ou aumentarem, o uso deve ser interrompido. Podem ocorrem ainda diminuição da secreção vaginal, câimbra, alopecia, fadiga, depressão, que devem ser acompanhados cuidadosamente (JÚNIOR, et al. 2008).

3.4 Pílula anticoncepcional de Emergência

A pílula anticoncepcional de emergência, mais conhecida como pílula do dia seguinte, deve ser usada no máximo até cinco dias após a relação sexual desprotegida, tomando-se os dois comprimidos de uma só vez ou em duas doses (a primeira dose até cinco dias após a relação sexual e a segunda doze horas após a primeira). Quanto mais rápido a pílula for usada, maior a sua eficácia para evitar uma gravidez indesejada (BRASIL, 2006). O anticoncepcional de emergência não é abortivo (JÚNIOR *et al.,* 2008).

De acordo com o Protocolo de atenção à saúde da mulher (BRASIL, 2016) que esclarece, a pílula de emergência é composta de uma dose de estrogênio ou estrogênio + progestina após a relação sexual sem planejamento familiar e que não deve ser usada de forma

ISSN 2178-6925

continua ou em curto período de tempo, apenas em casos emergenciais, por conter dosagem de hormônios muito alta.

Efeitos relatados quando o tratamento é iniciado dentro de 72 horas, mostra-se eficaz em 99% dos casos, com hormônios quase sempre administrados com antieméticos, 40% das pacientes apresentam náuseas ou vômitos. Os efeitos adversos adicionais incluem cefaléia, tontura, hipersensibilidade das mamas, cãibras no abdome e nas pernas (BRASIL, 2016).

A mifepristona (RU 486), um antagonista dos receptores de progesterona (e dos glicocorticoides), exerce efeito luteolítico e pode ser útil com contraceptivo pós-coito (KATZUNG, 1998). Monzu (1992, p. 74) complementa: “o que acontece é que, normalmente, o óvulo fecundado se fixa na parede do útero, mas como a pílula do dia seguinte altera a composição da membrana interna do útero, o ovo não consegue se fixar e, assim, não se desenvolve”.

De acordo com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia.

> Uso do anticoncepcional de emergência deve ser em situações de emergência, como em caso de violência sexual, desprotegida e nos casos de possíveis falha de outro método (por exemplo, a ruptura do preservativo). Não podem ser utilizadas rotineiramente. O médico deve ser procurado no máximo até setenta e duas horas do fato ocorrido, após o qual não há possibilidade de prescrição (BRASIL, 2016).

4 MECANISMOS DE AÇÃO DOS CONTRACEPTIVOS ORAIS

Os mecanismos de ação dos contraceptivos orais podem ser entendidos pela inibição de folículo estimulante pelo estrógeno, via retroalimentação negativa na hipófise anterior, suprimindo o desenvolvimento do ciclo ovariano, e a progesterona inibe a secreção de hormônio luteinizante (LH) prevenindo a ovulação e a produção de muco cervical e menos suscetível a passagem de esperma, dessa forma, os folículos ovarianos não amadurecem, produzido pouco estradiol, não permitindo os picos de LH no meio do ciclo, inibindo a ovulação, dessa forma, sugere-se a alteração do transporte tubário de óvulo fecundado, bem como as condições endometriais necessárias ao processo de implantação do óvulo fecundado na parede do endométrio (nidação) (BEREK, 2005; RANG *et al*., 2012).

Associado a esse processo, observa-se a atuação do componente progestagênico, intervindo no aspecto do muco cervical, tornando-o impenetrável pelo espermatozoide, e no endométrio, tornando-o hipotrófico, condição considerada inóspita, sem condições favoráveis para a implantação do embrião (PEBMED, 2021).

ISSN 2178-6925

> Vantagens: Regulariza o ciclo menstrual; melhora a dismenorreia;
> Melhora sintomas androgênicos: acne e hirsutismo; controla os sintomas da endometriose; Diminui a incidência de câncer de ovário e endométrio, se usado em longo prazo (PEBMED, 2021).

O contraceptivo oral combinado (COC) quando sofre a influência de outras drogas, em especial o álcool pode sofrer alterações metabólicas indesejadas, visto que melhorar a efetividade do anticoncepcional, isso porque pode aumentar a interação da absorção terapêutica, ou interferir no metabolismo da fórmula, podendo diminuir a eficácia do contraceptivo oral combinado, promovendo uma competição pelo caminho metabólico do fármaco e da droga/álcool (BACK *et al*., 1990).

