

Conhecimento de universitárias sobre os riscos e benefícios associados aos contraceptivos orais combinados

Knowledge of university students about the risks and benefits associated with combined oral contraceptives

Lais Ferraz de Assis Pinto¹, Fernanda Vieira Rodovalho-Callegari², Maristela Carbol³

Pinto LFA, Rodovalho-Callegari FV, Carbol M. Conhecimento de universitárias sobre os riscos e benefícios associados aos contraceptivos orais combinados / *Knowledge of University students about the risks and benefits associated with combined oral contraceptives*. Rev Med (São Paulo). 2020 set.-out.;99(5):423-31.

RESUMO: *Modelo do estudo:* Estudo observacional transversal descritivo. *Objetivo:* Avaliar o conhecimento de universitárias sobre riscos e benefícios associados aos contraceptivos orais combinados (COC). *Método:* A população do estudo foi composta por uma amostra de conveniência de estudantes de medicina do sexo feminino. Os dados foram coletados no período de outubro a novembro de 2017 por meio de um questionário estruturado, autoaplicável e composto por 34 questões divididas em dados sociodemográficos, antecedentes contraceptivos e conhecimentos sobre riscos e benefícios associados ao uso dos COC. *Resultados:* Participaram desta pesquisa 86 estudantes. A maioria das participantes estava na faixa etária entre 18 e 25 anos (76,74%), era usuária dos COC (86,05%) e iniciou seu uso por indicação médica (94,59%). Poucas delas conheciam os efeitos benéficos dos COC na redução dos cânceres de endométrio (31,40%), ovário (18,60%) e colorretal (8,14%). Por outro lado, os conhecimentos dos riscos de trombose venosa profunda (97,67%) e acidente vascular encefálico (88,37%) foram satisfatórios. Adicionalmente, mais da metade das universitárias associou o uso dos COC a ganho de peso (56,98%). *Conclusão:* O desequilíbrio entre os conhecimentos sobre benefícios e riscos dos COC não pode ser subestimado, sendo relevante que os profissionais de saúde identifiquem equívocos relacionados aos benefícios e efeitos colaterais dos COC, a fim de proporcionarem um aconselhamento contraceptivo efetivo.

Descritores: Conhecimento; Anticoncepcionais orais combinados; Medição de risco; Estudantes de medicina; Saúde da mulher.

ABSTRACT: *Type of study:* Descriptive cross-sectional observational study. *Objective:* To evaluate the knowledge of university students concerning the risks and benefits associated to combined oral contraceptives (COC). *Methods:* The study group consisted of a convenience sample of female medical students. Data was collected from October to November 2017 through a structured, self-applying questionnaire consisting of 30 questions divided into sociodemographic data, contraceptive antecedents and knowledge of risks and benefits associated with the use of COC. *Results:* 86 university students participated in this study. Most of them were aged between 18 and 25 years (76.74%), were COC users (86.05%) and started using it by medical indication (94.59%). Few of them knew the beneficial effects of COCs in the reduction of endometrial (31.40%), ovarian (18.60%) and colorectal (8.14%) cancers. On the other hand, knowledge of the risks of deep vein thrombosis (97.67%) and stroke (88.37%) was satisfactory. Additionally, more than half of the university students associated the use of COC with weight gain (56.98%). *Conclusion:* The imbalance between knowledge about COC risks and benefits cannot be underestimated, and it is relevant that health professionals identify COC benefits and side effects misconceptions in order to provide an effective contraceptive counselling.

Keywords: Knowledge; Contraceptives, oral, combined; Risk assessment; Students, medical; Women's health.

1. Graduada em Medicina pela Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil. ORCID: 0000-0003-2875-7593. E-mail: laisferraz@outlook.com.

2. Professora Adjunta do Departamento de Medicina, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil. Atualmente é Profa. Associada II, Curso de Medicina UFCat, Unidade Acadêmica de Biotecnologia (Ibiotec). ORCID: 0000-0003-3447-1962. E-mail: fvrcallegari@gmail.com.

3. Co-orientadora, Professora Associada do Departamento de Medicina, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-1192-7149. E-mail: maristela@carbol.com.br.

Endereço para correspondência: Rodovia Washington Luís, Km 235. São Carlos, SP, Brasil. CEP: 13565-905.

INTRODUÇÃO

Uma das mais importantes realizações na saúde pública do século XX foi o desenvolvimento do contraceptivo oral combinado (COC), um marco na conquista feminina dos direitos sexuais e reprodutivos, que ao oferecer um controle eficiente da fecundidade não dependente da motivação masculina, permitiu que as mulheres tivessem autonomia para traçar sua trajetória de vida, ganhassem o mercado de trabalho e ocupassem postos políticos, mudando assim seu comportamento e papel social. Desde o início da sua comercialização em 1960, os COC representam a forma de contracepção reversível mais popular mundialmente^{1,2}, com prevalência de uso entre mulheres em idade reprodutiva estimada em 9% em todo o mundo e 24,1% no Brasil em 2015³.

