

Contraceção hormonal combinada: o que sabem as utilizadoras sobre os seus riscos e benefícios

Maria Rojão Mouro

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Mestrado Integrado)

Orientador: Prof. Doutor José Alberto Fonseca Moutinho
Co-orientadora: Dr^a. Celina Pires Rosa
Co-orientadora: Prof^a. Doutora Sara Nunes

abril de 2022

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor José Moutinho, pela disponibilidade, e acompanhamento ao longo da realização deste trabalho.

À minha co-orientadora, Dr^a Celina Pires Rosa, pelo interesse, simpatia e ajuda na execução deste projeto.

À minha co-orientadora, Prof^a Sara Nunes, pela sua disponibilidade e prontidão na análise estatística.

Aos médicos, enfermeiros e administrativos dos centros de saúde do ACeS Cova da Beira pela cooperação na realização deste trabalho.

À minha família e amigos, pelo carinho, compreensão, motivação e apoio que me deram, tanto na realização deste trabalho, como também ao longo de todo o meu percurso universitário.

Resumo

Em Portugal, calcula-se que 94% das mulheres utilizam algum método contraceutivo. A contraceção hormonal combinada tem sido a escolha de eleição pela maioria das mulheres. Estes métodos contraceutivos apresentam diversos benefícios para a saúde além da anticonceção, mas também acarretam alguns riscos. Assim, é de interesse avaliar se as utilizadoras estão cientes dos mesmos.

Através da aplicação de um questionário a 150 utilizadoras de contraceção hormonal combinada com idades compreendidas entre os 18 e os 50 anos a serem acompanhadas nas consultas de planeamento familiar dos centros de saúde da Cova da Beira, pretendeu-se avaliar a literacia das utentes acerca dos benefícios e riscos do seu método contraceutivo hormonal combinado.

No total das 13 questões relativas aos benefícios e riscos da contraceção hormonal combinada, em 8 delas verificou-se uma percentagem de incertezas superior a 50%. A questão respondida mais acertadamente pelas utilizadoras foi relativa aos ciclos menstruais, a mais erradamente foi relativa às cefaleias, e a que revelou mais incertezas foi a do cancro do endométrio. As mulheres com menor escolaridade responderam menos. As mulheres com mais escolaridade responderam mais, mas mais erradamente.

As mulheres que frequentaram o ensino superior apresentaram menos incertezas o que pode explicar o maior número médio de respostas erradas. O elevado grau de desconhecimento dos benefícios e riscos do método contraceutivo pode dever-se ao insuficiente fornecimento de informação por parte dos profissionais de saúde e/ou ao desinteresse por parte das utilizadoras.

Conclui-se, assim, que as utilizadoras de contraceção hormonal combinada não estão devidamente esclarecidas sobre os benefícios e riscos inerentes à sua utilização.

Palavras-chave

Contraceção; Contraceção hormonal; Conhecimento; Literacia em saúde; Riscos e benefícios.

Abstract

In Portugal, it is estimated that 94% of women use some contraceptive method. Combined hormonal contraception has been the preferred choice for most women. These contraceptive methods have several health benefits in addition to contraception, but they also carry some risks. Thus, it is of interest to assess whether the users are aware of them.

Through the application of a questionnaire to 150 users of combined hormonal contraception aged between 18 and 50 years, being followed in family medicine consultations at primary health care units in Cova da Beira, the aim was to assess the literacy about the benefits and risks of their combined hormonal contraceptive method.

In the total of 13 questions about the benefits and risks of combined hormonal contraception, in 8 of them there was a percentage of uncertainties above 50%. The most correctly answered question by women was related to menstrual cycles, the most wrongly answered was related to headaches, and the one that revealed the most uncertainties was the one about endometrial cancer. Women with lower education levels answered less. Women with higher education levels answered more, but more wrongly.

Women with higher educational levels had less uncertainties, which may explain the higher average number of wrong answers. The high degree of ignorance of the benefits and risks of the contraceptive method may be due to insufficient provision of information by health professionals and/or lack of interest by the users.

All in all, users of combined hormonal contraception are not fully informed about the benefits and risks inherent to its use.

Keywords

Hormonal Contraception; Contraception; Knowledge; Risks and Benefits; Health Literacy

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Palavras-chave	v
Abstract.....	vii
Keywords	vii
Índice	ix
Lista de Gráficos	xi
Lista de Tabelas	xiii
Lista de Quadros	xv
Lista de Acrónimos	xvii
1.Introdução.....	1
1.1 Breve história da contraceção	1
1.2 A contraceção como elemento essencial do Planeamento Familiar.....	1
1.3 A contraceção em Portugal	2
1.4 Contraceção hormonal combinada.....	3
1.4.1 Vias de administração	3
1.4.2 Indicações e contraindicações	4
1.4.3 Benefícios	7
1.4.4 Riscos	8
1.4.5. Efeitos na reprodução	8
1.5 A escolha do método contracetivo	9
1.6 Literacia das utilizadoras de CHC	9
2. Objetivos do estudo.....	11
3. Material e métodos	13
3.1 Seleção da amostra	13
3.1.1 Critérios de inclusão	13

3.1.2 Critérios de exclusão	13
3.2. Instrumentos	13
3.3. Recolha de dados	14
3.4. Análise estatística dos dados	14
4. Resultados	15
4.1 Características sociodemográficas da amostra	15
4.1.1 Idade	15
4.1.2 Estado civil	15
4.1.3 Habilitações literárias	16
4.1.4 Número de filhos	16
4.2 Dados relativos ao método contraceptivo	17
4.3 Literacia acerca da CHC	18
5. Discussão	31
6. Conclusões e Perspetivas futuras	37
7. Referências Bibliográficas	39
Anexos	43
Anexo 1 – Consentimento informado.....	43
Anexo 2 – Questionário	44
Anexo 3 – Parecer da Comissão Ética da Administração Regional de Saúde do Centro	48
Anexo 4 – Autorização do diretor executivo do ACeS Cova da Beira.....	50

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por faixa etária.....	15
Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo o estado civil	15
Gráfico 3 - Distribuição da amostra por habilitações literárias	16
Gráfico 4 - Distribuição da amostra consoante o número de filhos	16
Gráfico 5 - Distribuição da amostra de acordo com o método contraceptivo atual	17
Gráfico 6 - Distribuição da amostra de acordo com a duração de utilização do método	17

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição de frequência das respostas obtidas para as questões oncológicas.....	18
Tabela 2 - Distribuição de frequência das respostas obtidas para as questões que relacionavam o efeito da contraceção hormonal combinada (CHC) com varizes, acidente vascular cerebral (AVC), enfarte agudo do miocárdio (EAM) e tromboembolismo venoso (TEV).....	19
Tabela 3 - Distribuição de frequência das respostas obtidas para as questões relativas a outros efeitos da contraceção hormonal combinada (CHC)	20
Tabela 4 - Distribuição de frequência das respostas corretas (RC), respostas erradas (RE) e incertezas (I) obtidas após aplicação de chave de correção às questões acerca de cancro do ovário, cancro do endométrio, cancro do colo do útero, cancro da mama, cancro colorretal, varizes, acidente vascular cerebral (AVC), enfarte agudo do miocárdio (EAM), tromboembolismo venoso (TEV), ciclos menstruais, depressão, cefaleias e infertilidade.	22
Tabela 5 - Média e desvio-padrão de total de respostas corretas (RC), respostas erradas (RE), incertezas (I) relativas às questões acerca dos benefícios e riscos da contraceção hormonal combinada (CHC)	23
Tabela 6 - Número de respostas corretas (RC) e respostas erradas (RE) à questão “Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e o cancro do ovário?” em função da idade, escolaridade, estado civil, nuliparidade, duração de utilização de contraceção hormonal combinada (CHC), idade quando teve o primeiro e último filho	24
Tabela 7 - Número de respostas corretas (RC) e respostas erradas (RE) à questão “Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e o cancro do endométrio?” em função da idade, escolaridade, estado civil, nuliparidade, duração de utilização de contraceção hormonal combinada (CHC), idade quando teve o primeiro e último filho	25
Tabela 8 - Número de respostas corretas (RC) e respostas erradas (RE) à questão “Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e o cancro do colo do útero?” em função da idade, escolaridade, estado civil, nuliparidade, duração de utilização de contraceção hormonal combinada (CHC), idade quando teve o primeiro e último filho	26
Tabela 9 - Número de respostas corretas (RC) e respostas erradas (RE) à questão “Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e o cancro colorretal?” em função da idade, escolaridade, estado civil, nuliparidade, duração de utilização de contraceção hormonal combinada (CHC), idade quando teve o primeiro e último filho	27
Tabela 10 - Número de respostas corretas (RC) e respostas erradas (RE) à questão “Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e o tromboembolismo venoso?” em função da idade, escolaridade, estado civil, nuliparidade, duração de utilização de contraceção hormonal combinada (CHC), idade quando teve o primeiro e último filho ...	28

Tabela 11 - Número de respostas corretas (RC) e respostas erradas (RE) à questão “Qual a relação entre o seu método contraceutivo atual e as cefaleias?” em função da idade, escolaridade, estado civil, nuliparidade, duração de utilização de contraceção hormonal combinada (CHC), idade quando teve o primeiro e último filho.....29

Lista de Quadros

Quadro 1 -Situações clínicas classificadas como categoria 4 e 3	5
Quadro 2 - Chave de correção do questionário	21

Lista de Acrónimos

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CHC	Contraceção Hormonal Combinada
DIU	Dispositivo intrauterino
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
EP	Embolia Pulmonar
FSH	Hormona folículo-estimulante (do inglês: <i>Follicle-stimulating hormone</i>)
HPV	Vírus do Papiloma Humano
I	Incertezas
IMC	Índice de Massa Corporal
LH	Hormona luteinizante (do inglês: <i>Luteinizing Hormone</i>)
mmHg	Milímetros de mercúrio
OMS	Organização Mundial de Saúde
RC	Respostas Corretas
RE	Respostas Erradas
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TEV	Tromboembolismo Venoso
TVP	Trombose Venosa Profunda
UCSP	Unidade Cuidados Saúde Personalizados
µg	Micrograma
USF	Unidade de Saúde Familiar

1.Introdução

1.1 Breve história da contraceção

A primeira alusão ao tema da contraceção remonta há 15000 anos, onde numa pintura de uma caverna francesa é demonstrada a utilização de um preservativo durante uma relação sexual.

Ao longo do séc. XX houve melhorias significativas no controlo da natalidade. Estas melhorias podem ser explicadas, em parte, pelo advento da contraceção hormonal. A primeira pílula hormonal combinada, denominada Enovid®, foi aprovada nos Estados Unidos da América em 1960 pela *Federal Drug Administration* como método contraceptivo, tendo inicialmente sido aprovada apenas para tratamento de distúrbios menstruais. Esta possuía na sua composição mestranol, um estrogénio, e noretinodrel, um progestativo. No entanto, a dose de estrogénio desta pílula era bastante elevada, levando a uma alta incidência de efeitos adversos. Ao longo dos anos, os contraceptivos orais sofreram uma evolução, através da redução gradual do teor de estrogénio e introdução de novos progestativos. Além disso, com o intuito de aumentar a eficácia, adesão e tolerância, foram desenvolvidas vias alternativas de contraceção hormonal combinada, como a vaginal ou a transdérmica. O aumento da biodisponibilidade nestas vias permite a utilização de doses menores de esteróides. (1)

Relativamente à história da contraceção em Portugal, a lei nº32171, de 1942, ilegalizou a contraceção até depois do 25 de Abril de 1974, embora a pílula contraceptiva fosse largamente utilizada desde a sua comercialização, mas apenas como método de regulação do ciclo menstrual. Assim, muitos casais tinham de recorrer ao aborto clandestino com o intuito de limitar a dimensão das suas famílias, contribuindo para uma alta taxa de mortalidade materna e infantil. (2)

1.2 A contraceção como elemento essencial do Planeamento Familiar

Em 1976, através da Associação para o Planeamento Familiar, surgiram as consultas de Planeamento Familiar na valência de Saúde Materno-Infantil dos centros de saúde. (2) Estas consultas têm como objetivos (3):

- Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura;
- Regular a fecundidade segundo o desejo do casal;

- Preparar para a maternidade e a paternidade responsáveis;
- Reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, perinatal e infantil;
- Reduzir a incidência das Infecções Sexualmente Transmissíveis e as suas consequências, designadamente, a infertilidade;
- Melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da família.