As alterações que a ação farmacológica do anticoncepcional (velocidade de bio transformação, biodisponibilidade e da eficácia terapêutica), pode sofrer, ocasionada pela interferência na decorrente da indução do componente da isoenzima presente no álcool é denominada CYP2E1. O consumo de etanol pode acarretar hipertrofia do retículo endoplasmático liso de hepatócitos, com aumento de 5 a 10 vezes no nível de CYP2E1, tornando essa enzima responsável pelo metabolismo do álcool e outros medicamentos como os contraceptivos orais (OLIVEIRA *et al*., 2009).

> **Efeitos colaterais mais frequentes:**
> Náuseas; Aumento do tamanho das mamas (ductos e gordura); Retenção de líquidos; Ganho ponderal rápido e cíclico; Complicações tromboembólicas (PEBMED, 2021)

De acordo com o Portal Médico (PEBMED, 2021) alguns grupos requer atenção para o uso do contraceptivo oral:

> **Contraindicações:**
> Tabagistas ≥ 35 anos de idade; Presença de múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular (idade avançada, tabagismo, diabetes e hipertensão arterial);
> Hipertensão arterial sistêmica; Cardiopatia isquêmica;
> Cardiopatia valvular ou arritmia complicada (hipertensão pulmonar, fibrilação arterial, endocardite bacteriana pregressa); Enxaqueca com sinais neurológicos focais;
> Enxaqueca sem sinais neurológicos focais em mulheres ≥ 35 anos de idade; Câncer de mama prévio ou atual;
> Lactante < 6 meses pós-parto; Não lactante < 21 dias pós-parto; Trombose venosa profunda ou embolia pulmonar prévias ou atuais; Patologias reumatológicas (ex.: lúpus eritematoso sistêmico); Hepatopatias graves; Trombofilias; Neoplasias.” (PEBMED, 2021) .

ISSN 2178-6925

5 DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA

Nas mulheres a resposta sexual pode ser influenciada por pequenos gestos de interação delicada e equilibrada que se refletem no sistema nervoso e que facilmente pode ser interrompida por ações expressas em afetos negativos, conflitos verbais e inibições provenientes de reações físicas ou psicológicas (TOZO *et al*., 2007) complementa, a disfunção sexual feminina pode ser ocasionada por além de fatores físicos, psicológicos ou sociais, mas, da combinação desses fatores e entre eles fatores externos devem ser investigados.

A Disfunção Sexual Feminina (DSF) pode ser definida como distúrbio de uma ou mais fases da resposta sexual, desejo, excitação e orgasmo; que ocasionam desconforto e promovem impacto na qualidade de vida e nos relacionamentos interpessoais (BASSON, 2005). Alguns estudos ainda complementam que a DSF pode ser definida como uma síndrome clínica, transitória ou permanente, representada por queixas ou sintomas sexuais desconfortáveis, que resultam em insatisfação sexual, ocasionando bloqueios de dimensão parcial ou total como resposta psicofisiológica, refletida e impactando no desejo, no prazer, na excitação e no orgasmo da mulher, dificultando ou impedindo a penetração vaginal (GONÇALVES, 2005).

Influenciada por vários fatores, a DSF necessita de investigação e conhecimento médico especializado diante de possíveis etiologias para um correto e eficaz tratamento da causa, sendo uma das queixas mais comuns em mulheres com relacionamentos de longa duração (CLAYTON, 2007).

Para uma precisa determinação da causa psicogênica ou orgânica da disfunção sexual é necessário anamnese clínica e sexual completa, exame físico, exames laboratoriais e complementares, e quando necessário, deve ser identificado e investigado possíveis reações adversas decorrentes de doenças ou de medicamentos. (HALVORSEN *et al*., 1992; BASSON, *et al*., 2004; AMATO, 2006).

Considerando-se a diversidade da resposta sexual da mulher, caracterizando-se por natureza mista, em outubro de 1999, durante o Congresso Internacional de Disfunção Sexual Feminina, realizado em Paris, em consenso foi estabelecido reportar uma classificação para

ISSN 2178-6925

os distúrbios sexuais femininos, sendo eles: Distúrbios do desejo sexual; Distúrbios da excitação sexual; Anorgasmia; Distúrbios de Dor durante o ato sexual.

A definição e classificação desse sistema foi resultado do Congresso que segue a mesma estrutura geral do DSM-IV e do CID-10:

> WHO. International Union Against Cancer, Societe Internationale d'Urology, 1st International Conference on Erectile Dysfunction, Mem ber of Female Sexual Dysfunction Committee, 1999 APUD Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definition sand classifications. (J Urol. 2000).