Os COC consistem na associação de um estrogênio e um progestagênio, apresentando como mecanismo principal de ação a inibição da ovulação por meio da supressão de secreção das gonadotrofinas hipofisárias⁴. O componente progestagênico confere os principais efeitos contraceptivos, sendo a inibição do pico pré-ovulatório do hormônio luteinizante (LH) seu efeito mais proeminente. Adicionalmente, torna o muco cervical espesso, inibindo a progressão dos espermatozoides até a porção ampolar da tuba uterina, local onde normalmente ocorre a fecundação; diminui os movimentos peristálticos tubários dificultando a captação do óvulo e a migração do embrião até a cavidade uterina; e inibe a proliferação do endométrio, tornando-o atrófico e, conseqüentemente, menos receptivo à implantação embrionária. O componente estrogênico suprime o hormônio folículo estimulante (FSH), evitando o crescimento folicular e a emergência de um folículo dominante. Além disso, estabiliza o endométrio minimizando sangramentos durante o uso dos COC e potencializa a ação dos progestagênios pelo aumento dos receptores de progesterona intracelulares, permitindo, assim, o uso de doses mais baixas deste hormônio para proteção contraceptiva¹.

Quando utilizados de forma correta e consistente, os COC previnem gestações não planejadas, uma estratégia importante para proteger a vida de mulheres em idade reprodutiva, principalmente àquelas que vivem em áreas de alta vulnerabilidade social e de pouco acesso aos serviços de saúde¹. Adicionalmente, estudo de base populacional amplo, com longo tempo de acompanhamento, sugere que o uso dos COC está associado a um declínio da mortalidade, indicando um benefício geral à saúde das mulheres⁵.

Os COC também proporcionam benefícios não contraceptivos significativos. A atrofia endometrial induzida pelo componente progestagênico reduz o fluxo e a cólica menstrual, qualificando o seu uso para tratamento de sangramento menstrual intenso, sangramento uterino anormal e dismenorreia (primária ou devido à

endometriose)⁶. Ao aumentar a produção de globulina ligadora de hormônios sexuais, os COC diminuem os níveis de androgênios livres e, assim, podem ser úteis na prevenção ou redução dos efeitos associados à exposição excessiva de androgênios como a acne e o hirsutismo¹. Além disso, os COC podem reduzir o risco de doença inflamatória pélvica, prenhez ectópica e a ocorrência dos cânceres de ovário, endométrio e colorretal^{2,4}.

Por outro lado, o uso dos COC está associado ao aumento do risco para tromboembolismo venoso (TEV), incluindo trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar. No entanto, a incidência de TEV permanece baixa entre usuárias (8-10 eventos por 10.000 mulheres/ano de exposição) quando comparado às não usuárias (5-10 eventos por 10.000 mulheres/ano de exposição)⁷. Inicialmente, acreditava-se que o aumento do risco de eventos trombogênicos era unicamente devido à ação dos estrogênios sobre os fatores hemostáticos⁷. Posteriormente, verificou-se que a depender do tipo de progestagênio presente nos COC o risco para trombose poderia ser maior ou menor, sugerindo uma influência deste componente na formação dos coágulos. De fato, as pílulas contendo acetato de ciproterona, desogestrel, drospirenona ou gestodeno estão associadas a um risco significativamente aumentado de TEV em comparação ao uso daquelas contendo levonorgestrel. Contudo, o mecanismo pelo qual isso acontece ainda não está bem compreendido⁷.

Desde o desenvolvimento e aprovação da primeira pílula anticoncepcional, a dose hormonal presente nas formulações vem passando por reduções expressivas com intuito de melhorar a segurança e tolerabilidade do método¹. Com isso, efeitos colaterais relacionados à ação dos estrogênios (aumento da pressão arterial, cefaleia e mastalgia) e dos progestagênios (sangramento de escape) foram reduzidos; e quando presentes geralmente são autolimitados e melhoram ao longo do tempo de utilização do método^{4,6}.

Apesar das evidências já consolidadas sobre os benefícios e efeitos colaterais dos COC, pesquisa recente realizada entre estudantes universitárias romenas constatou que apenas 32,2% consideravam este método eficaz e seguro e poucas conheciam seu potencial para tratamento da dismenorreia e acne (28% e 12,6%, respectivamente). Percepções negativas, como a associação do uso do COC com ganho de peso e redução da fertilidade futura, também foram observadas⁸. Mais além, um estudo desenvolvido na região nordeste do Brasil com a participação de 294 mulheres em idade fértil mostrou que 75% delas não possuíam conhecimento sobre os possíveis efeitos colaterais⁹.

Este cenário de concepções equivocadas está relacionado à diminuição da adesão aos COC, descontinuação do seu uso e, conseqüentemente, aumento da taxa de falha contraceptiva¹⁰. Isto se torna mais preocupante entre as mulheres mais jovens que apresentam

menor conhecimento e menor taxa de utilização de métodos contraceptivos e, portanto, demandam um aconselhamento contraceptivo qualificado¹¹.

Neste sentido, dada a importância do tema, o presente estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento de jovens universitárias sobre os riscos e benefícios associados aos COC. Os resultados obtidos poderão nortear a elaboração de estratégias educacionais a fim de auxiliar as mulheres em um planejamento reprodutivo mais eficaz e seguro, uma vez que atender as necessidades contraceptivas é fundamental para melhoria tanto da saúde pública como do bem-estar físico, mental e social das mulheres e de suas famílias.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal descritivo realizado numa amostra de conveniência composta por 86 estudantes do sexo feminino, com idade superior a 18 anos, matriculadas no curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Em cumprimento à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (parecer nº 2.107.608).

O recrutamento das participantes ocorreu no período de outubro a novembro de 2017, por meio de convite feito após o término das atividades didáticas por mais de uma ocasião, diminuindo a possibilidade de perdas.