Os métodos contraceptivos eficazes permitiram, assim, separar a sexualidade da reprodução. As taxas de interrupções voluntárias da gravidez diminuíram após a introdução da pílula na década de 60, mas permaneceram estáveis ou voltaram mesmo a aumentar em alguns países europeus. Em 1995, surgiram comunicados por parte dos governos europeus e da comunicação social que questionavam a segurança da pílula. Mais recentemente, em 2012, foram publicados relatórios com parecer negativo acerca dos efeitos da contraceção hormonal que se mantêm até aos dias de hoje. (4) Assim, foram criados movimentos contra a contraceção, o que se traduziu num aumento das interrupções voluntárias da gravidez. É função do médico combater essas tendências, desmistificando as noções das utilizadoras de contraceção hormonal combinada (CHC).

Atualmente, já se reconhece que a sexualidade representa um aspeto fundamental da saúde e bem-estar humano, sendo um componente essencial dos cuidados de saúde. Assim, o fornecimento de um método contraceptivo eficaz, seguro e reversível deve ser uma prioridade de todos os profissionais de saúde e uma meta dos programas de saúde pública. (5)

1.3 A contraceção em Portugal

Em Portugal, calcula-se que 94% das mulheres utilizam algum método contraceptivo. Dentro dos métodos contraceptivos disponíveis, a CHC tem sido a escolha de eleição pela maioria das mulheres e possui diversas vias de administração: oral, transdérmica e vaginal, sendo a oral a mais utilizada. No entanto, a utilização de pílula tem vindo a diminuir de 2005 a 2015, passando de 70,4% a 58,1%. As mulheres portuguesas têm optado pela utilização de métodos contraceptivos menos dependentes da utilizadora, tais como o dispositivo intrauterino (DIU) e o implante subcutâneo. (6)

1.4 Contraceção hormonal combinada

Os métodos contraceptivos hormonais combinados são constituídos por estrogénio e progesterona, e exercem o seu principal efeito inibindo a secreção das gonadotrofinas.

O efeito contraceptivo é maioritariamente conseguido através do componente progestativo, pois este inibe a ovulação, ao inibir a secreção da hormona luteinizante (LH). Além disso, também provoca um espessamento do muco cervical e torna o endométrio atrófico, criando um ambiente desfavorável para a implantação.

Por outro lado, o componente estrogénico potencia os efeitos da progesterona e evita a maturação folicular, ao inibir a secreção da hormona folículo-estimulante (FSH). (7)

Relativamente à eficácia dos métodos contraceptivos, esta pode ser avaliada pela percentagem de mulheres que têm uma gravidez indesejada durante o primeiro ano de utilização. A eficácia teórica consiste na percentagem de mulheres que apesar de utilizarem o seu método de uma forma correta e consistente, têm uma gravidez indesejada durante o primeiro ano de utilização. Por outro lado, a eficácia usual consiste na percentagem de mulheres que têm uma gravidez indesejada durante o primeiro ano, se não interromperem o uso do método por qualquer motivo que não seja a gravidez, tendo assim em conta os erros que ocorrem na utilização do método contraceptivo. Independentemente da via de administração, a eficácia teórica da CHC é 0,3% e a eficácia usual é 7%. (8)

1.4.1 Vias de administração

i) Oral

Consiste na toma diária e preferencialmente à mesma hora de um comprimido. Existem vários regimes: toma de 21 comprimidos seguida de 7 dias de intervalo de toma; toma contínua de 21 comprimidos de pílula seguido de 7 comprimidos de placebo; toma contínua de 24 comprimidos de pílula seguido de 4 comprimidos de placebo e regime contínuo sem intervalo livre.

Algumas mulheres têm dificuldade em fazer a toma diária e regular da pilula, o que pode comprometer a eficácia deste método. Contudo, se utilizado corretamente, este é muito eficaz. A maioria das pílulas contém uma concentração fixa do componente progestativo e estrogénico ao longo do mês, denominada pílula monofásica. No entanto, existem formulações bifásicas, trifásicas e quadrifásicas (Qlaira®), onde os

comprimidos possuem, respetivamente, duas, três e quatro dosagens distintas ao longo do mês, com o objetivo de diminuir a dose total de hormonas. (3,7,9)

ii) Vaginal

Consiste num anel transparente e flexível com cerca de 5 cm de diâmetro, que deve permanecer na vagina durante 21 dias consecutivos, ao longo dos quais vai ser libertada uma dose constante de etonogestrel e etinilestradiol. (10) Posteriormente, deve ser retirado pela mulher, seguindo-se um intervalo de uma semana até ser colocado um novo anel. O regime contínuo sem intervalo livre também é uma possibilidade.

Tendo em conta que este método é de uso mensal, está associado a uma maior adesão comparativamente à pílula. A maioria das utilizadoras não relata queixas com o seu uso diário, nem queixas relativamente a interferências no ato sexual. Contudo, quando necessário, o anel pode ser retirado da vagina por 3 horas sem alterar a sua eficácia. (3,7,9)

iii) Transdérmica

Consiste num adesivo fino, quadrado que deve ser colocado numa zona da pele sem pêlos, limpa e seca, como por exemplo na face externa do braço, nas nádegas, nas costas ou no abdómen. Este contém norelgestromin e etinil estradiol (11), devendo ser substituído semanalmente durante três semanas. Durante a quarta semana não deverá ser colocado o adesivo, apesar de também ser possível o regime contínuo sem intervalo livre.

A eficácia do adesivo diminui em mulheres com peso superior a 90 kg. (3,7,9)

1.4.2 Indicações e contraindicações

A CHC está indicada quando se pretende um método contraceutivo eficaz, seguro e reversível e/ou quando se pretende obter benefícios não contraceutivos, desde que estes sejam superiores aos riscos. (3,9)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou orientações relativas à segurança de utilização dos diferentes métodos contraceutivos. Assim, a CHC não deve ser utilizada na presença de qualquer uma das situações clínicas classificadas como categoria 4 e deve ser dada preferência a outros métodos contraceutivos nas situações classificadas como categoria 3. Estas situações estão resumidas no quadro 1. (3,9)

Quadro 1 -Situações clínicas classificadas como categoria 4 e 3

Situação clínica	Categoria 4	Categoria 3
Tabagismo	✓ Idade ≥ 35 anos e ≥ 15 cigarros por dia	✓ Idade ≥ 35 anos e < 15 cigarros por dia e/ou suspendeu há menos de 1 ano
Hipertensão arterial	✓ Sistólica ≥ 160 ou diastólica ≥ 100 mmHg	✓ Sistólica $> 140-159$ ou diastólica > 90 a 99 mmHg
Tromboembolismo venoso	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Antecedentes de TEV/EP com e sem terapêutica anticoagulante e alto risco para TEV/EP (um ou mais fatores de risco) ✓ TEV/EP agudo ✓ Cirurgia major com imobilização prolongada 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Antecedentes de TEV/EP sem terapêutica anticoagulante e sem fatores de risco para TEV /EP ✓ Antecedentes de TEV/EP com terapêutica anticoagulante há pelo menos 3 meses e sem fatores de risco para TEV /EP
Doença cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Doença coronária ✓ História de EAM ✓ AVC ✓ Patologia valvular cardíaca complicada 	✓ Associação de múltiplos fatores de risco CV, em mulheres < 35 anos
Trombofilias	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fator V Leiden ✓ Mutação da protrombina ✓ Défice de proteína S, proteína C e antitrombina 	
Doenças reumatológicas	✓ Síndrome de anticorpos antifosfolipídicos	
Doenças neurológicas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enxaquecas com aura ✓ Enxaqueca sem aura e idade > 35 anos (crónica) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enxaqueca sem aura e idade < 35 anos (crónica) ✓ Enxaqueca sem aura e idade > 35 anos (recente)
Doenças endócrinas	✓ Diabetes com	✓ Diabetes com nefropatia,

	<p>nefropatia, retinopatia ou neuropatia grave</p> <p>✓ Outras complicações vasculares graves da diabetes</p> <p>✓ Diabetes diagnosticada há > 20 anos</p>	<p>retinopatia ou neuropatia</p> <p>✓ Outras complicações vasculares da diabetes</p>
Doença inflamatória intestinal		<p>✓ Doença de Crohn ou Colite Ulcerosa aplicável apenas para via oral</p>
Doenças hepato-biliares	<p>✓ Hepatite vírica aguda</p> <p>✓ Cirrose hepática descompensada</p> <p>✓ Adenoma hepático</p> <p>✓ Carcinoma hepático</p>	<p>✓ Doença hepato-biliar sintomática ou sob tratamento médico</p> <p>✓ História pessoal de colestase associada à CHC</p>
Obesidade		<p>✓ IMC $\geq 35 \text{ kg/m}^2$</p>
Antecedentes de cirurgia bariátrica		<p>✓ Procedimentos que provocam mal absorção (bypass em Y de Roux) aplicável apenas para via oral</p>
Patologia da mama	<p>✓ Cancro da mama</p>	<p>✓ História pessoal de cancro da mama sem evidência de doença há 5 anos</p>
Transplante de órgão sólido	<p>✓ Complicado por: falência aguda ou crónica do enxerto, rejeição ou vasculopatia associada ao enxerto</p>	
Pós-parto (sem amamentar)	<p>✓ 21 dias pós-parto com fatores de risco para TVP</p>	<p>✓ <21 dias pós-parto e sem outros fatores de risco de TVP</p> <p>✓ >21 dias a 42 dias pós-parto e com outros fatores de risco para TVP</p>
Pós-parto (a amamentar)	<p>✓ < 6 semanas pós-parto</p>	<p>✓ >6 semanas a <6 meses pós-parto</p>

1.4.3 Benefícios

i) Tratamento de hiperandrogenismo

A CHC está associada a uma diminuição da incidência e severidade da acne, onde os fármacos mais eficazes são os que possuem progestativos com maiores efeitos antiandrogénicos, especialmente o acetato de ciproterona. Além disso, também diminui o hirsutismo, principalmente com a CHC contendo progestativos com efeitos antiandrogénicos mais acentuados, como o acetato de ciproterona, dienogest, drospirenona e acetato de cloromadinona. (9)

ii) Prevenção de doenças ginecológicas

O risco de doença benigna da mama diminui com o uso de CHC, assim como de endometriose, doença inflamatória pélvica e gravidez ectópica. Existe também uma redução da incidência e gravidade de sintomas de fibromioma uterino, melhoria dos sintomas vasomotores da perimenopausa e aumento da densidade mineral óssea na perimenopausa. (9)

iii) Prevenção de cancro

A CHC, mesmo com utilizações entre 3 e 6 meses, associa-se a diminuição em 40% do risco de tumores malignos e *borderline* epiteliais do ovário. Esta proteção aumenta com a duração da utilização, sendo mais notória em nulíparas, ou com história familiar de cancro mama/ovário, ou com mutações dos genes BRCA1 e BRCA2, que apresentam um risco aumentado. Esta diminuição do risco persiste pelo menos 15 anos após descontinuação. (9,12,13)