As DSF podem ser diagnosticadas pelo médico ginecologista em consulta periódica e devem ser amplamente discutidas a fim de esclarecer e evitar que interfiram na qualidade de vida da mulher e do casal, por isso é importante ressaltar seus sintomas e relatos como uma questão de ordem e no âmbito da saúde geral, assim, alguns estudos mostram que dificuldades na comunicação com o parceiro (a); ansiedade e depressão; sentimento de culpa e vergonha em relação ao sexo; dispareunia, medo de contrair infecções ou de engravidar; histórico de abuso sexual; falta de estimulação; falta de lubrificação; mudanças corporais e/ou orgânicas relacionadas com a menopausa; alterações hormonais (os andrógenos têm um papel fundamental na libido feminina; lesões neurológicas devido a cirurgia e/ou trauma; consumo de fármacos/drogas (determinadas drogas ou outras substâncias químicas podem alterar o comportamento sexual), adicionalmente, o consumo excessivo de álcool, cocaína e heroína também pode conduzir a alterações sexuais (BUSTER, *et al*., 2005; BRAUNSTEIN *et al*., 2005; TOZO *et al*., 2018).

A literatura cientifica reporta que há uma alta prevalência de disfunções sexuais femininas da ordem de 20% a 40%das mulheres com idade de 18 a 59 anos, contudo e lamentavelmente são pouco relatadas e diagnosticadas (TOZO *et al*., 2018).

5.1 Disfunções sexuais feminina associada ao uso do contraceptivo oral

Com base em alguns estudos observacionais, pesquisadores chegaram à conclusão que a algumas das principais razões para a diminuição da libido feminina poderia estar associada aos receptores hormonais no cérebro humano, o Sex Hormone-Binding Globulin (SHBG). O nível alto de SHBG representa a existência de uma quantidade menor de

ISSN 2178-6925

testosterona livre disponível nos tecidos, a diminuição desses receptores hormonais indica que a testosterona total não está disponível e pode estar associada ao do uso de contraceptivos hormonais (DECHERNEY, 2000).

A função dos hormônios no desempenho sexual feminino, bem como suas disfunções, é extremamente complexa e, investigações com medidas e dosagens aprofundadas ainda são limitados na literatura (DAVIS *et al*., 2004). Contudo, estudos recentes têm reportado que a diminuição da libido e lubrificação feminina ocorre com a utilização de contraceptivos hormonais orais que em suas dosagens com níveis baixos de estrogênio apresenta-se nesses medicamentos (DOCKHORN, 2017).

As disfunções relatadas nos domínios de lubrificação, satisfação e dispareunia têm sido associadas fortemente ao uso de anticoncepcionais hormonais via oral, injetável, transdérmica ou intravaginal, e mesmo sendo o anticoncepcional oral o método associado à disfunção sexual, é um dos mais utilizados pelas mulheres atualmente (PANZER *et al.,* 2006).

Além das disfunções sexuais apontadas, de acordo com Shifren *et al.* (2008) a pílula pode ainda ocasionar outras sensações e efeitos colaterais, tais como: causar edema das extremidades, aumento de peso, aparecimento de acnes, aumento das mamas, elevação do colesterol LDL, redução do HDL, prurido, ganho de medidas entre outras mudanças que alteram a imagem corporal feminina e assim, acarretar diminuição de autoestima e satisfação no relacionamento, por conseguinte, menor interesse sexual, influenciando portanto na sexualidade de modo negativo (ABDO *et al.,* 2004; NEUMANN *et. al*, 2011). Mesmo a sensação de orgasmo estar centrada, sobretudo nos órgãos genitais, isso pode desencadear baixa sensação de prazer nas mamas, região anal, pescoço e orelhas, como também em todo o corpo (ROCHA *et.al.*, 2000).

Contudo, estudos paralelos apontam que mulheres que fazem uso de contraceptivo oral reportam aumento da frequência e da intensidade dos orgasmos, por não se preocuparem com o fato de gravidez indesejada, e dessa forma sentindo mais liberdade e confiança sexual e mental com o uso da medicação (SANDERS *et.al*, 2001; BORGET-HANSEN, 2001).

Constantes pesquisas sobre o impacto e benefícios do uso de contraceptivos orais são pertinentes e devem ser conclusivos diante de satisfação e/ou sucesso na função sexual feminina, sendo importante para condição de escolha da mulher no momento de sua intimidade como opção pessoal e do casal (LATORRE *et.al,* 2016).

ISSN 2178-6925

6 ATUAÇÕES DO FARMACÊUTICO

De acordo com o Conselho Federal de Farmácia (CFF), em seu Código de Ética Farmacêutica, é concedido ao profissional farmacêutico, no âmbito legal de sua habilitação e registro junto ao Conselho Regional de Farmácia de sua jurisdição, a prescrição farmacêutica pelo qual o farmacêutico seleciona e documenta terapias farmacológicas e não farmacológicas, e outras intervenções relativas ao cuidado à saúde do paciente, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, e à prevenção de doenças e de outros problemas de saúde.