A coleta de dados foi realizada individualmente e em local reservado após assinatura voluntária do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi utilizado um questionário estruturado e autoaplicável (Anexo 1), elaborado pelos pesquisadores com base em pesquisa semelhante². Este instrumento foi composto por 30 questões distribuídas em três seções: 1) características sociodemográficas (faixa etária, estado civil, religião, cor e sistema de saúde utilizado); 2) antecedentes contraceptivos (principal razão para uso dos COC; quem recomendou utilizá-lo; influência dos riscos/efeitos colaterais dos COC na decisão de abandonar ou de nunca utilizar o método); 3) conhecimentos sobre riscos, benefícios, efeitos colaterais e mitos associados ao uso dos COC. Na seção 3 as opções de respostas foram: aumentar, diminuir ou não alterar o risco.

Para manter o sigilo, os questionários respondidos foram devolvidos dentro de um envelope sem identificação e depositados em uma urna.

O questionário foi previamente testado em amostra de conveniência de 11 universitárias da UFSCar com as mesmas características dos sujeitos da pesquisa para confirmar a adequação do instrumento, visando a qualidade das informações obtidas.

Os dados coletados foram armazenados em planilhas do programa Microsoft Excel 2010 para cálculo das frequências absolutas, relativas e médias e foram

apresentados segundo análise descritiva (frequência e porcentagem) por meio de tabelas.

Para este artigo, COC refere-se a qualquer composição de contraceptivo oral combinado, excluindo-se os contraceptivos orais de progestagênio e a contracepção de emergência. Foram denominadas usuárias de COC as participantes que, na época da coleta dos dados, estavam em uso deste método ou que relataram terem feito uso no passado e por não usuárias aquelas que nunca o utilizaram.

Para análise das respostas dos questionários, os pesquisadores se basearam nas informações apresentadas na publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS), Planejamento Familiar - Um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde⁴.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total das 86 participantes do estudo, 74 (86,05%) classificaram-se como usuárias dos COC e 12 (13,95%) como não usuárias. A maioria era jovem, predominando a faixa etária entre 18-25 anos (76,74%). A idade variou dos 18 aos 51 anos, com idade média de 23,91 anos. Predominaram o estado civil solteira (91,86%) e a cor autodeclarada branca (70,93%) (Tabela I). Tais resultados são compatíveis com o perfil sociodemográfico de universitários de Instituições Federais de Ensino Superior do Estado de São Paulo de 2017, onde 84% dos alunos estavam na faixa etária entre 18 e 24 anos e 49% se autodeclaravam brancos¹². Especificamente nos cursos de medicina em 2012, o percentual de estudantes brancos matriculados era de aproximadamente 75%, semelhante ao observado no nosso estudo¹³.

Em relação à afiliação religiosa, 61,7% das universitárias declararam ter alguma religião, preponderando a católica (32,56%), seguida pela evangélica (13,95%) e espírita (12,79%) (Tabela 1). Observou-se maior prevalência de ausência de religião entre as usuárias dos COC (40,54%) do que entre as não usuárias (25%). Entretanto, não foi possível avaliar a influência da religião no uso deste método, uma vez que os antecedentes sexuais não foram investigados, podendo a não utilização estar associada à ausência de atividade sexual no momento da realização desta pesquisa.

Ao serem questionadas sobre o sistema de saúde utilizado, a maioria (58,14%) indicou ter acesso à saúde suplementar (Tabela 1). Estudos indicam que há um decréscimo na utilização do Sistema Único de Saúde (SUS), à medida que aumentam a renda familiar e a escolaridade¹⁴. Em 2014, Ristoff¹³ mostrou que enquanto 7% das famílias brasileiras possuíam renda superior a 10 salários mínimos, 44% das famílias dos estudantes de medicina se encontravam nesta faixa de ganho salarial. Especificamente entre os estudantes de medicina da UFSCar esta taxa era de 20,6% em 2016¹⁵. A maior utilização da saúde suplementar pelas participantes pode estar relacionada à composição socioeconômica de suas famílias.

Tabela 1. Características das participantes do estudo

Características	n (%) N=86
Uso de COC	
Usuária	74 (86,05%)
Não usuária	12 (13,95%)
Faixa etária (anos)	
18-21	33 (38,37%)
22-25	33 (38,37%)
26-29	11 (12,79%)
> 30	9 (10,47%)
Estado Civil	
Solteira	79 (91,86%)
Casada	3 (3,49%)
União estável	3 (3,49%)
Divorciada	1 (1,16%)
Viúva	0 (0%)
Cor	
Branca	61 (70,93%)
Parda	16 (18,60%)
Preta	3 (3,49%)
Amarela	3 (3,49%)
Índigena	3 (3,49%)
Religião	
Nenhuma	33 (38,37%)
Católica	28 (32,56%)
Evangélica	12 (13,95%)
Espírita	11 (12,79%)
Outras religiões	2 (2,33%)
Sistema de Saúde	
Suplementar	50 (58,14%)
SUS	36 (41,86%)

Universidade Federal de São Carlos

Nota: N=número total de respondedores; n=frequência absoluta; %=frequência relativa; COC=contraceptivo oral combinado; SUS=Sistema Único de Saúde.