Existe também uma diminuição em 50% do risco de adenocarcinoma do endométrio, que se prolonga por mais 20 anos após suspensão do método. O efeito protetor é maior para durações de utilização superiores a 3 anos. (9,12,13)

Relativamente ao cancro colorretal, a CHC associa-se a diminuição de 18% na incidência do mesmo. Esta redução é independente da duração de utilização e é maior nas utilizadoras recentes. (9–11)

iv) Relacionados com o ciclo menstrual

A utilização de CHC regulariza os ciclos menstruais, reduz a dismenorreia e o fluxo menstrual e diminui a incidência de quistos ováricos funcionais. O regime de toma contínuo sem intervalo livre melhora os sintomas consequentes à diminuição dos estrogénios na altura da pausa, podendo ser benéfico na síndrome pré-menstrual e endometriose. (9)

1.4.4 Riscos

i) Tromboembolismo venoso (TEV)

Este é um efeito adverso raro, que se deve principalmente ao efeito do componente estrogénico da CHC. Além disso, os progestativos possuem determinadas especificidades que, em associação aos estrogénios, poderão contribuir para potenciar o efeito dos estrogénios relativamente ao aumento do risco tromboembólico. No entanto, os estudos que pretendem avaliar as diferenças de risco com os diferentes progestativos têm revelado algumas divergências. O aumento do risco de TEV nas utilizadoras de CHC é inferior ao risco de TEV associado à gravidez, sendo este superior no primeiro ano de utilização do método. Relativamente aos diferentes tipos de CHC, a via transdérmica está associada a um risco mais elevado do que a via oral ou vaginal. Este risco também está aumentado nas mulheres que possuem trombofilias, no entanto, não está indicado efetuar o estudo destas ao iniciar CHC. (3,9)

ii) Acidente Vascular Cerebral (AVC)

As utilizadoras de CHC de baixa dosagem apresentam um aumento do risco relativo de AVC comparativamente com as não utilizadoras. Além disso, na existência de cefaleia com aura há um aumento de risco de AVC. No entanto, existem fatores de risco independentes da utilização da CHC que influenciam o risco de AVC na mulher, tais como a hipertensão arterial e o tabagismo. (9,15)

iii) Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)

A utilização de CHC está associada a um ligeiro aumento do risco relativo de EAM 40 vezes mais, se a idade for superior a 35 anos. Em utilizadoras de CHC fumadoras, este risco é superior especialmente após os 35 anos, nomeadamente 485 vezes mais. No entanto, o tabagismo, isoladamente, possui maior risco de EAM do que a utilização de CHC, 88 vezes após os 35 anos. (9,15)

1.4.5. Efeitos na reprodução

A utilização de CHC não está associada a infertilidade, existindo estudos que demonstraram que ocorre menstruação espontânea ou gravidez em 98,9% das mulheres após 3 meses da sua cessação. (16) Além disso, a interrupção periódica da CHC aumenta a probabilidade de gravidez indesejada e o risco tromboembólico. (9)

1.5 A escolha do método contraceutivo

Ao aconselhar um método contraceutivo, os profissionais de saúde devem focar nas características dos métodos contraceutivos e nas preferências da mulher/casal. Assim, deve ser explicada à mulher o mecanismo de ação, a eficácia, indicações, contraindicações, riscos e benefícios de cada método contraceutivo. Por outro lado, é necessário conhecer a mulher a quem se faz o aconselhamento, para identificar valores pessoais, físicos, religiosos ou culturais que possam afetar o uso de cada método contraceutivo e posteriormente ajudá-la com as suas questões através de uma comunicação empática e isenta de juízos de valor. (7)

Sempre que possível deve ser usada a menor dose do componente estrogénico, estando a utilização de CHC com 35 µg reservada para tratamento da acne. As vias vaginal e transdérmica, para além das indicações comuns à via oral, devem ser consideradas em mulheres com dificuldades na toma diária, com problemas na deglutição, com antecedentes de cirurgia bariátrica, com doença inflamatória intestinal e diarreias crónicas. (9)

1.6 Literacia das utilizadoras de CHC

Em Portugal, não existem estudos sobre o conhecimento que as mulheres utilizadoras de CHC têm acerca dos seus efeitos no bem-estar físico e psicológico. Assim, seria interessante averiguar o grau de segurança com que as mulheres iniciam esta medicação crónica.

CHC: o que sabem as utilizadoras sobre os seus riscos e benefícios

2. Objetivos do estudo

Este trabalho tem como objetivo primário:

- Avaliar a literacia das utentes do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Cova da Beira acerca dos benefícios e riscos do seu método contraceutivo hormonal combinado.

Como objetivos secundários pretende-se:

- Compreender se os fatores demográficos, tais como a idade da mulher, as habilitações literárias, o estado civil, o número de filhos, a idade quando teve o primeiro filho, a idade quando teve o último filho e a duração de utilização do método contraceutivo influenciam a literacia face à contraceção hormonal combinada;
- Perceber o perfil sociodemográfico das utilizadoras de contraceção hormonal combinada;
- Encontrar métodos de intervenção que possam contribuir para a melhoria da literacia das utilizadoras da contraceção hormonal combinada.

CHC: o que sabem as utilizadoras sobre os seus riscos e benefícios

3. Material e métodos

3.1 Seleção da amostra

Para este estudo foram integradas 150 utentes do ACeS da Cova da Beira. De modo a obter uma amostra estratificada e proporcional, foram incluídas, de forma aleatória, 37 utentes da Unidade Cuidados Saúde Personalizados (UCSP) Covilhã, 17 da Unidade de Saúde Familiar (USF) da Estrela, 46 da UCSP Fundação, 12 da UCSP Belmonte, 24 da UCSP Tortosendo e 14 da UCSP Teixoso.

3.1.1 Critérios de inclusão

- Mulheres entre os 18 e 50 anos;
- Utilização atual de contraceção hormonal combinada, de forma independente do tempo de utilização;
- Acompanhamento nas consultas de Planeamento Familiar da unidade de saúde.

3.1.2 Critérios de exclusão

- Não desejar participar no estudo;
- Incapacidade de assinar o consentimento informado.

3.2. Instrumentos

Para a realização deste estudo foi utilizado um questionário de autopreenchimento elaborado pela autora de acordo com os pontos que pretendiam ser alvos de investigação, e que foi validado antes de se proceder à sua aplicação.

O questionário era constituído por 24 questões, das quais as primeiras 11 procuravam avaliar as variáveis sociodemográficas e os dados relativos ao método contracetivo atual. As restantes 13 questões abordavam os benefícios e riscos da CHC. A maioria das questões eram do tipo fechadas, exceto as que questionavam idades e a utilização prévia de outro método contracetivo.

Para análise das respostas ao questionário, o conjunto das 13 questões relacionadas com o conhecimento acerca dos riscos e benefícios da CHC foi dividido em grupos relacionados com questões oncológicas (cancro do ovário, cancro do endométrio, cancro do colo do útero, cancro da mama e cancro colorretal), questões

cardiovasculares (varizes, AVC, EAM e TEV) e questões acerca de outros efeitos (ciclos menstruais, depressão, cefaleias e infertilidade). Com exceção da questão relativa aos ciclos menstruais, todas as questões apresentaram 4 opções de resposta possíveis: “Evita”, “Provoca”, “Não evita nem provoca” ou “Não sabe”. Na questão relativa aos efeitos da CHC nos ciclos menstruais as opções de resposta foram: “Regulariza os ciclos”, “Desregulariza os ciclos”, “Não regulariza nem desregulariza os ciclos”, “Não sabe”.

3.3. Recolha de dados

Para proceder à recolha dos dados utilizados nesta investigação, obtiveram-se as autorizações necessárias, nomeadamente o parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro e a autorização do diretor executivo do ACeS Cova da Beira.

Depois de consentida a participação no estudo por parte da utente, precedida de breve esclarecimento dos objetivos do estudo e garantia de anonimidade e confidencialidade dos dados, o questionário foi distribuído presencialmente à utente com a colaboração de alguns profissionais das unidades de saúde. Este questionário foi aplicado entre janeiro de 2021 e junho de 2021.

3.4. Análise estatística dos dados

Os resultados obtidos com a aplicação do questionário foram tratados e analisados através do software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 23. Após uma análise descritiva dos dados recolhidos, a análise estatística foi realizada através do teste Qui-Quadrado ou teste exato de Fisher e os resultados foram considerados estatisticamente significativos para um nível de significância inferior a 0,05.

4. Resultados

4.1 Características sociodemográficas da amostra

4.1.1 Idade

A média das idades das utentes que participaram no estudo foi de $33,57 \pm 10,025$ anos. A distribuição por faixa etária encontra-se no Gráfico 1.

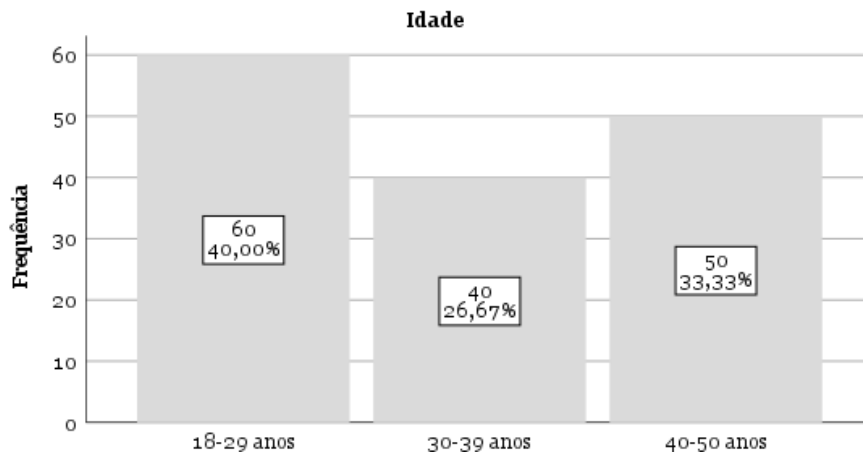


Gráfico 1 - Distribuição da amostra por faixa etária

4.1.2 Estado civil

Como é possível observar no Gráfico 2, a maioria das mulheres da amostra identificou-se como solteira.

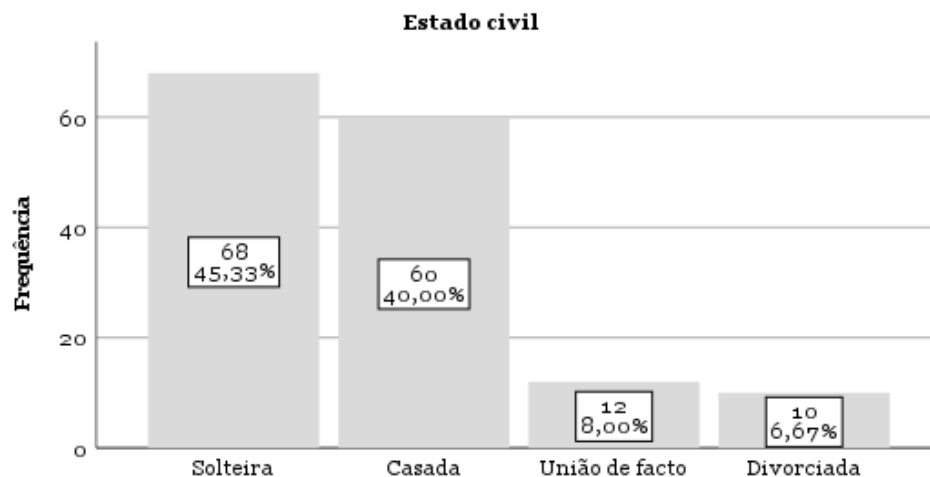


Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo o estado civil

4.1.3 Habilitações literárias

Relativamente às habilitações literárias, 24 mulheres frequentaram o ensino básico, 63 o ensino secundário e 63 o ensino superior. Assim, a maioria da amostra possuía como habilitações literárias o ensino superior ou o ensino secundário (Gráfico 3).