Com base nessa prerrogativa, a Atenção Farmacêutica compreende um modelo da prática farmacêutica como assistência, que inclui atitudes, valores éticos e compromisso na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde de forma integrada à equipe de saúde. Que consiste na interação farmacêutica e paciente, com objetivo de uma farmacoterapia racional, com a obtenção de resultados definidos e mensuráveis voltados para a melhoria da qualidade de vida (REIS, 2003).

Para a Organização Mundial da Saúde, essa prática do profissional farmacêutico é entendida como o paciente sendo o principal beneficiário das ações do farmacêutico, sendo ainda um serviço indispensável na relação paciente-medicamento (WHO, 2000). Zubioli (1999) acrescenta, na ausência dessa prática, o processo de cura e/ou manutenção da saúde humana pode ser severamente comprometido, agravando o quadro de saúde, bem como ocasionando sérios transtornos ao paciente, assim o medicamento deve ser o foco e atenção do farmacêutico, pois dele recai a condição de cura das pessoas (ZUBIOLI, 1992).

6.1 Eficácias dos medicamentos

A farmacoterapia em sua essência age no tratamento através dos medicamentos, adequando cada caso as necessidades clínicas e psicológicas do paciente são considerando ainda que prática farmacêutica é influenciada por fatores de natureza cultural, social, econômica e política de uma população (MIKALAUSCAS *et al.,* 2004). O farmacêutico ao atender um paciente, poderá orientá-lo no que tange a farmacoterapia e seus efeitos (FURTADO, 2001), ao analisar as necessidades e combinações relacionadas aos

ISSN 2178-6925

medicamentos, poderá relatar informações ao paciente de forma a prevenir alterações relacionadas ao mesmo, dessa forma, a atuação do farmacêutico conduz a credibilidade e eficácia da atuação medicamentosa agir com segurança e com o proposito a que se destina (PERETTA *et al.,* 2000).

A garantia e confiabilidade que o farmacêutico confere, influenciam direta ou indiretamente, na saúde das pessoas e sua presença como profissional respeitado confere o controle, a credibilidade e confiança no momento do aconselhamento individualizado que cada paciente apresenta ao se reportar ao farmacêutico responsável (ZUBIOLI, 1992). Além de sua informação especializada, os conhecimentos específicos sobre os medicamentos, estende-se a perspicácia no manejo técnico e na comunicação fluida ao transmitir a informação, habilidades que compõe o comportamento de um conselheiro imprescindível ao poiar o paciente no momento da decisão e na aplicação do tratamento prescrito (ZUBIOLI, 1992).

Com base nessas premissas, a importância e o acompanhamento médico farmacêutico seguem como uma ampla variedade de medicamentos disponíveis empregados na contracepção, e diante desse contexto, o trato entre farmacêutico e paciente reflete em uma escolha bem sucedida que adequa as necessidade de saúde da mulher, que incluem a eficácia na prevenção da gravidez, do prazer que complementa o estado de saúde emocional, além da prevenção de possíveis patologias associadas ao uso dos contraceptivos orais (BRASIL, 2006).

6.2 Principais componentes e doses dos AHO

A seguir são listados os principais componentes, doses, nomes comerciais e apresentação das principais pílulas em uso no Brasil. A minipílula ou pílula sem estrogênio possui somente progesterona. É a pílula indicada para mulheres que estão amamentando e querem evitar uma nova gravidez. Para essas mulheres, a pílula deve ser tomada todos os dias, sem interrupção.

Quadro 1 - Minipílulas

Nome comercial	Componente	Dose	Apresentação
Exluton	Linestrenol	0,5 mg	28 comprimidos
Micronor	Norestisterona	0,35 mg	35 comprimidos

ISSN 2178-6925

Nortrel	Levonorgestrel	0,03 mg	35 comprimidos

Fonte: Ministério da Saúde, 2002

A pílula monofásica possui em sua fórmula estrogênio e progesterona com a mesma dosagem. É o comprimido anticoncepcional mais conhecido pelas mulheres. A utilização deve ter início entre o primeiro e o quinto dia da menstruação e termina quando a cartela acabar. Depois, é necessário parar por 07 dias.