No que se refere aos antecedentes contraceptivos, a maioria das usuárias dos COC aderiu ao método por indicação médica (94,59%), apenas 5,41% o utilizaram por sugestão de amigos e familiares e nenhuma delas discutiu o assunto com seus respectivos parceiros (Tabela 2). Em 2016, Farias¹⁶, estudando a utilização dos contraceptivos orais e injetáveis no Brasil, verificou que o uso dos COC em 90,4% das vezes foi indicado pelo médico, corroborando com os nossos achados. Em contrapartida, Simionescu¹⁷ em pesquisa com estudantes de medicina em um país europeu mostrou que 75,41% compartilharam a escolha contraceptiva com seus parceiros, 53,23% com familiares e apenas 46,77% com seus médicos.

Esses dados sugerem que no Brasil a opinião médica é a que mais contribui para a tomada de decisão da mulher na escolha do método contraceptivo, tendo amigos, família e parceiros um papel acessório. A participação do parceiro se refere mais no apoio à mulher na compra e uso do método, bem como no uso eventual de método contraceptivo masculino quando da interrupção temporária de um método feminino¹⁸. Embora haja certo grau de transformações na participação do homem na vida familiar,

a mulher ainda é vista na sociedade como responsável pelo controle da fecundidade, de modo que as ações referentes à contracepção estejam concentradas principalmente neste sexo. Além disso, o fato de repercussões de uma gravidez não programada geralmente recaírem sobre as mulheres reforça ainda mais o estigma de responsabilidade feminina quanto à prevenção da gravidez¹⁹.

As principais razões citadas para escolha dos COC para contracepção foram eficácia (29,73%) e acessibilidade (28,38%), seguidas pela facilidade do uso (17,57%) e outros motivos (17,57%) (Tabela 2). De fato, a eficácia dos COC é um atrativo expressivo, pois quando usados de maneira correta e consistente apenas 0,3 mulheres em 100 engravidam ao longo do primeiro ano de uso^{1,4}. Uma pesquisa com universitárias portuguesas demonstrou tendência de optarem majoritariamente pela pílula devido à sua elevada eficácia e facilidade de uso, como observado em nosso estudo²⁰.

Entre as usuárias dos COC, 59,46% descontinuaram o seu uso. Quando questionadas sobre os motivos que as levaram a pausar o método, 70,45% referiram preocupações com riscos à saúde e efeitos colaterais. Entre as não usuárias, situação semelhante foi observada com 66,67% das mulheres, indicando que essas preocupações foram os motivos para não usar o método (Tabela 2).

Tabela 2. Antecedentes contraceptivos das participantes do estudo

Antecedentes	n (%)
Usuárias de COC (N=74)	
Quem indicou uso	
Médico	70 (94,59%)
Amigos e/ou familiares	4 (5,41%)
Outro profissional da saúde	0 (0%)
Parceiro	0 (0%)
Outro	0 (0%)
Razões para uso	
Eficácia	22 (29,73%)
Fácil acesso	21 (28,38%)
Facilidade de uso	13 (17,57%)
Outras razões	13 (17,57%)
Segurança para saúde	3 (4,05%)
Preço	2 (2,70%)
Descontinuaram uso	
Sim	44 (59,46%)
Não	30 (40,54%)
Razões para descontinuação (N=44)	
Preocupação com riscos/efeitos colaterais	31 (70,45%)
Outras razões	13 (29,55%)
Não usuárias de COC (N=12)	
Razões para não usar COC	
Preocupação com riscos/efeitos colaterais	8 (66,67%)
Outras razões	4 (33,33%)

Universidade Federal de São Carlos

Nota: N=número total de respondedores; n=frequência absoluta; %=frequência relativa; COC= contraceptivo oral combinado.

Machiyama²¹ sugere que receios quanto a danos à saúde representam principais motivos para a não adesão ao método, expondo as mulheres à gravidez não planejada, um importante fator de morbidade e mortalidade materna⁸. Por outro lado, quando as mulheres apresentam percepção positiva sobre a eficácia dos COC no controle da fertilidade e sobre o que conhecem deles, a adesão ao método é significativamente superior²².

Este fato nos fez refletir se a decisão de abandonar o método pelas participantes foi consequente a um aconselhamento contraceptivo ineficiente, o que não era esperado, uma vez que a maioria (94,59%) iniciou o método por indicação médica.

Os dados da Tabela 3 sugerem que os conhecimentos sobre os benefícios à saúde dos COC são, em parte, satisfatórios, já que mais da metade das participantes sabia do potencial do método na redução da acne (83,72%), dismenorreia (83,72%) e hirsutismo (67,44%). Por outro lado, importantes benefícios não contraceptivos, como a redução da ocorrência dos cânceres de endométrio (31,40%), de ovário (18,60%) e colorretal (8,14%), bem como, de prenhez ectópica (PE) (25,58%) e doença inflamatória pélvica (DIP) (13,95%) foram pouco reconhecidos.

Lacunas de conhecimentos sobre os efeitos protetores foram constatadas em outros estudos conduzidos entre mulheres alemãs²³ e chinesas²⁴. Por exemplo, Vogt²³ estudando mulheres alemãs na faixa etária de 18 a 24 anos, verificou que elas foram incapazes de associar os COC à redução dos cânceres de endométrio e ovário. Já Yang²⁴ identificou que 68,2% das obstetras/ginecologistas chinesas não sabiam que os COC reduzem a incidência da DIP. Surpreendeu-nos que este déficit de conhecimento não está restrito às mulheres leigas em geral, podendo se estender àquelas que trabalham na área de saúde.