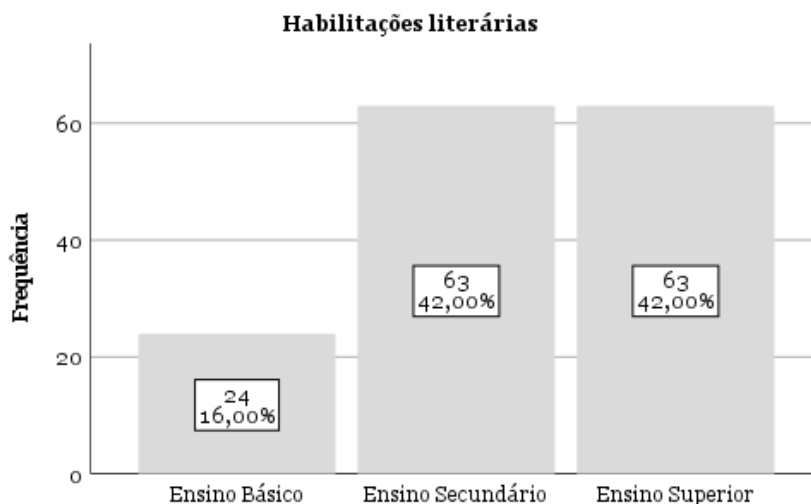


Gráfico 3 - Distribuição da amostra por habilitações literárias

4.1.4 Número de filhos

Na amostra observou-se que 73 mulheres eram nulíparas e 77 mulheres tiveram pelo menos um parto (Gráfico 4). Relativamente à idade média aquando do primeiro parto foi de $26,23 \pm 4,454$ anos e a idade média de quando tiveram o último filho foi de $31,87 \pm 3,603$ anos.

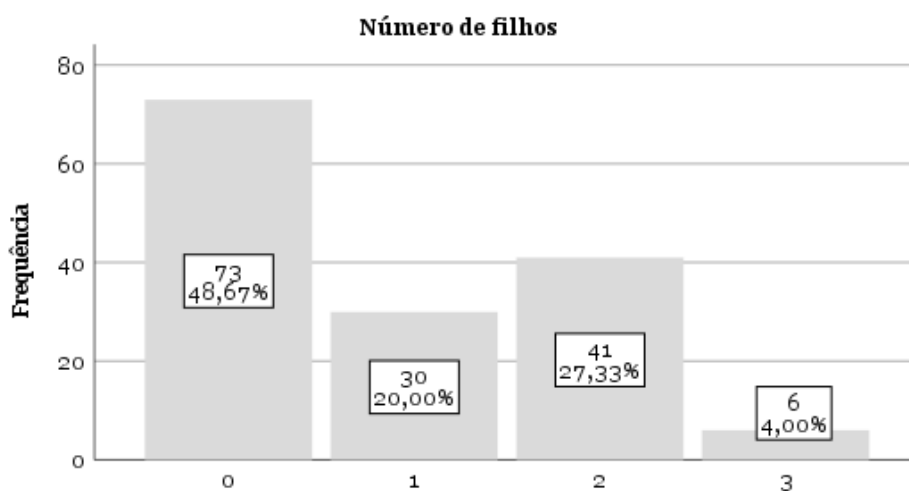


Gráfico 4 - Distribuição da amostra consoante o número de filhos

4.2 Dados relativos ao método contraceutivo

Tal como é possível observar no Gráfico 5, a pílula combinada foi o método contraceutivo mais utilizado pela amostra (129 mulheres).

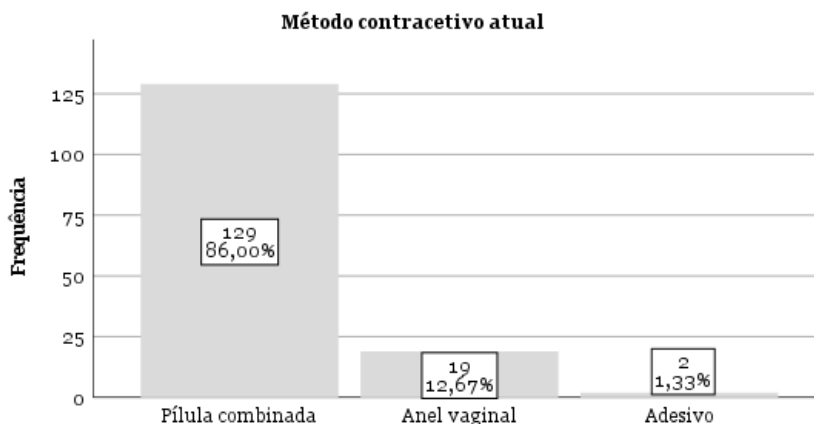


Gráfico 5 - Distribuição da amostra de acordo com o método contraceutivo atual

Relativamente ao principal motivo de escolha do método contraceutivo atual, 142 mulheres apontaram a recomendação do médico/enfermeiro, 3 mulheres a recomendação de um familiar, 3 mulheres a informação recolhida através da internet e 2 mulheres a recomendação de uma amiga. Assim, 94,7% das mulheres da amostra assinalaram como principal motivo a recomendação do médico/enfermeiro.

A distribuição da amostra de acordo com a duração de utilização do método contraceutivo atual encontra-se no Gráfico 6.

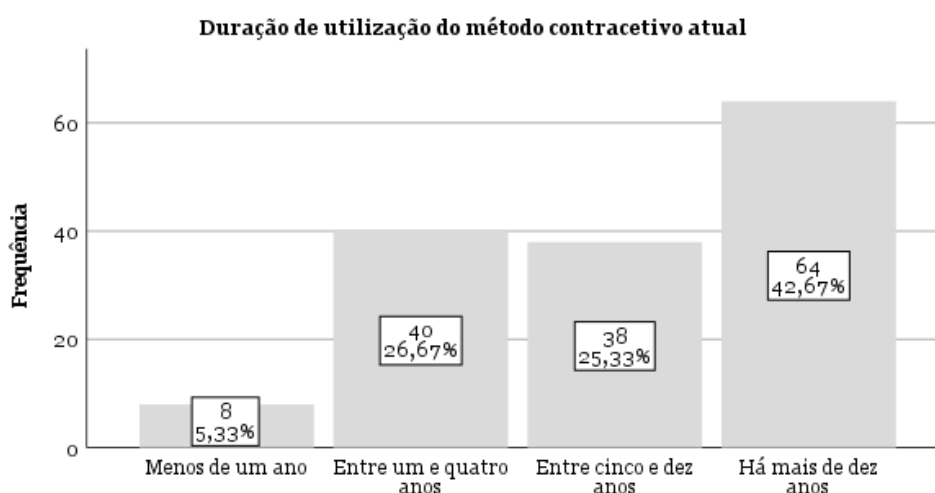


Gráfico 6 - Distribuição da amostra de acordo com a duração de utilização do método

Relativamente a métodos contraceptivos prévios, 38 mulheres, 23,3%, utilizaram outro método. Destas, 20 mulheres, 52,6%, utilizaram o preservativo masculino; 16 mulheres, 42,1%, utilizaram o implante e 2 mulheres, 5,3%, utilizaram o DIU.

Quanto à satisfação com o método contraceptivo, 88 mulheres, 58,7%, encontravam-se muito satisfeitas com o seu método atual. Da restante amostra, 47 mulheres, 31,3%, estavam moderadamente satisfeitas; 5 mulheres, 3,3%, não estavam satisfeitas nem insatisfeitas; 6 mulheres, 4,0%, estavam moderadamente insatisfeitas e 4 mulheres, 2,7%, estavam muito insatisfeitas.

4.3 Literacia acerca da CHC

As respostas das mulheres da amostra relativas às questões oncológicas encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição de frequência das respostas obtidas para as questões oncológicas

Questão	Nº de respostas (%)
Cancro do ovário	
Evita	30 (20,0%)
Provoca	4 (2,7%)
Não evita nem provoca	36 (24,0%)
Não sabe	80 (53,3%)
Cancro do endométrio	
Evita	22 (14,7%)
Provoca	3 (2,0%)
Não evita nem provoca	31 (20,7%)
Não sabe	94 (62,7%)
Cancro do colo do útero	
Evita	19 (12,7%)
Provoca	5 (3,3%)
Não evita nem provoca	41 (27,3%)
Não sabe	85 (56,7%)
Cancro da mama	
Evita	16 (10,7%)
Provoca	9 (6,0%)
Não evita nem provoca	47 (31,3%)
Não sabe	78 (52,0%)
Cancro colorretal	
Evita	11 (7,3%)
Provoca	0 (0%)
Não evita nem provoca	52 (34,7%)
Não sabe	87 (58,0%)

De salientar que em todas as questões oncológicas, mais de 50% das mulheres da amostra afirmaram não saber responder à questão apresentada. As 4 mulheres que assinalaram que a CHC provoca o cancro do ovário apresentavam uma idade superior à média da amostra, utilizavam o seu método há mais de 10 anos e tinham apenas um filho.

As respostas das mulheres da amostra relativas às questões cardiovasculares encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição de frequência das respostas obtidas para as questões que relacionavam o efeito da contraceção hormonal combinada (CHC) com varizes, acidente vascular cerebral (AVC), enfarte agudo do miocárdio (EAM) e tromboembolismo venoso (TEV)

Questão	Nº respostas (%)
Varizes	
Evita	4 (2,7%)
Provoca	49 (32,7%)
Não evita nem provoca	45 (30,0%)
Não sabe	52 (34,7%)
AVC	
Evita	3 (2,0%)
Provoca	24 (16%)
Não evita nem provoca	41 (27,3%)
Não sabe	82 (54,7%)
EAM	
Evita	3 (2,0%)
Provoca	15 (10%)
Não evita nem provoca	44 (29,3%)
Não sabe	88 (58,7%)
TEV	
Evita	5 (3,3%)
Provoca	46 (30,7%)
Não evita nem provoca	24 (16,0%)
Não sabe	75 (50,0%)

Em 3 das 4 questões respeitantes aos efeitos cardiovasculares, mais de 50% das mulheres da amostra afirmaram não saber responder à questão colocada. Das 4 mulheres que assinalaram que a CHC evita as varizes, 3 delas tinham apenas o ensino básico. Três mulheres assinalaram que a CHC evita o AVC, das quais duas tinham formação universitária. Das 5 mulheres que assinalaram que a CHC evita o TEV, 3 frequentaram o ensino superior.