Quadro 2 - Combinadas Monofásicas

Nome comercial	**Componente**	**Dose**	**Apresentação**
Anacyclin	Linestrenol Etinilesstradiol	1.0 mg 0,05 mg	21 comprimidos + 7 placebos Total: 28 comprimidos
Anfertil Primoviar	Nordestrel Etinilestradiol	0,5 mg 0,05 mg	21 comprimidos
Biofim Megestran	Mestranol Noretindrona	0,1 mg 0,5 mg	21 comprimidos + 7 placebos Total: 28 comprimidos
Diane 35 Selene	Etinilestradiol Acetato de ciproterona	0,035 mg 2 mg	21 comprimidos
Evanor Neovlar Normamor	Levonorgestrel Etinilestradiol	0,25 mg 0,05 mg	21 comprimidos
Femiane Hamonet Diminut	Gestodene Etinilestradiol	0,075 mg 0,02 mg	21 comprimidos
Mercilon Femina Primera 30	Desogestrel Etinilestradiol	0,15 mg 0,02 mg	21 comprimidos
Microdiol Primera 30	Desogestrel Etinilestradiol	0,15 mg 0,03 mg	21 comprimidos
Minulet Gynera	Gestodene Etinilestradiol	0,075 mg 0,03 mg	21 comprimidos
Nordette Microvlar Levordiol Ciclo 21 Ciclon Gestreian	Levonorgestrel Etinilestradiol	0,15 mg 0,03 mg	21 comprimidos
Ovonesta	Linestrenol	0,75 mg	22 comprimidos

ISSN 2178-6925

	Etinilestradiol	0,0375 mg	

Fonte: Ministério da Saúde, 2002

Formas de apresentação - monofásico:

Uso clássico: com interrupção

- 21 comprimidos/drágeas: 07 dias

- 24/28 comprimidos/drágeas: 04 dias

Uso moderno: sem interrupção

- indicações: anemia, cólica, TPM.

- critérios: máx. 2 anos, baixo-baixíssima dose, acompanhamento ginecológico semestral.

A pílula multifásica tem combinação de hormônios com diferentes dosagens conforme a fase do ciclo reprodutivo. Essas pílulas causam menos efeitos adversos e são apresentadas em cores diferentes, para diferenciar a dosagem e o ciclo. A sequência na cartela deve ser respeitada.

Quadro 3- Combinadas Bifásicas

Nome comercial	Componente	Dose	Apresentação
Gracial	Desogestrel Etinilestradiol	0,025 mg 0,125 mg 0,04 mg 0,03 mg	EE 0,04 mg + desogestrel 0,025 mg 7 comprimidos EE 0,03 mg + desogestrel 0,125 mg 15 comprimidos Total: 22 comprimidos

Fonte: Ministério da Saúde, 2002

Formas de apresentação - Bifásicas

- combinação fixa de estrogênio e progestogênio por 07 dias.

- combinação fixa diferente de estrogênio e progestogênio por 15 dias.

- suspensão por 06 dias.

- reiniciar no 7º dia independente da cessação ou não da menstruação.

ISSN 2178-6925

A pílula Trifásica contêm três tipos de comprimidos ativos, de diferentes cores, com os mesmos hormônios em proporções diferentes. Devem ser tomados na ordem indicada na embalagem.

Quadro 4- Combinadas Trifásicas

Nome comercial	Componente	Dose	Apresentação
Triquilar Trinordiol	Levonorgestrel Etinilestradiol	0,050 mg 0,075 mg 0,125 mg 0,03 mg 0,04 mg 0,03 mg	EE 0,03 mg + LNg 0,05 mg 6 comprimidos EE 0,04 mg + LNg 0,075 mg 5 comprimidos EE 0,03 mg + LNg 0,125 mg 10 comprimidos Total: 22 comprimidos
Trinovum	Noretisterona Etinilestradiol	0,5 mg 0,75 mg 1,0 mg 0,035 mg 0,035 mg 0,035 mg	EE 0,035 mg + Norestisterona 0,5 mg 7 comprimidos EE 0,035 mg + Norestisterona 0,075 mg 7 comprimidos EE 0,035 mg + Norestisterona 1,0 mg 7 comprimidos Total: 21 comprimidos

Fonte: Ministério da Saúde, 2002

Formas de apresentação - Trifásicas

- três séries de comprimidos/drágeas.

- quantidades iguais ou diferentes de estrogênio.

- quantidades crescentes de progestogênio.

- cada série é tomada de 5 a 10 dias conforme a formulação, por 21 dias.

- suspender 07 dias.

- reiniciar no oitavo dia independente da cessação ou não da menstruação.

Os Anticoncepcionais hormonais orais combinados, de acordo com o Ministério da saúde, destaca que:

ISSN 2178-6925

> São componentes que contêm dois hormônios sintéticos, o estrogênio e o progestogênio,semelhantes aos produzidos pelo ovário da mulher.
> As pílulas combinadas atuam basicamente por meio da inibição da ovulação, além de provocar alterações nas características físico-químicas do endométrio e do muco cervical.
> São métodos muito eficazes quando usados correta e consistentemente, podendo sua taxa de falha ser da ordem de 0,1%, no primeiro ano de uso. Em uso habitual, atinge valores de 6 a8%. (BRASIL, 2002, p. 64)

7 CONCLUSÃO

Cada vez mais a mulher busca informação e conhecimento sobre o próprio corpo, com a finalidade de prevenir uma gravidez indesejada leva a mulher recorrer aos diversos métodos contraceptivos disponíveis, e entre eles o mais acessível e prescrito por médicos é o anticoncepcional oral. Contudo, antes de optarem por qualquer método, a mulher deve cuidadosamente analisar com seu médico e verificar os benefícios e malefícios de cada medicamento.