No que se refere aos riscos à saúde, a maioria das participantes apresentaram conhecimento adequado sobre a possibilidade de ocorrência de trombose venosa profunda (97,67%) e acidente vascular encefálico (88,37%) durante o uso dos COC (Tabela 3). Como em nossos achados, Phiplipson²³ observou que universitárias romenas reconheciam AVE (73%) e trombose (70%) como condições de risco associadas aos COC. No entanto, no estudo conduzido por Vogt²³ 56% das jovens alemãs não souberam responder se o uso dos COC poderia aumentar o risco de trombose, 20% negaram tal associação e 12% reconheceram o aumento de risco e que se tratava de uma consequência grave à saúde. Américo⁹ verificou que entre mulheres brasileiras na faixa etária de 10 a 49 anos a maior parte delas não possuía conhecimento sobre as complicações dos COC e que apenas 1,9% relacionaram a trombose venosa profunda com a vigência do uso deste método. No presente artigo, pelo fato das participantes entrevistadas serem jovens universitárias da área da saúde,

a conclusão de que a maioria apresenta conhecimento quanto ao risco de TEV relacionado ao uso de COC pode ser discordante do padrão da sociedade brasileira no geral, uma vez que estas possuem maior acesso às informações.

A maioria das participantes (58,14%) indicou um efeito benéfico dos COC na redução do risco do câncer do colo do útero, enquanto 25,58% associaram a um aumento na probabilidade desta ocorrência (Tabela 3). A comparação dos nossos resultados com outros autores revelou uma baixa prevalência do conhecimento sobre este tema^{2,23}. Em estudo recente realizado no Reino Unido²⁶ em que foi avaliada a incidência de câncer em mais de 40.000 mulheres usuárias e não usuárias dos COC por um período de 44 anos, foi demonstrado que a ocorrência do câncer do colo do útero parece não ser influenciada pelo uso deste método a longo prazo. Com significância estatística, nos casos de uso atual ou recente (menos de 5 anos) observou-se um discreto aumento na sua incidência. Entretanto, este risco regride amplamente com a interrupção do método e se iguala ao apresentado por não usuárias após 5 a 15 anos.

Em relação ao câncer de mama, 48,84% das participantes consideraram que o uso dos COC não altera o risco e 37,21% relataram que aumenta (Tabela 3). Estes resultados próximos, entre não alterar o risco e aumentá-lo, está em consonância com os dados da literatura sobre este tema, que são conflitantes e de difícil análise, como publicado pela OMS no seu documento de Planejamento Familiar - Um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde⁴. Por um lado, o estudo de Mørch²⁷ sugere um aumento do risco de câncer de mama em usuárias dos COC, sendo este ainda maior com 10 anos ou mais de uso. Na mesma linha, Iversen²⁶ demonstrou aumento do risco em mulheres que estão em uso dos COC há menos de 5 anos e que este risco desaparece alguns anos após a suspensão do método. No entanto, esses mesmos estudos demonstram que o risco absoluto é muito baixo e que qualquer efeito parece ser temporário e limitado ao uso atual ou recente, não havendo influência em fases mais tardias da vida, quando esta doença é mais prevalente^{26,27}. Além disso, a OMS⁴ aponta que não está claro se este aumento de risco com uso dos COC a curto prazo está relacionado a um efeito biológico do contraceptivo no desenvolvimento da doença ou ao diagnóstico mais precoce desta doença entre as usuárias.

Os estrogênios desempenham uma ação fundamental na modulação e exacerbação da cefaleia, sendo que oscilações nos seus níveis, seja para baixo, como observado no período que antecede a menstruação, ou elevações associadas ao início do uso dos COC podem exacerbar o quadro de cefaleia²⁸. Entre as usuárias dos COC este efeito merece atenção, uma vez que pode ser motivo para descontinuação do método^{4,25}. As participantes mostraram um conhecimento adequado sobre o tema, uma vez que 68,60% citaram que uso dos COC está associado

ao aumento deste efeito colateral (Tabela 3).

Outra associação citada pela maioria (65,12%) foi a diminuição da libido. O impacto dos COC na função sexual ainda não está bem determinado. Em uma metanálise publicada no *Journal of Women's Health*²⁹ sobre o assunto, verificou-se a existência de estudos indicando que pode ocorrer aumento, neutralidade ou diminuição da libido em usuárias deste método a depender da via de administração e do tipo de componente progestagênico presente na formulação. A falta de consenso nos trabalhos revisados reflete a dificuldade de isolar o efeito do contraceptivo na resposta sexual, já que fatores como relação com o parceiro, problemas psicossociais e até doenças psiquiátricas (depressão) podem interferir na libido⁴.

Os estrogênios presentes nos COC aumentam a síntese hepática de angiotensinogênio, que, por sua vez, eleva a pressão arterial sistêmica a partir do sistema renina-angiotensina-aldosteron³⁰. Em mulheres híginas o uso dos COC pode causar uma leve elevação da pressão arterial dentro da faixa de normalidade, a qual regride após a interrupção do seu uso⁴. Mastalgia e sangramento de escape também são efeitos colaterais iniciais comuns do uso do COC e tendem a melhorar com o tempo de

uso^{1,6}. As participantes demonstraram uma fragilidade do conhecimento em relação a estes efeitos colaterais, já que mais da metade delas (54,65%) indicaram que os COC não apresentam efeitos na pressão arterial, enquanto a frequência de repostas indicando aumento ou diminuição da mastalgia e sangramento de escape apresentaram um padrão de distribuição semelhante (Tabela 3).