As respostas das mulheres da amostra às questões relativas aos ciclos menstruais, depressão, cefaleias e infertilidade encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição de frequência das respostas obtidas para as questões relativas a outros efeitos da contraceção hormonal combinada (CHC)

Questão	Nº respostas (%)
Ciclos menstruais	
Regulariza	137 (91,3%)
Desregulariza	2 (1,3%)
Não afeta os ciclos menstruais	5 (3,3%)
Não sabe	6 (4,0%)
Depressão	
Evita	7 (4,7%)
Provoca	9 (6,0%)
Não evita nem provoca	79 (52,7%)
Não sabe	55 (36,7%)
Cefaleias	
Evita	34 (22,7%)
Provoca	28 (18,7%)
Não evita nem provoca	38 (25,3%)
Não sabe	50 (33,3%)
Infertilidade	
Evita	6 (4,0%)
Provoca	21 (14,0%)
Não evita nem provoca	65 (43,3%)
Não sabe	58 (38,7%)

Relativamente ao efeito da CHC nos ciclos menstruais, 91,3% das inquiridas afirmou que regulariza os ciclos menstruais. As duas mulheres que responderam que a CHC desregulariza os ciclos menstruais tinham apenas o ensino básico. Relativamente à depressão, 52,7% da amostra afirmou que a CHC não afeta o desenvolvimento da mesma. Das 7 mulheres que assinalaram que a CHC evita a depressão, 6 delas possuíam filhos e apresentavam uma idade superior à média da amostra. Já das 9 mulheres que assinalaram que provoca a depressão, 8 delas eram nulíparas e tinham idade inferior à média da amostra. A resposta mais frequentemente assinalada na questão relativa à infertilidade foi “não evita nem provoca”, com 43,3% da amostra a afirmar isso.

As respostas consideradas como corretas no questionário aplicado para avaliar o conhecimento das utilizadoras sobre os benefícios e riscos da CHC encontram-se representadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Chave de correção do questionário

	Questão	Resposta Correta
Questões oncológicas	Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e o cancro do ovário?	Evita
	Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e o cancro do endométrio?	Evita
	Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e o cancro do colo do útero?	Não evita nem provoca
	Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e o cancro da mama?	Provoca
	Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e o cancro colorretal?	Evita
Questões cardiovasculares	Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e as varizes?	Não evita nem provoca
	Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e o acidente vascular cerebral?	Provoca
	Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e o enfarte do miocárdio?	Provoca
	Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e o tromboembolismo venoso?	Provoca
Outros efeitos	Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e os ciclos menstruais?	Regulariza
	Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e a depressão?	Não evita nem provoca
	Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e as cefaleias?	Provoca
	Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e a infertilidade a longo prazo?	Não evita nem provoca

Na Tabela 4 procedeu-se à análise das respostas obtidas pela aplicação do questionário tendo em conta a chave de correção, onde são definidas as seguintes opções: resposta correta (RC), resposta errada (RE) e incerteza (I).

Tabela 4 - Distribuição de frequência das respostas corretas (RC), respostas erradas (RE) e incertezas (I) obtidas após aplicação de chave de correção às questões acerca de cancro do ovário, cancro do endométrio, cancro do colo do útero, cancro da mama, cancro colorretal, varizes, acidente vascular cerebral (AVC), enfarte agudo do miocárdio (EAM), tromboembolismo venoso (TEV), ciclos menstruais, depressão, cefaleias e infertilidade.

	RC (%)	RE (%)	I (%)
Cancro do ovário	30 (20,0%)	40 (26,7%)	80 (53,3%)
Cancro do endométrio	22 (14,7%)	34 (22,7%)	94 (62,7%)
Cancro do colo do útero	41 (27,3%)	24 (16,0%)	85 (56,7%)
Cancro da mama	9 (6,0%)	63 (42,0%)	78 (52,0%)
Cancro Colorretal	11 (7,3%)	52 (34,7%)	87 (58,0%)
Varizes	45 (30%)	53 (35,3%)	52 (34,7%)
AVC	24 (16,0%)	44 (29,3%)	82 (54,7%)
EAM	15 (10,0%)	47 (31,3%)	88 (58,7%)
TEV	46 (30,7%)	29 (19,3%)	75 (50,0%)
Ciclos menstruais	137 (91,3%)	7 (4,7%)	6 (4,0%)
Depressão	79 (52,7%)	16 (10,7%)	55 (36,7%)
Cefaleias	28 (18,7%)	72 (48,0%)	50 (33,3%)
Infertilidade	65 (43,3%)	27 (18,0%)	58 (38,7%)

No total das 13 questões relativas aos benefícios e riscos da CHC, 8 delas apresentaram uma percentagem de incertezas superior a 50%. A questão onde as mulheres da amostra mostraram um melhor conhecimento foi a relativa aos ciclos menstruais com 91,3% de respostas corretas. Pelo contrário, a que demonstraram um pior conhecimento foi relativa às cefaleias, com 48,0% de respostas erradas. A questão que demonstrou ser mais alvo de incerteza foi a relativa ao cancro do endométrio com 62,7% de incertezas.

Posteriormente avaliou-se a média do total de respostas corretas, total de respostas erradas e incertezas dos diferentes grupos (Tabela 5).

Tabela 5 - Média e desvio-padrão de total de respostas corretas (RC), respostas erradas (RE), incertezas (I) relativas às questões acerca dos benefícios e riscos da contraceção hormonal combinada (CHC)

	Nº médio de RC	Nº médio de RE	Nº médio de I
Amostra	3,67 ± 2,257	3,39 ± 2,682	5,93 ± 4,194
18-29 anos	3,88 ± 2,442	3,10 ± 2,420	6,02 ± 4,156
30-39 anos	3,60 ± 2,447	3,60 ± 2,725	5,80 ± 4,339
40-50 anos	3,48 ± 1,854	3,58 ± 2,956	5,94 ± 4,206
Ensino Básico	3,08 ± 1,558	2,88 ± 2,802	7,04 ± 3,581
Ensino Secundário	3,40 ± 1,964	3,11 ± 2,522	6,49 ± 3,926
Ensino Superior	4,17 ± 2,649	3,87 ± 2,756	4,95 ± 4,510
Solteira	3,90 ± 2,558	3,07 ± 2,464	6,03 ± 4,250
Casada	3,58 ± 1,951	4,02 ± 2,873	5,40 ± 4,101
União de facto	2,83 ± 1,801	2,67 ± 2,535	7,50 ± 4,034
Divorciada	3,70 ± 2,312	2,70 ± 2,710	6,60 ± 4,575
Nulípara	3,79 ± 2,483	3,12 ± 2,516	6,08 ± 4,232
Não nulípara	3,56 ± 2,029	3,65 ± 2,823	5,79 ± 4,181
Utilização de CHC há menos de 1 ano	4,88 ± 2,416	5,37 ± 2,722	2,75 ± 2,659
Utilização de CHC entre 1 e 4 anos	3,60 ± 2,262	3,20 ± 2,653	6,20 ± 4,046
Utilização de CHC entre 5 e 10 anos	3,66 ± 2,643	3,11 ± 2,749	6,24 ± 4,600
Utilização de CHC superior a 10 anos	3,58 ± 1,983	3,44 ± 2,612	5,98 ± 4,108
Primeiro filho antes dos 25 anos	2,75 ± 1,756	3,12 ± 2,516	7,07 ± 4,127
Primeiro filho com 25 ou mais anos	4,02 ± 2,046	3,92 ± 2,835	5,06 ± 4,074
Último filho antes dos 32 anos	4,32 ± 2,311	4,05 ± 3,135	4,63 ± 4,597
Último filho com 32 ou mais anos	3,81 ± 1,537	3,62 ± 2,559	5,57 ± 3,655

Um dos objetivos do estudo era averiguar a existência fatores influenciadores da literacia face à CHC. Assim, procedeu-se à análise estatística das diferentes questões retirando as mulheres que responderam “Não sabe” (Tabela 6, 7, 8, 9, 10, 11). As percentagens são relativas ao total de respostas, retirando as respostas assinaladas como “Não sabe”.

Tabela 6 - Número de respostas corretas (RC) e respostas erradas (RE) à questão “Qual a relação entre o seu método contraceutivo atual e o cancro do ovário?” em função da idade, escolaridade, estado civil, nuliparidade, duração de utilização de contraceção hormonal combinada (CHC), idade quando teve o primeiro e último filho

	RC (%)	RE (%)
18-29 anos	14 (20,0%)	10 (14,3%)
30-39 anos	4 (5,7%)	18 (25,7%)
40-50 anos	12 (17,1%)	12 (17,1%)
Ensino Básico	7 (10,0%)	1 (1,4%)
Ensino Secundário	10 (14,3%)	19 (27,1%)
Ensino Superior	13 (18,6%)	20 (28,6%)
Não coabita com companheiro	15 (21,4%)	19 (27,1%)
Coabita com companheiro	15 (21,4%)	21 (30,0%)
Nulípara	15 (21,4%)	15 (21,4%)
Não nulípara	15 (21,4%)	25 (35,7%)
Utilização de CHC ≤ a 10 anos	16 (22,9%)	20 (28,6%)
Utilização de CHC > a 10 anos	14 (20,0%)	20 (28,6%)
Primeiro filho antes dos 25 anos	4 (10,0%)	7 (17,5%)
Primeiro filho com 25 ou mais anos	11 (27,5%)	18 (45%)
Último filho antes dos 32 anos	5 (22,7%)	7 (31,8%)
Último filho com 32 ou mais anos	4 (18,2%)	6 (27,3%)

No total das 70 mulheres que tinham uma opinião formada acerca da relação entre a CHC e o cancro do ovário, as mulheres da faixa etária dos 30 aos 39 anos tinham menos conhecimentos que as mulheres dos restantes grupos etários. Por outro lado, aquelas que se encontravam na faixa etária dos 18 aos 29 anos tinham mais conhecimentos ($p=0,016$). Relativamente às habilitações literárias, observou-se que foram as mulheres com formação universitária que apresentaram a maior percentagem de respostas corretas, mas também a maior percentagem de respostas erradas ($p=0,034$).

Tabela 7 - Número de respostas corretas (RC) e respostas erradas (RE) à questão “Qual a relação entre o seu método contraceutivo atual e o cancro do endométrio?” em função da idade, escolaridade, estado civil, nuliparidade, duração de utilização de contraceção hormonal combinada (CHC), idade quando teve o primeiro e último filho

	RC (%)	RE (%)
18-29 anos	15 (26,8%)	7 (12,5%)
30-39 anos	2 (3,6%)	16 (28,6%)
40-50 anos	5 (8,9%)	11 (19,6%)
Ensino Básico	5 (8,9%)	1 (1,8%)
Ensino Secundário	4 (7,1%)	14 (25,0%)
Ensino Superior	13 (23,2%)	19 (33,9%)
Não coabita com companheiro	15 (26,8%)	15 (26,8%)
Coabita com companheiro	7 (12,5%)	19 (33,9%)
Nulípara	15 (26,8%)	11 (19,6%)
Não nulípara	7 (12,5%)	23 (41,1%)
Utilização de CHC ≤ a 10 anos	15 (26,8%)	17 (30,4%)
Utilização de CHC > a 10 anos	7 (12,5%)	17 (30,4%)
Primeiro filho antes dos 25 anos	3 (10,0%)	6 (20,0%)
Primeiro filho com 25 ou mais anos	4 (13,3%)	17 (56,7%)
Último filho antes dos 32 anos	2 (11,1%)	8 (44,4%)
Último filho com 32 ou mais anos	3 (16,7%)	5 (27,8%)

Na questão da relação entre a CHC e o cancro do endométrio, das 56 mulheres que tinham uma opinião formada, foram as mulheres pertencentes à faixa etária dos 18 aos 29 anos que demonstraram um melhor conhecimento, e as mulheres pertencentes à faixa etária dos 30 aos 39 anos foram as que apresentaram maior percentagem de respostas erradas ($p=0,001$). Além disso, as mulheres que apresentavam formação universitária ($p=0,023$) e as nulíparas também demonstraram um melhor conhecimento ($p=0,009$).