O presente estudo apresenta-se como proposta inicial de analisar o uso da pílula anticoncepcional na influência da libido feminina. O farmacêutico nesse contexto tem a função importante e não menos reconhecida, que vai além da venda de medicamentos, o exercício profissional do farmacêutico apresenta a sociedade formas de desafogar unidade de atendimento médico, esclarecendo dúvidas sobre os efeitos e contraindicações de medicamentos, proporcionando a diminuição de gastos de forma econômica e racional dos medicamentos, reconhecendo ainda e, sobretudo, a melhoria da qualidade vida da população.

Com a correta orientação e encaminhamento para um tratamento individualizado, o paciente terá de maneira customizada o medicamento que mais se adequa a sua prescrição, com a dosagem e forma de uso orientada, evitando, portanto, efeitos adversos e indesejados da medicação.

Com a ampla oferta de medicamentos empregados na contracepção, esclarecer e informar de maneira clara as possíveis contraindicações e interações medicamentosas contribui efetivamente, minimizando a ação de automedicação, bem como, as reações adversas possíveis que o medicamento posso promover, assim, a atenção farmacêutica, é, portanto, imprescindível para a farmacoterapia bem sucedida, que promove um atendimento humanizado, personalizado, eticamente e cientificamente correto.

ISSN 2178-6925

O estudo apresenta limitações relacionadas a pesquisa de referências especificas, que abordem temas relacionados a libido feminina com o uso de contraceptivo hormonal oral, visto que, pouco se investiga sobre a satisfação e prazer sexual feminino. Sugere-se, portanto, que o tema seja alvo e desperte a curiosidade de pesquisadores, a fim de comprovar a ação positiva ou não, como também dirimir as divergências de opiniões sobre o uso do anticoncepcional e sua interferência na libido feminina.

REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. N. et al. **Perfil sexual da população brasileira:** resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. Rev Bras Med, v. 59, n. 4, p. 250-257, 2002.

ABDO, C.H.N. et al. **Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women—results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB).** International Journal of Impotence Research, v. 16, n. 2, p. 160-166, 2004

ABDO, C.H.N; FLEURY, JUNQUEIRA, HELOISA. **Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas**. Rev Psiq Clin, v. 33, n. 3, p. 162-167, 2006.

ALEXANDER, GERIANNE M.; SHERWIN, BARBARA B. **Sex steroids, sexual behavior, and selection attention for erotic stimuli in women using oral contraceptives**. Psychoneuroendocrinology, v. 18, n. 2, p. 91-102, 1993.

AMATO, PAULA. **Categories of female sexual dysfunction.** Obstetrics and gynecology clinics of North America, v. 33, n. 4, p. 527-534, 2006.

BACK, DAVID J.; ORME, MICHAEL L.'E. **Pharmacokinetic drug interactions with oral contraceptives**. Clinical pharmacokinetics, v. 18, n. 6, p. 472-484, 1990.

BANCROFT, JOHN et al. **Oral contraceptives, androgens, and the sexuality of young women**: I. A comparison of sexual experience, sexual attitudes, and gender role in oral contraceptive users and nonusers. Archives of Sexual Behavior, v. 20, n. 2, p. 105-120, 1991.

BANCROFT, JOHN; LOFTUS, JENI; LONG, J. SCOTT. **Distress about sex:** A national survey of women in heterosexual relationships**.** Archives of sexual behavior, v. 32, n. 3, p. 193-208, 2003.

BASSON, ROSEMARY et al. **Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women.** The journal of sexual medicine, v. 1, n. 1, p. 24-34, 2004.

ISSN 2178-6925

BASSON R. **Women's sexual dysfunction**: revised and expanded defnitions. CMAJ. 172(10):1327-33, 2005.

BEREK,J; S, NOVAK. **Tratado de ginecologia**. 13°ed, Rio de Janeiro: Guanabara Kaoga, 2005.

BEDONE, REGINA MARIA VOLPATO; ABDO, CARMITA HELENA NAJJAR. **Síndrome metabólica como fator de risco para disfunção sexual feminina**. Diagn Tratamento, v. 18, n. 1, p. 45-8, 2013.

BORGELT-HANSEN, LAURA. (2001). **Oral contraceptives: an update on health benefits and risks**. Journal of the American Pharmaceutical Association (1996), v. 41, n. 6, p. 875-886.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de atenção à saúde da mulher**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.** Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de educação popular em saúde da mulher**. Belo Horizonte, 2010.