No documento de Planejamento Familiar - Um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde⁴, a OMS cita que na população feminina em geral estão presentes percepções equivocadas sobre os efeitos do COC na fertilidade, na formação e desenvolvimento fetal e no peso corporal. De um modo geral, as universitárias apontaram que infertilidade (79,07%) e malformação fetal (82,56%) não se relacionam com o uso dos COC, demonstrando uma percepção adequada. No entanto, consideraram que eles podem ocasionar aumento do peso corporal (56,98%) (Tabela 3), não correspondendo com conhecimento atual sobre o tema. O uso de COC não parece resultar em alterações significantes de peso, seja no ganho ou na diminuição^{4,6}, mas como variações de peso são naturais ao longo da vida, muitas vezes as mulheres confundem essas alterações como consequências do uso do método⁴.

Tabela 3. Frequência das respostas em relação aos conhecimentos sobre COC das participantes do estudo

Conhecimentos (n=86)	Reduz	Não altera	Aumenta
Benefícios à Saúde			
Acne	72 (83,72%)	6 (6,98%)	8 (9,3%)
Dismenorreia	72 (83,72%)	10(11,63%)	4 (4,65%)
Hirsutismo	58 (67,44%)	20 (23,26%)	8 (9,3%)
Câncer endométrio	27 (31,40%)	41 (47,67%)	18 (20,93%)
Câncer ovário	16 (18,60%)	52 (60,47%)	18 (20,93%)
Câncer colorretal	7 (8,14%)	70 (81,40%)	9 (10,47%)
Prenhez ectópica	22 (25,58%)	53 (61,63%)	11(12,79%)
DIP	12 (13,95%)	53 (61,63%)	21 (24,42%)
Riscos à Saúde			
TVP	0 (0%)	2 (2,33%)	84 (97,67%)
AVE	9 (10,47%)	1 (1,16%)	76 (88,37%)
Câncer colo útero	50 (58,14%)	14 (16,28%)	22 (25,58%)
Câncer mama	12 (13,95%)	42 (48,84%)	32 (37,21%)
Efeitos Colaterais			
Cefaleia	9 (10,47%)	18 (20,93%)	59 (68,60%)
Diminuição libido	9 (10,47%)	21 (24,42%)	56 (65,12%)
Aumento da pressão arterial	2 (2,33%)	47 (54,65%)	37 (43,02%)
Mastalgia	29 (33,72%)	23 (26,74%)	34 (39,54%)
Sangramento de escape	34 (39,53%)	16 (18,60%)	36 (41,87%)
Mitos			
Ganho de peso	5 (5,81%)	32 (37,21%)	49 (56,98%)
Infertilidade	2 (2,33%)	68 (79,07%)	16 (18,60%)
Malformação fetal	3 (3,49%)	71 (82,56%)	12 (13,95%)

Universidade Federal de São Carlos

Nota: n= frequência absoluta; %= frequência relativa; COC=contraceptivo oral combinado; DIP=doença inflamatória pélvica; TVP= trombose venosa profunda; AVE= acidente vascular encefálico.

CONCLUSÕES

O presente estudo demonstrou que a maioria das participantes utilizavam COC ou o utilizaram no passado, sendo seu uso iniciado perante indicação médica. Enquanto os efeitos dos COC no aumento do risco de TVE e na proteção e decréscimo da ocorrência de acne, dismenorreia e hirsutismo foram reconhecidos, uma parcela expressiva das participantes associou uso do método a ganho de peso e desconheciam benefícios significativos na redução da DIP, prenhez ectópica e dos cânceres de endométrio, ovário e colorretal. Entre as participantes que nunca fizeram uso do método ou o descontinuaram, preocupações com riscos

à saúde e efeitos colaterais constituíram uma importante razão para esta decisão.

Tendo em vista este cenário, o desequilíbrio entre os conhecimentos sobre riscos e benefícios dos COC não pode ser subestimado, uma vez que muitos equívocos podem estar presentes até mesmo entre mulheres mais instruídas e com acesso a serviços de saúde, de modo a interferirem em uma escolha mais consciente sobre o uso ou não dos COC. Assim, é de suma importância que os profissionais de saúde realizem um aconselhamento contraceptivo qualificado, identificando tais fatores relacionados aos benefícios e efeitos colaterais dos COC que possam interferir na adesão ao método.