Tabela 8 - Número de respostas corretas (RC) e respostas erradas (RE) à questão “Qual a relação entre o seu método contraceutivo atual e o cancro do colo do útero?” em função da idade, escolaridade, estado civil, nuliparidade, duração de utilização de contraceção hormonal combinada (CHC), idade quando teve o primeiro e último filho

	RC (%)	RE (%)
18-29 anos	14 (21,5%)	11 (16,9%)
30-39 anos	14 (21,5%)	3 (4,6%)
40-50 anos	13 (20,0%)	10 (15,4%)
Ensino Básico	1 (1,5%)	6 (9,2%)
Ensino Secundário	15 (23,1%)	9 (13,8%)
Ensino Superior	25 (38,5%)	9 (13,8%)
Não coabita com companheiro	21 (32,3%)	12 (18,5%)
Coabita com companheiro	20 (30,8%)	12 (18,5%)
Nulípara	18 (27,7%)	11 (16,9%)
Não nulípara	23 (35,4%)	13 (20,0%)
Utilização de CHC ≤ a 10 anos	22 (33,8%)	12 (18,5%)
Utilização de CHC > a 10 anos	19 (29,2%)	12 (18,5%)
Primeiro filho antes dos 25 anos	7 (19,4%)	4 (11,1%)
Primeiro filho com 25 ou mais anos	16 (44,4%)	9 (25,0%)
Último filho antes dos 32 anos	10 (47,6%)	2 (9,5%)
Último filho com 32 ou mais anos	5 (23,8%)	4 (19,0%)

Entre as 65 mulheres que tinham uma opinião formada acerca da relação entre a CHC e o cancro do colo do útero, as mulheres que apresentavam formação universitária demonstraram mais conhecimentos que as mulheres com habilitações literárias inferiores ($p=0,013$).

Tabela 9 - Número de respostas corretas (RC) e respostas erradas (RE) à questão “Qual a relação entre o seu método contraceutivo atual e o cancro colorretal?” em função da idade, escolaridade, estado civil, nuliparidade, duração de utilização de contraceção hormonal combinada (CHC), idade quando teve o primeiro e último filho

	RC (%)	RE (%)
18-29 anos	3 (4,8%)	23 (36,5%)
30-39 anos	6 (9,5%)	13 (20,6%)
40-50 anos	2 (3,2%)	16 (25,4%)
Ensino Básico	3 (4,8%)	3 (4,8%)
Ensino Secundário	3 (4,8%)	17 (27,0%)
Ensino Superior	5 (7,9%)	32 (50,8%)
Não coabita com companheiro	6 (9,5%)	29 (46,0%)
Coabita com companheiro	5 (7,9%)	23 (36,5%)
Nulípara	5 (7,9%)	28 (44,4%)
Não nulípara	6 (9,5%)	24 (38,1%)
Utilização de CHC \leq a 10 anos	5 (7,9%)	32 (50,8%)
Utilização de CHC $>$ a 10 anos	6 (9,5%)	20 (31,7%)
Primeiro filho antes dos 25 anos	4 (13,3%)	5 (16,7%)
Primeiro filho com 25 ou mais anos	2 (6,7%)	19 (63,3%)
Último filho antes dos 32 anos	3 (16,7%)	8 (44,4%)
Último filho com 32 ou mais anos	1 (5,6%)	6 (33,3%)

Entre as 30 mulheres que tiveram pelo menos um filho e que tinham uma opinião formada acerca da relação entre a CHC e o cancro colorretal, observou-se que aquelas que tiveram o primeiro filho após os 25 anos tinham um pior conhecimento relativo a esta questão ($p=0,049$).

Tabela 10 - Número de respostas corretas (RC) e respostas erradas (RE) à questão “Qual a relação entre o seu método contraceutivo atual e o tromboembolismo venoso?” em função da idade, escolaridade, estado civil, nuliparidade, duração de utilização de contraceção hormonal combinada (CHC), idade quando teve o primeiro e último filho

	RC (%)	RE (%)
18-29 anos	23 (30,7%)	10 (13,3%)
30-39 anos	11 (14,7%)	9 (12,0%)
40-50 anos	12 (16,0%)	10 (13,3%)
Ensino Básico	5 (6,7%)	4 (5,3%)
Ensino Secundário	17 (22,7%)	12 (16,0%)
Ensino Superior	24 (32,0%)	13 (17,3%)
Não coabita com companheiro	27 (36,0%)	11 (14,7%)
Coabita com companheiro	19 (25,3%)	18 (24,0%)
Nulípara	26 (34,7%)	11 (14,7%)
Não nulípara	20 (26,7%)	18 (24,0%)
Utilização de CHC ≤ a 10 anos	26 (34,7%)	16 (21,3%)
Utilização de CHC > a 10 anos	20 (26,7%)	13 (17,3%)
Primeiro filho antes dos 25 anos	2 (5,3%)	8 (21,1%)
Primeiro filho com 25 ou mais anos	18 (47,4%)	10 (26,3%)
Último filho antes dos 32 anos	6 (26,1%)	5 (21,7%)
Último filho com 32 ou mais anos	8 (34,8%)	4 (17,4%)

Na questão relativa ao efeito da CHC no TEV, das 38 mulheres que tiveram pelo menos um filho e que tinham uma opinião formada, constatou-se que aquelas que tiveram o primeiro filho após os 25 anos tinham um melhor conhecimento relativo a esta questão comparativamente às mulheres que tiveram o primeiro filho antes dos 25 anos ($p=0,027$).

Tabela 11 - Número de respostas corretas (RC) e respostas erradas (RE) à questão “Qual a relação entre o seu método contraceutivo atual e as cefaleias?” em função da idade, escolaridade, estado civil, nuliparidade, duração de utilização de contraceção hormonal combinada (CHC), idade quando teve o primeiro e último filho

	RC (%)	RE (%)
18-29 anos	16 (16,0%)	25 (25,0%)
30-39 anos	5 (5,0%)	22 (22,0%)
40-50 anos	7 (7,0%)	25 (25,0%)
Ensino Básico	4 (4,0%)	9 (9,0%)
Ensino Secundário	12 (12,0%)	26 (26,0%)
Ensino Superior	12 (12,0%)	37 (37,0%)
Não coabita com companheiro	19 (19,0%)	32 (32,0%)
Coabita com companheiro	9 (9,0%)	40 (40,0%)
Nulípara	17 (17,0%)	31 (31,0%)
Não nulípara	11 (11,0%)	41 (41,0%)
Utilização de CHC ≤ a 10 anos	16 (16,0%)	39 (39,0%)
Utilização de CHC > a 10 anos	12 (12,0%)	33 (33,0%)
Primeiro filho antes dos 25 anos	2 (3,8%)	16 (30,8%)
Primeiro filho com 25 ou mais anos	9 (17,3%)	25 (48,1%)
Último filho antes dos 32 anos	4 (14,3%)	9 (32,1%)
Último filho com 32 ou mais anos	2 (7,1%)	13 (46,4%)

Das 100 mulheres que tinham uma opinião formada acerca da relação entre a CHC e as cefaleias, as que não coabitavam com companheiro tinham mais conhecimentos em comparação com as que coabitavam ($p=0,035$).

Os resultados da análise das questões relativas ao efeito da CHC nas varizes, EAM, AVC, ciclos menstruais, depressão, infertilidade não evidenciaram a existência de diferenças estatisticamente significativas.

CHC: o que sabem as utilizadoras sobre os seus riscos e benefícios

5. Discussão

Este estudo procurou compreender o nível de conhecimento das utilizadoras de CHC acerca dos seus riscos e benefícios. Após uma pesquisa na literatura, foi possível constatar que este foi o primeiro estudo deste género a ser realizado em Portugal.

Numa perspetiva global, verificou-se que a maioria das mulheres da amostra desconheciam os benefícios e riscos da CHC. Nas 13 questões relativas ao benefícios e riscos da CHC, 8 delas apresentaram uma percentagem de incertezas superior a 50%. As mulheres que frequentaram apenas o ensino básico foram as que mais admitiram o seu desconhecimento face aos efeitos da CHC. As mulheres que frequentaram o ensino superior foram as que apresentaram um menor número médio de incertezas e o maior número médio de respostas erradas, talvez porque ao responderem mais também erraram mais, sugerindo que a formação académica das mulheres tem diminuta influência sobre a literacia acerca da CHC.

A análise por estado civil, considerada inicialmente como um dos objetivos do estudo, apenas mostrou influenciar de forma estatisticamente significativa na questão relativa às cefaleias, onde se verificou que as mulheres que não coabitavam com companheiro apresentaram melhor conhecimento. Um estudo australiano demonstrou que as mulheres casadas apresentavam melhores conhecimentos sobre contraceção hormonal (17), o que não vai de encontro ao observado neste estudo. As mulheres podem ter-se considerado solteiras apesar de coabitarem com o companheiro, o que explicaria esta discrepância.

As questões relativas aos benefícios e riscos da CHC dividiram-se em 3 grupos: questões oncológicas, questões cardiovasculares e questões acerca de outros efeitos.

É de salientar que no grupo das questões oncológicas, todas elas obtiveram uma percentagem de incertezas superior a 50%, o que demonstra um grande desconhecimento nesta área.

A CHC associa-se a uma diminuição de 40% do risco de cancro do ovário. (9,13) Nesta questão, as mulheres entre os 18 e 29 anos foram as que mais responderam corretamente. É possível que a prescrição e consequente explicação dos benefícios e riscos da CHC tenha sido mais recente nas mulheres mais jovens, podendo assim recordarem-se mais facilmente. Além disso, a maioria das mulheres com menos de 30 anos frequentaram aulas de educação sexual na escola, o que poderá ter aumentado a sua sensibilização para os assuntos relativos à contraceção. As mulheres que

frequentaram o ensino superior também mostraram um melhor conhecimento nesta questão, talvez por estarem mais sensibilizadas para o cancro.

Relativamente ao cancro do endométrio, é consensual que a utilização de CHC diminui o seu risco. (9,13) Aqui, voltaram a ser as mulheres mais jovens e as que frequentaram o ensino superior a responder mais corretamente, o que poderá ser explicado pelas razões atrás apresentadas. No entanto, esta foi a pergunta com a maior percentagem de incertezas do questionário. Algumas mulheres, durante a aplicação do questionário, revelaram desconhecer o que era o endométrio. Além disso, não existe um rastreio do cancro do endométrio e consequente consciencialização para este cancro, o que poderá contribuir para este desconhecimento.

A relação entre o uso de CHC e cancro do colo do útero é controversa, tendo sido encontrada uma associação fraca entre o uso de CHC e a ocorrência de carcinoma epidermoide mas com diversos cofatores de risco associados como: múltiplos parceiros, exposição ao vírus do papiloma humano (HPV) e o tabagismo, que podem causar enviesamentos nos resultados dos vários estudos (9,13). Além disso, a principal etiologia deste cancro é o HPV (7), daí a resposta considerada com correta no questionário deste estudo ser que a CHC “Não evita nem provoca o cancro do colo do útero”. Tal como se verificou nas questões anteriores, foram as mulheres que frequentaram o ensino superior que demonstraram um melhor conhecimento nesta questão. Ao contrário do que se verificou nas questões do cancro do ovário e do endométrio, a percentagem de respostas corretas foi superior à percentagem de respostas incorretas, o que demonstra que há um melhor conhecimento relativo ao cancro do colo do útero, podendo ser justificado pela existência do rastreio do cancro do útero e consequente maior sensibilização para o mesmo. Além disso, este rastreio inicia-se aos 25 anos, o que também pode contribuir para o facto de as mulheres mais jovens acertarem mais esta questão.