BRAUNSTEIN, GLENN D. et al. **Safety and efficacy of a testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in surgically menopausal women: a randomized, placebo-controlled trial.** Archives of internal medicine, v. 165, n. 14, p. 1582-1589, 2005.

BUSTER, JOHN E. et al. **Testosterone patch for low sexual desire in surgically menopausal women: a randomized trial.** Obstetrics & Gynecology, v. 105, n. 5, p. 944-952,2005.

CAMACHO, KARLA GONÇALVES; VARGENS, OCTAVIO MUNIZ DA COSTA; PROGIANTI, JANE MÁRCIA. **Adaptando-se à nova realidade:** a mulher grávida e o exercício de sua sexualidade**.** Rev. enferm. UERJ, p. 32-37, 2010.

CLAYTON, ANITA H. **Epidemiology and neurobiology of female sexual dysfunction**. The journal of sexual medicine, v. 4, p. 260-268, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Código de Ética da Profissão Farmacêutica. Resolução do CFF nº 417, 418/2004 e 431/2005**. Acesso: 21 jun 2021. Disponível em: https://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/76/08-codigodeetica.pdf.

ISSN 2178-6925

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA – PE (CRFPE). **Código de Ética da Profissão Farmacêutica. Resolução do CFF nº 417, 418/2004 e 431/2005**. Acesso: 21 jun 2021. Disponível em: http://www.crfpe.org.br.

DA ROCHA, CRISTIANE RODRIGUES et al. **A enfermagem ea saúde da mulher: questões de gênero e sociopolíticas**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 4, n. 1, p. 105-114, 2000.

DAVIS SR, GUAYAT; SHIFREN, JA; MAZER, NA. **Endocrine Aspects of Female Sexual Dysfunction**. Journal of Sexual Medicine.

DECHERNEY, ALAN H. **Hormone receptors and sexuality in the human female**. Journal of women's health & gender-based medicine, v. 9, n. 1, Supplement 1, p. 9-13, 2000.

DOCKHORN, SUZANA. **Contracepção hormonal combinada interfere sobre a libido feminina?** 2017.

FRANCESCHET, JOSELI; SACOMORI, CINARA; CARDOSO, FERNANDO L. **Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes**. Brazilian Journal of Physical Therapy, v. 13, p. 383-389, 2009.

FRUZZETTI, FRANCA; BITZER, JOHANNES. **Review of clinical experience with estradiol in combined oral contraceptives**. Contraception, v. 81, n. 1, p. 8-15, 2010.

FURTADO, G. R. **Noções básicas sobre atenção farmacêutica**. Curitiba: Editora UFPR, 2001.

GONÇALVES N. **Disfunções sexuais**. In: Piato S. Terapêutica endócrina em ginecologia. São Paulo: Artes Médicas. p. 193-8, 2005.

HALVORSEN, JOHN G.; METZ, MICHAEL E. **Sexual dysfunction, Part II:** Diagnosis, management, and prognosis. The Journal of the American Board of Family Practice, v. 5, n. 2, p. 177-192, 1992.

JUNIOR, J. D. DOS S; MIRANDA, A. T. C. DE M. **Métodos Contraceptivos. Saúde do adolescente:** competências e habilidades. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

KATZUNG, B. F. **Farmacologia básica e clínica**. 6º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

KOROLKOVAS, A.; FRANÇA, F.F.A.C. **Dicionário Terapêutico Guanabara.** Rio de Janeiro, 2010.

ISSN 2178-6925

LARA, L.A.S. *et al.* **Abordagem das disfunções sexuais femininas**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 30, n. 6, p. 312-321, 2008.

LARA, LÚCIA ALVES DA SILVA. **Sexualidade, saúde sexual e Medicina Sexual: panorama atual**. Revista brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 31, n. 12, p. 583-585, 2009.

LATORRE, GUSTAVO FERNANDO SUTTER et al. **Disfunção sexual em jovens universitárias: prevalência e fatores associados.** Fisioterapia Brasil, v. 17, n. 5, p. 442-449, 2006.

LAUMANN, EDWARD O.; PAIK, ANTHONY; ROSEN, RAYMOND C. **Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors**. Jama, v. 281, n. 6, p. 537-544, 1999.

LAUMANN, E.O. *et al.* **Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors**. International journal of impotence research, v. 17, n. 1, p. 39, 2005.

LOYOLA, MARIA ANDRÉA. **A antropologia da sexualidade no Brasil**. Physis: revista de saúde coletiva, v. 10, n. 1, p. 143-167, 2000.

LOYOLA, MARIA ANDRÉA. **Sexualidade e medicina:** a revolução do século XX: the 20th-century Sexual Revolution. Cadernos de saúde Pública, v. 19, p. 875-884, 2003.