Anexo 1: Instrumento de coleta de dados

SEÇÃO 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
1) Idade:		
2) Estado civil:	<input type="checkbox"/> solteira	<input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> divorciada
	<input type="checkbox"/> em união estável	<input type="checkbox"/> viúva
3) Religião:	<input type="checkbox"/> católica	<input type="checkbox"/> evangélica <input type="checkbox"/> espírita
	<input type="checkbox"/> nenhuma	<input type="checkbox"/> outra:
4) Cor referida:	<input type="checkbox"/> branca	<input type="checkbox"/> preta <input type="checkbox"/> parda
	<input type="checkbox"/> amarela	<input type="checkbox"/> indígena
5) Sistema de saúde que utiliza atualmente:		
<input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Saúde suplementar (convênios e particulares)		
SEÇÃO 2: ANTECEDENTES CONTRACEPTIVOS		
6) Você faz uso do contraceptivo hormonal oral combinado (pílula anticoncepcional) ?		
<input type="checkbox"/> nunca fiz uso		
<input type="checkbox"/> já fiz uso, mas abandonei este método		
<input type="checkbox"/> atualmente faço uso da pílula		
7) Se você já fez uso da pílula e atualmente não a utiliza mais, os riscos à saúde e os efeitos colaterais influenciaram na sua decisão de abandonar este método?		
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
8) Se você nunca fez uso da pílula, os riscos à saúde e os efeitos colaterais influenciaram na sua decisão de não utilizar este método?		
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
9) Se você faz/fez uso da pílula, qual foi o principal motivo que a levou a optar por este método (Marque apenas 1 resposta)		
<input type="checkbox"/> fácil acesso		
<input type="checkbox"/> eficácia na prevenção da gravidez		
<input type="checkbox"/> facilidade de uso		
<input type="checkbox"/> segurança para saúde		
<input type="checkbox"/> preço acessível <input type="checkbox"/> outro motivo:.....		
10) Se você faz/fez uso da pílula, quem te recomendou a usá-la?		
<input type="checkbox"/> médico		
<input type="checkbox"/> outro profissional da saúde		
<input type="checkbox"/> amigos e/ou familiares		
<input type="checkbox"/> parceiro(a) sexual <input type="checkbox"/> outro:.....		
SEÇÃO 3: CONHECIMENTOS		
Em relação ao risco de ocorrência dos eventos abaixo, você acredita que o uso da pílula pode:		
11) Acne		
<input type="checkbox"/> Aumentar o risco <input type="checkbox"/> Diminuir o risco <input type="checkbox"/> Não altera o risco		
12) Cefaleia		
<input type="checkbox"/> Aumentar o risco <input type="checkbox"/> Diminuir o risco <input type="checkbox"/> Não altera o risco		

13) Diminuição da libido () Aumentar o risco () Diminuir o risco () Não altera o risco
14) Ganho de peso () Aumentar o risco () Diminuir o risco () Não altera o risco
15) Hirsutismo (aumento de quantidade de pelos na mulher em locais usuais ao homem como queixo, ao redor dos mamilos, entre os seios, glúteos e parte interna das coxas) () Aumentar o risco () Diminuir o risco () Não altera o risco
16) Mastalgia (dor nas mamas) () Aumentar o risco () Diminuir o risco () Não altera o risco
17) Spotting (sangramento intermenstrual de escape) () Aumentar o risco () Diminuir o risco () Não altera o risco
18) Trombose venosa profunda () Aumentar o risco () Diminuir o risco () Não altera o risco
19) Acidente vascular encefálico (derrame) () Aumentar o risco () Diminuir o risco () Não altera o risco
20) Aumento da pressão arterial () Aumentar o risco () Diminuir o risco () Não altera o risco
21) Dismenorreia (dor em cólica durante menstruação) () Aumentar o risco () Diminuir o risco () Não altera o risco
22) Gravidez ectópica (gravidez fora do útero) () Aumentar o risco () Diminuir o risco () Não altera o risco
23) Doença inflamatória pélvica (Infecção no útero, trompas, ovários e/ou pelve) () Aumentar o risco () Diminuir o risco () Não altera o risco
24) Infertilidade () Aumentar o risco () Diminuir o risco () Não altera o risco
25) Malformação fetal () Aumentar o risco () Diminuir o risco () Não altera o risco
26) Câncer de mama () Aumentar o risco () Diminuir o risco () Não altera o risco
27) Câncer do colo do útero () Aumentar o risco () Diminuir o risco () Não altera o risco
28) Câncer de endométrio () Aumentar o risco () Diminuir o risco () Não altera o risco
29) Câncer de ovário () Aumentar o risco () Diminuir o risco () Não altera o risco
30) Câncer colorretal () Aumentar o risco () Diminuir o risco () Não altera o risco

Participação dos autores: *Lais Ferraz de Assis Pinto*: criadora da ideia do trabalho de Iniciação Científica com participação em todas as fases do seu desenvolvimento (coleta de dados, análise de resultados e redação do manuscrito). *Fernanda Vieira Rodovalho Callegari*: orientadora de trabalho de Iniciação Científica com participação em todas as fases do seu desenvolvimento, desde a sua concepção à análise de dados e redação do manuscrito. *Maristela Carbol*: orientadora de trabalho de Iniciação Científica com participação em todas as fases do seu desenvolvimento, desde a sua concepção à análise de dados e redação do manuscrito.

Agência de fomento: Bolsa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

REFERÊNCIAS

1. Dragoman MV. The combined oral contraceptive pill - recent developments, risks and benefits. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(6):825-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2014.06.003>.
2. Bryden PJ, Fletcher P. Knowledge of the risks and benefits associated with oral contraception in a university-aged sample of users and non-users. *Contraception*. 2001;63:223-7. doi: [https://doi.org/10.1016/S0010-7824\(01\)00194-9](https://doi.org/10.1016/S0010-7824(01)00194-9).
3. United Nations. Trends in contraceptive use Worldwide 2015. Contraception. Available from: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/trendsContraceptiveUse2015Report.pdf>.
4. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers (2018 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO; 2018. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/>