A relação entre o uso de CHC e cancro da mama é bastante controversa. Um estudo que envolveu cerca de 2 milhões de utilizadoras de CHC concluiu que o risco de cancro da mama aumenta nas utilizadoras de CHC em comparação com as mulheres que nunca utilizaram CHC. Este risco aumenta com a duração de utilização. (18) Assim, a resposta considerada como correta foi “Provoca cancro da mama”. Pelo facto de o tema em questão ser bastante controverso e os resultados de vários estudos apresentarem algumas dúvidas pela quantidade de variáveis que podem estar envolvidas, as mulheres apresentaram dificuldades nesta questão, refletindo a elevada percentagem de respostas incorretas.

De acordo com a bibliografia consultada, a utilização de CHC reduz o risco de cancro colorretal. (9,13) O cancro colorretal é um cancro do aparelho digestivo, ao contrário dos cancros abordados nas restantes questões, que são ginecológicos. Poderá ser difícil para as mulheres compreenderem como é que a CHC, que funciona através de hormonas produzidas pelo aparelho reprodutor, afeta o aparelho digestivo. Assim, no grupo das questões oncológicas, esta questão foi a que apresentou a maior percentagem de respostas erradas.

Um estudo realizado com mulheres italianas revelou que 73% das utilizadoras assumiram uma redução no risco de cancro de ovário com a utilização de CHC e 45% das mulheres afirmaram a existência de um aumento de risco de cancro de mama com o uso de CHC. (19) Já no Brasil, a maioria das mulheres crê que a utilização de CHC não influencia o risco de desenvolver cancros ginecológicos. (20) Num estudo alemão, as mulheres não tinham conhecimento da proteção oncológica da CHC. (21)

Relativamente aos efeitos da CHC no aparelho cardiovascular, vários estudos demonstraram existir um aumento do risco de enfarte do miocárdio e de acidente vascular cerebral em mulheres sob CHC devido ao risco tromboembólico que se relaciona com a dose de estrogénios. (9,15) Relativamente ao sistema venoso, há um aumento do risco de TEV com a utilização de CHC (9), mas este aumento de risco não se reflete no aparecimento de veias varicosas. (22)

Também nas questões relativas ao risco cardiovascular, é notório o desconhecimento das mulheres, com uma percentagem de incertezas superior a 50% em 3 das 4 questões apresentadas. Nestas 4 questões não se observaram diferenças demográficas estatisticamente significativas, o que demonstra que o desconhecimento nesta área é transversal a todas as mulheres. De salientar que a questão relativa ao TEV, ao contrário das restantes questões cardiovasculares, apresentou uma percentagem de respostas corretas superior à percentagem de respostas erradas, o que pode ser explicado pela polémica gerada com a comparação dos efeitos adversos da vacina COVID19 e da CHC. (23) Num estudo realizado com mulheres italianas, 92% das utilizadoras de CHC assumiram que há um risco aumentado de trombose. (19) Já num estudo com mulheres australianas, menos de metade da amostra foi capaz de identificar corretamente o risco aumentado de AVC e trombose associado ao uso de CHC. (17)

O efeito benéfico da CHC sobre os ciclos menstruais é quase unânime para as mulheres da amostra, com 91,3% de respostas corretas. Enquanto a relação da CHC e os diferentes tipos de cancros ou doenças cardiovasculares não é visível pela própria mulher, a regularização dos ciclos menstruais através da CHC é algo experienciado pela

mulher. Além disso, algumas mulheres iniciam a toma de CHC para regularizar os seus ciclos menstruais, o que poderá justificar o conhecimento transversal a todas as mulheres.

Estudos randomizados não encontraram evidências de que o uso de CHC esteja associado ao comprometimento do processamento cognitivo-emocional e consequente desenvolvimento de depressão (14), daí a resposta considerada como correta no questionário deste estudo ser que a CHC “Não evita nem provoca a depressão”. O bem-estar psicológico apresenta um carácter multidimensional e multifatorial, podendo ser alcançado mais facilmente quando existe um suporte familiar. Neste estudo, observou-se que as mulheres mais jovens e nulíparas assinalaram que o uso de CHC provoca depressão. Por outro lado, foram as mulheres mais velhas e com filhos que assinalaram que o uso de CHC evita a depressão, reforçando assim a importância de uma rede familiar sólida na saúde mental.

Apesar das cefaleias serem um efeito indesejável frequente da CHC, estas são mais reportadas no período de pausa do método (9), o que poderá justificar que esta questão tenha sido a mais errada neste estudo, com uma percentagem de mulheres que afirmaram que a CHC evita as cefaleias superior às que afirmaram que provoca.

Apesar de o uso de CHC não evitar nem provocar infertilidade a longo prazo (9,16), 14% das inquiridas ainda acreditavam que o uso de CHC está associado ao desenvolvimento de infertilidade a longo prazo, sendo assim ainda um aspeto a desmistificar entre as mulheres.

O conhecimento das utilizadoras acerca da CHC depende da educação para a saúde das mulheres. Esta educação para a saúde depende de fatores sociais, culturais e educacionais, que variam bastante de país para país o que torna difícil a comparação dos resultados obtidos neste estudo com os estudos já existentes. (17,19–21) Por exemplo, uma maior duração de utilização do método contraceptivo é um preditor de um melhor conhecimento nas mulheres australianas (17), o que não se observou neste estudo, nem noutro estudo efetuado em Portugal. (24)

Com este estudo, também se pretendeu perceber o perfil sociodemográfico das utilizadoras de CHC. Constatou-se que a maioria possuía uma idade entre os 18 e os 29 anos, era solteira e nulípara. Relativamente à escolaridade, a maioria frequentou o ensino secundário ou o superior, o que traduz a emancipação da mulher com um consequente atraso na constituição da sua família à custa da formação académica.

Este estudo demonstrou a importância da influência do profissional de saúde no uso da CHC, uma vez que o principal motivo de escolha do método contraceptivo apontado pela

maioria das mulheres foi a recomendação do médico/enfermeiro, o que vai de encontro com os achados de outros estudos (21). O facto de a prescrição da CHC ter sido efetuada principalmente por profissionais de saúde, sugere que o elevado grau de desconhecimento dos benefícios e riscos do método contraceptivo, por parte das utilizadoras, se possa dever ao insuficiente fornecimento de informação por parte dos profissionais e/ou ao desinteresse por parte das mulheres. É de notar que as utilizadoras de CHC se encontravam maioritariamente muito satisfeitas com o seu método contraceptivo, apesar de a maioria não estar ciente dos seus benefícios e riscos, demonstrando a incorreta atual banalização da CHC.

O presente estudo foi realizado na Cova da Beira, Interior de Portugal. É possível que outras populações em Portugal tenham diferente literacia sobre a CHC.

Uma vez que os dados foram recolhidos no “Interior” de Portugal, era esperado existir uma população mais heterogénea em termos de habilitações literárias, pelo que se optou pela aplicação de uma linguagem mais acessível e compreensível por parte de todas as utilizadoras. No entanto, também poderá ter levado a eventuais más interpretações.

A recolha dos dados nos centros de saúde foi efetuada entre janeiro e junho de 2021. É de salientar que em dezembro de 2020 foi iniciado o processo de vacinação COVID19, coordenado por estas unidades. Além disso, a 28 de janeiro de 2021 foi atingido o número máximo de novos casos diários de COVID19 em Portugal desse ano. Assim, com a situação pandémica, assistiu-se a uma sobrecarga dos profissionais de saúde com consequente adiamento das consultas presenciais, inclusive as de planeamento familiar. Aliado a isto, nem todos os profissionais de saúde se mostraram disponíveis para colaborar na aplicação do questionário, o que poderá ter contribuído para a dimensão relativamente reduzida da amostra.

CHC: o que sabem as utilizadoras sobre os seus riscos e benefícios

6. Conclusões e Perspetivas futuras

Com este estudo foi possível concluir que as utilizadoras de CHC não estão devidamente esclarecidas sobre os benefícios e riscos inerentes à sua utilização. Assim torna-se imperativo encontrar métodos de intervenção que melhorem a literacia das mulheres face à sua medicação contracetiva, que à partida será tomada de forma crónica.

As mulheres com menor formação académica foram aquelas que responderam menos, o que reforça a necessidade de investimento na escolaridade global, que leva indiscutivelmente à melhoria dos parâmetros da saúde. No entanto, as mulheres com escolaridade superior responderam mais, mas mais erradamente, sugerindo a necessidade de desmistificar falsos conceitos sobre contraceção junto dessas mulheres.

A quase totalidade das mulheres usam CHC por prescrição médica, pelo que é necessário sensibilizar os profissionais de saúde para uma adequada prestação de informação às utilizadoras e para uma vigilância da sua correta utilização. A criação de grupos de discussão e apoio à contraceção hormonal nos Centros de Saúde ajudaria a colmatar este desconhecimento entre as utilizadoras. Estes grupos de discussão poderiam ser moderados pelos alunos dos últimos anos dos cursos de saúde como Medicina e Enfermagem, envolvendo assim a comunidade estudantil e contribuindo para a sensibilização precoce dos futuros profissionais de saúde.

Aproveitando as vantagens das tecnologias no quotidiano, e cativando as faixas etárias mais jovens, poderiam ser criados grupos de discussão nas redes sociais com moderação de alguns profissionais de saúde dos respetivos centros de saúde ou estudantes dos cursos de saúde.

Observou-se que as mulheres que utilizavam o método contracetivo há menos de um ano apresentavam menos incertezas, demonstrando a importância do reforço do aconselhamento ao longo dos anos de utilização. Uma vez que muitas mulheres vão buscar o seu método contracetivo ao centro de saúde, poderia ser distribuído um folheto informativo anualmente, aquando da entrega do mesmo.

No sentido de procurar melhorar o conhecimento das utilizadoras de CHC, seria interessante realizar o mesmo estudo noutros centros de saúde do país, comparando os resultados obtidos, na tentativa de perceber se existem diferenças regionais a nível da literacia das mulheres.

CHC: o que sabem as utilizadoras sobre os seus riscos e benefícios

7. Referências Bibliográficas

1. Christin-Maitre S. History of oral contraceptive drugs and their use worldwide. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2013;27(1):3–12.
2. Site da APF - Associação para o planeamento da família. Disponível em: <http://www.apf.pt/quem-somos/historia> (Consultado a 05/05/2021).
3. Direção Geral de Saúde. Saúde Reprodutiva / Planeamento Familiar. Lisboa:DGS; 2008.
4. Book of Abstracts: The 15th Congress of the European Society of Contraception and Reproductive Health. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2018;23:1–143.
5. Jensen JT. Why family planning matters. *Rev Endocr Metab Disord.* 2011;12(2):55–62.
6. Águas F, Bombas T, da Silva DP. Avaliação das práticas contraceptivas das mulheres em Portugal. *Acta Obs e Ginecológica Port.* 2016;10(3):184–92.
7. Casanova R, Chuang A, Goepfert AR, Hueppchen NA, Weiss PM, Beckman CRB, Ling FW, Herbert WNP, Laube DW, Smith RP. Beckmann and Ling's Obstetrics and Gynecology. 8ª edição. Wolters Kluwer; 2019
8. Hatcher R, Nelson A, Trussel J, Cwiak C, Cason P. Contraceptive technology. 21ª edição. Nova Iorque: Ayer Company Publishers; 2018.
9. Sociedade Portuguesa da Contraceção. Consenso sobre contraceção, 2020. Disponível em https://www.spdc.pt/images/CONSENSOS_FINAL.pdf (Consultado a 03/04/2021)
10. Infarmed. Anexo I – Resumo das Características do Medicamento. NuvaRing.
11. Infarmed. Anexo I – Resumo das Características do Medicamento. EVRA.
12. Bahamondes L, Bahamondes MV, Shulman LP. Non-contraceptive benefits of hormonal and intrauterine reversible contraceptive methods. *Hum Reprod Update.* 2015;21(5):640–51.
13. 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.