MIKALAUSCAS, MÁRCIA MARIA VASCONCELLOS; GONZALES, ROSA MARIA BRACINI. **A formação humanística do farmacêutico**. Infarma-Ciências Farmacêuticas, v. 16, n. 3/4, p. 67-69, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. **Anticoncepção hormonal oral, Secretaria de Política de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher**. 4º edição, série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 40, v. 2, p. 62, 2002.

MONTENEGRO, CARLOS ANTONIO BARBOSA; FILHO, JORGE REZENDE. **Obstetrícia.** 12 ed. – Rio de Janeiro, 2013.

MONZU, M. **Sexualidade e anticoncepção**. São Paulo: Editora STS, 1992.

NEUMANN, ALINE FRANZOLLI et al. **Perfil da sexualidade feminina em universitárias de um curso de medicina de Santa Catarina**. Profile of female sexuality in medicine students from a course of Santa Satarina. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 40, n. 1, 2011.

OELKERS, W. **Drospirenone--a new progestogen with antimineralocorticoid activity, resembling natural progesterone**. The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception, v. 5, p. 17-24, 2000.

OLIVEIRA, DENISE APARECIDA GONÇALVES DE; SOARES, VERONICA CRISTINA GOMES; BENASSI JR, MARIO. **O consumo de bebidas alcoólicas entre estudantes**

universitárias e o conhecimento dos riscos entre seu uso combinado com contraceptivos orais. Rev Inst Ciênc Saúde, v. 27, n. 4, p. 366-73, 2009.

OLSEN, ANNA. **Sexual and reproductive health'choice':** women living with contraception. International journal of public health, v. 52, n. 4, p. 195, 2007.

OMS-OPS. **El Papel del Famacéutico en el Sistema de Atención de Salud**. (OPS/HSS/HSE/95.01). Tokio, 1993.

PANZER, CLAUDIA et al. **Impact of oral contraceptives on sex hormone-binding globulin and androgen levels:** a retrospective study in women with sexual dysfunction. The journal of sexual medicine, v. 3, n. 1, p. 104-113, 2006.

PEBMED, Whitebook. **Anticoncepcionais orais**. Portal médico, 2021.. Disponível: https://pebmed.com.br/whitebook-anticoncepcionais-orais/ Acesso em: 21 jun 2021.

PEDRO, JOANA MARIA. **A experiência com contraceptivos no Brasil:** uma questão de geração. Revista Brasileira de História, v. 23, p. 239-260, 2003.

PERETTA, A. M.; CICCIA, GRACIELA. **Reengenharia farmacêutica:** guia para implementar a atenção farmacêutica. Brasília: Ethosfarma, p. 22-40, 2000.

PRODANOV, CLEBER CRISTIANO; DE FREITAS, ERNANI CESAR. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2ª Edição. Editora Feevale, 2013.

RANG, H. P.; DALE, M.M.; RITTER, J.M. **Farmacologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

RANG, H. P. et al. **O Sistema Vascular**. Rang&Dale Farmacologia. 7ª Edição. Elsevier, Rio de Janeiro, p. 265-284, 2012.

REIS, ADRIANO MAX MOREIRA. **Atenção farmacêutica e promoção do uso racional de medicamentos.** Espaço para Saúde, v. 4, n. 2, p. 1-17. Disponível em hppp://www./ccs.uel.br/espacoparasaude/v4n2/doc/atençãofarmauso.doc.Acesso em:20 de jun.2021.

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 discontinuatio**n. Contraception. 64: 51-8, 2001.

SHIFREN, JAN L. et al. **Sexual problems and distress in United States women:** prevalence and correlates. Obstetrics & gynecology, v. 112, n. 5, p. 970-978, 2008.

SILVA. E. L; MENEZES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e elaboração de dissertação**. 4Ed. Florianópolis-SC, 2005.

SILVA, P. **Farmacologia.** 7ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ISSN 2178-6925

SITRUK-WARE, REGINE. (2006). **New progestagens for contraceptive use.** Human reproduction update, v. 12, n. 2, p. 169-178.

THORNEYCROFT, IAN H. **Update on androgenicity**. American journal of obstetrics and gynecology, v. 180, n. 2, p. S288-S294, 1999.

TOZO IM, LIMA SMRR, GONÇALVES N, MORAES JC, AOKI T. **Disfunção sexual feminina:** a importância do conhecimento e do diagnóstico pelo ginecologista. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 52(3):94-9, 2007

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Program of racional use of drugs**. Geneva: WHO, 2000.

ZUBIOLI, ARNALDO. **Profissão: farmacêutico:** e agora? In: Profissão: farmacêutico: e agora? p. 165-165, 1992.

Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro, v3,
2022/03

ISSN 2178-6925