- fp-global-handbook/en/
5. Vessey M, Yeates D, Flynn S. Factors affecting mortality in a large cohort study with special reference to oral contraceptive use. *Contraception*. 2010;82(3):221-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2010.04.006>.
 6. Bartz DA, Roe A, Douglas PS. Combined estrogen-progestin contraception: Side effects and health concerns. UpToDate. [cited December 2019]. Available from: <https://www.uptodate.com>.
 7. Dragoman MV, Tepper NK, Fu R, Curtis KM, Chou R, Gaffield ME. A systematic review and meta-analysis of venous thrombosis risk among users of combined oral contraception. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;141(3):287-94. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12455-9>
 8. Blidaru IE, Furau G, Socolov D. Female Romanian university students' attitudes and perceptions about contraception and motherhood. *Eur J Contracept Reprod Heal Care*. 2016;21(1):39-48. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/13625187.2015.1066495>.
 9. Americo CF, Nogueira PSF, Vieira RPR, Bezerra CG, Moura ERF, Lopes MVO. Conhecimento de usuárias de anticoncepcional oral combinado de baixa dose sobre o método. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(4):928-34. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0928.pdf.
 10. Martínez-Astorquiza-Ortiz de Zarate T, Díaz-Martín T, Martínez-Astorquiza-Corral T. Evaluation of Factors Associated with Noncompliance in Users of Combined Hormonal Contraceptive Methods: a Cross-sectional Study: Results from the MIA Study. *BMC Womens Health*. 2013;13:38. <https://dx.doi.org/10.1186%2F1472-6874-13-38>.
 11. Chandra-Mouli V, McCarraher DR, Philips SJ, et al. Contraception for adolescents in low and middle income countries: needs, barriers and access. *Reprod Health*. 2014;11:1. doi: <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-1>.
 12. National Institute of Educational Studies and Research Anísio Teixeira. Statistical Synopsis of Higher Education 2017. Brasília: INEP; 2018. Available from: <http://inep.gov.br/sinopses-estatisticas-da-educacao-superior>.
 13. Ristoff D. The new profile of the Brazilian campus: an analysis of the undergraduate student's socioeconomic profile. *Evaluation: Rev Evaluation Educ Super*. 2014;19(3):723-47. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-40772014000300010>.
 14. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Sociodemographic profile and pattern of use of health services in the Unified Health System (SUS), 2003-2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(9):3807-16. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000016>.
 15. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEPE). National Student Performance Exam - Course performance report (Medicine Federal University of Sao Carlos). Brasília; 2016. p.1-8. Available from: <http://enadeies.inep.gov.br/enadeIes/enadeResultado/>
 16. Farias MR, Leite SN, Tavares NUL, Oliveira MA, Arrais PSD, Bertoldi AD, et al. Use of and access to oral and injectable contraceptives in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2016;50(Suppl 2). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006176>.
 17. Simionescu A, Horobet A, Belascu L. A statistical assessment of information, knowledge and attitudes of medical students regarding contraception use. *Maedica (Buchar)*. 2017;12(4):267-75. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5879583/>.
 18. Carvalho M, Pirotta K, Chor N. Male participation in contraception from a female perspective. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):23-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000100004>.
 19. Nogueira IL, Carvalho SM, Tocantins FR, Freire MAM. Man's participation in reproductive planning: an integrative review. *Rev Fund Care Online*. 2018;10(1):242-7. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.242-247>.
 20. Santos MJO, Ferreira EMS, Ferreira MMC. Contraceptive behavior of Portuguese higher education students. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 4):1706-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0623>.
 21. Machiyama K, Huda FA, Ahmmid F, Odwe G, Obare F, Mumah JN, et al. Women's attitudes and beliefs towards specific contraceptive methods in Bangladesh and Kenya. *Reprod Health*. 2018;15(1):1-15. doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0514-7>.
 22. Tomaszewski D, Aronson BD, Kading M, Morisky D. Relationship between self-efficacy and patient knowledge on adherence to oral contraceptives using the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). *Reprod Health*. 2017;14(1):110. doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0374-6>.
 23. Vogt C, Schaefer M. Disparities in knowledge and interest about benefits and risks of combined oral contraceptives. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011;16(3):183-93. doi: <https://doi.org/10.3109/13625187.2011.561938>.
 24. Yang X, Li X, Wang Y, He X, Zhao Y. Practices and knowledge of female gynecologists regarding contraceptive use: a real-world Chinese survey. *Reprod Health*. 2018;15:1-6. doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0557-9>.
 25. Philipson S, Wakefield CE, Kasparian N. Women's knowledge, beliefs, and information needs in relation to the risks and benefits associated with use of the oral contraceptive pill. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011;20(4):635-42. doi: <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2455>.
 26. Iversen L, Sivasubramaniam S, Lee AJ, Fielding S, Hannaford PC. Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(6):580.e1-580.e9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.02.002>.
 27. Mørch LS, Skovlund CW, Hannaford PC, Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø. Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2017;377(23):2228-39. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1700732>.
 28. Calhoun AH, Batur P. Combined hormonal contraceptives and migraine: An update on the evidence. *Cleve Clin J Med*. 2017;84(8):631-8. doi: <https://doi.org/10.3949/ccjm.84a.16033>.
 29. Casey PM, MacLaughlin KL, Faubion SS. Impact of contraception on female sexual function. *J Women's Health*. 2017;26(3):207-13. doi: <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5703>.
 30. Oelkers WK. Effects of estrogens and progestogens on the renin-aldosterone system and blood pressure. *Steroids*. 1996;61(4):166-71. doi: [https://doi.org/10.1016/0039-128X\(96\)00007-4](https://doi.org/10.1016/0039-128X(96)00007-4).

Recebido: 14.04.2020

Aceito: 17.08.2020