14. Scheuringer A, Lundin C, Derntl B, Pletzer B, Sundström-Poromaa I. Use of an estradiol-based combined oral contraceptives has no influence on attentional bias or depressive symptoms in healthy women. *Psychoneuroendocrinology*. 2020;113(March 2020):104544.
15. Roach REJ, Helmerhorst FM, Lijfering WM, Stijnen T, Algra A, Dekkers OM. Combined oral contraceptives: The risk of myocardial infarction and ischemic stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(8).
16. Girum T, Wasie A. Return of fertility after discontinuation of contraception: a systematic review and meta-analysis. *Contracept Reprod Med*. 2018;3(1):1–9.
17. Philipson S, Wakefield CE, Kasparian NA. Women’s knowledge, beliefs, and information needs in relation to the risks and benefits associated with use of the oral contraceptive pill. *J Women’s Heal*. 2011;20(4):635–42.
18. 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.
19. Nappi RE, Pellegrinelli A, Campolo F, Lanzo G, Santamaria V, Suragna A, et al. Effects of combined hormonal contraception on health and wellbeing: Women’s knowledge in northern Italy. *Eur J Contracept Reprod Heal Care*. 2015;20(1):36–46.
20. Machado RB, De Melo NR, Prota FE, Lopes GP, Megale A. Women’s knowledge of health effects of oral contraceptives in five Brazilian cities. *Contraception*. 2012;86(6):698–703.
21. Vogt C, Schaefer M. Disparities in knowledge and interest about benefits and risks of combined oral contraceptives. *Eur J Contracept Reprod Heal Care*. 2011;16(3):183–93.
22. Ebrahimi H, Amanpour F, Haghighi NB. Prevalence and risk factors of varicose veins among female hairdressers: A cross sectional study in North-east of Iran. *J Res Health Sci*. 2015;15(2):119–23.
23. Nogueira, M. Assustado com efeitos secundários da vacina da AstraZeneca? Então veja a lista dos do paracetamol, ibuprofeno, Viagra e pílula. *Visão Saúde*. Abril de 2021. Disponível em: <https://visao.sapo.pt/visaosaude/2021-04-08-paracetamol-ibuprofeno-viagra-pilula-os-efeitos-secundarios-graves-dos-medicamentos-mais-comuns/> (Consultado em 16/07/2021)

24. Esteves AF dos S. Noções e dinâmica da utilização dos contraceptivos orais. Covilhã (Portugal): Universidade da Beira Interior; 2011. Disponível em: <http://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/925> (Consultado em 02/07/2021)

CHC: o que sabem as utilizadoras sobre os seus riscos e benefícios

Anexos

Anexo 1 – Consentimento informado

Consentimento informado

Maria Rojão Mouro, aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, sob a orientação do Professor Doutor José Fonseca Moutinho, e co-orientação da Doutora Celina Rosa e da Professora Sara Nunes e vem solicitar a sua participação neste estudo.

O presente estudo tem como principal objetivo avaliar o conhecimento das utentes dos centros de saúde do ACeS Cova da Beira acerca dos benefícios e riscos do seu método contraceptivo hormonal combinado.

Para a sua participação é apenas necessário responder a um questionário, com tempo médio de resposta de 10 minutos.

A participação no questionário é de carácter voluntário e pode desistir a qualquer momento. Não existe qualquer tipo de financiamento ao estudo nem custos a quem nele participa. Não existem quaisquer riscos ou benefícios para o inquirido.

É garantida a confidencialidade e anonimato dos participantes. Os dados recolhidos serão para uso exclusivo do presente estudo.

Grata pela sua atenção,

Maria Rojão Mouro

Estudante do 5º Ano - Mestrado Integrado em Medicina

Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

Contacto: 962017170

Email: a38033@fcsaude.ubi.pt

Declaro ter lido e compreendido a informação presente neste documento, bem como as informações verbais que a autora me forneceu. No caso de não ter compreendido alguma informação, questioneei a aluna/investigadora, tendo esta esclarecido todas as dúvidas. Garantiu-me a possibilidade de recusar participar ou sair do estudo em qualquer altura sem qualquer consequência.

Assim, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, uma vez que apenas serão utilizados na investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Anexo 2 – Questionário

Questionário

1. Idade: ____
2. Estado Civil:
 - ___ Solteira
 - ___ Casada
 - ___ União de facto
 - ___ Divorciada
 - ___ Viúva
 - ___ Outro
3. Habilitações literárias:
 - ___ Sem escolaridade
 - ___ Ensino Básico (até 9º ano)
 - ___ Ensino Secundário (até ao 12º ano)
 - ___ Ensino Superior
4. Nº filhos: ____
5. Idade de quando teve o primeiro filho ____
6. Idade de quando teve o último filho ____
7. Método contraceptivo hormonal combinado atual:
 - ___ Pílula combinada
 - ___ Anel vaginal
 - ___ Adesivo/Transdérmico
8. Principal motivo de escolha do método atual:
 - ___ Recomendação do seu médico/enfermeiro
 - ___ Recomendação de uma amiga
 - ___ Recomendação de um familiar
 - ___ Através de informação recolhida na internet

9. Há quanto tempo usa o método?

- ☐ Menos de um ano
- ☐ Entre um ano e quatro anos
- ☐ Entre cinco e dez anos
- ☐ Há mais de dez anos

10. Já usou outros métodos? ☐ Quais? _____

11. Quão satisfeita está com o método?

- ☐ Muito Satisfeita
- ☐ Moderadamente Satisfeita
- ☐ Nem satisfeita nem insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

12. Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e o cancro do ovário?

- ☐ Evita o cancro do ovário
- ☐ Provoca o cancro do ovário
- ☐ Nem evita nem provoca cancro do ovário
- ☐ Não sabe

13. Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e o cancro do endométrio?

- ☐ Evita o cancro do endométrio
- ☐ Provoca o cancro do endométrio
- ☐ Não evita nem provoca cancro do endométrio
- ☐ Não sabe

14. Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e o cancro do colo do útero?

- ☐ Evita o cancro do colo do útero
- ☐ Provoca o cancro do colo do útero
- ☐ Nem evita nem provoca o cancro do colo do útero
- ☐ Não sabe

15. Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e o cancro da mama?

- ☐ Evita o cancro da mama
- ☐ Provoca o cancro da mama
- ☐ Nem evita nem provoca o cancro da mama
- ☐ Não sabe

16. Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e o cancro colorretal?

- ☐ Evita o cancro colorretal
- ☐ Provoca o cancro colorretal
- ☐ Não evita nem provoca o cancro colorretal
- ☐ Não sabe

17. Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e os ciclos menstruais?

- ☐ Regulariza os ciclos
- ☐ Desregulariza os ciclos
- ☐ Não afeta os ciclos menstruais
- ☐ Não sabe

18. Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e a depressão?

- ☐ Evita a depressão
- ☐ Provoca a depressão
- ☐ Não evita nem provoca a depressão
- ☐ Não sabe

19. Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e as varizes?

- ☐ Evita as varizes
- ☐ Provoca varizes
- ☐ Não evita nem provoca varizes
- ☐ Não sabe

20.Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e o acidente vascular cerebral?

- ☐ Evita o acidente vascular cerebral
- ☐ Provoca acidente vascular cerebral
- ☐ Não evita nem provoca acidente vascular cerebral
- ☐ Não sabe

21.Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e o enfarte do miocárdio?

- ☐ Evita o enfarte do miocárdio
- ☐ Provoca o enfarte do miocárdio
- ☐ Não evita nem provoca enfarte do miocárdio
- ☐ Não sabe

22.Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e as cefaleias?

- ☐ Evita cefaleias
- ☐ Provoca cefaleias
- ☐ Não evita nem provoca cefaleias
- ☐ Não sabe

23.Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e o tromboembolismo venoso?

- ☐ Evita o tromboembolismo venoso
- ☐ Provoca o tromboembolismo venoso
- ☐ Não evita nem provoca o tromboembolismo venoso
- ☐ Não sabe

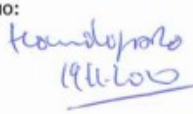
24.Qual a relação entre o seu método contraceptivo atual e a infertilidade a longo prazo?

- ☐ Evita a infertilidade a longo prazo
- ☐ Provoca infertilidade a longo prazo
- ☐ Não evita nem provoca infertilidade a longo prazo
- ☐ Não sabe

Anexo 3 – Parecer da Comissão Ética da Administração Regional de Saúde do Centro



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARER FINAL: Parecer Favorável.	DESPACHO:  Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
--	--

ASSUNTO:

81/2020 - "Contraceção hormonal combinada: O que sabem as utilizadoras sobre os seus riscos e benefícios"


Dr. Rosa Reis Marques
Presidente,


Dr. João Rodrigues
Vice-Presidente,

Esta Comissão de Ética deverá receber cópia do relatório final.


Dr. Márcio Ruivo
Vogal,

Como primeiro autor este trabalho tem
Maria Rojão Mouro, aluna da Faculdade Ciências da Saúde-Universidade da Beira Interior.....

Dr. Fernando Cravo

Objetivos:

Objetivo Primário:

- Avaliar a literacia das utentes dos Centros de Saúde da Cova da Beira acerca dos benefícios e riscos do seu método contraceptivo hormonal combinado;

Objetivos Secundários:

- Compreender se os fatores demográficos, tais como a idade da mulher, as habilitações literárias, o estado civil, o número de filhos, a idade ao primeiro filho, etc, influenciam a literacia face à contraceção hormonal combinada;
- Perceber o perfil socio-demográfico das utilizadoras da contraceção hormonal combinada;
- Encontrar métodos de intervenção que possam contribuir para a melhoria da literacia das utilizadoras da contraceção hormonal combinada.

Material e métodos:

Amostra: Utesntes que frequentam as consultas de planeamento familiar dos centros de saúde do ACeS da Cova da Beira (Covilhã, Fundão, Belmonte).

O tamanho da amostra será 150 mulheres, uma vez que, devido à pandemia COVID19, é previsível que apenas consiga entrevistar 5 a 10 utentes por semana.

Critérios de Inclusão:

- Mulheres entre os 18 e 50 anos;
- A efetuarem contraceção hormonal combinada;
- Acompanhamento nas consultas de Planeamento familiar.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Critérios de exclusão:

- Não desejem participar na investigação.

Metodologia: Numa primeira fase será estabelecida uma parceria com os centros de saúde do ACeS da Cova da Beira, com vista à realização do projeto. O estudo será iniciado em outubro de 2020, sendo prevista uma duração de 12 meses, e a inclusão de 150 mulheres.

Questionário que inclui dados demográficos das utentes e os riscos e benefícios da contraceção hormonal. Depois de consentida a participação no estudo por parte da utente, o questionário será aplicado presencialmente pela investigadora no final da consulta de Planeamento Familiar à utente. Posteriormente à recolha de todos os dados, será feita a análise estatística descritiva e comparativa com recurso ao software SPSS com a correção adequada.

Recursos necessários: Não são necessários recursos que envolvam custos financeiros

Tipo de estudo

Estudo observacional, transversal.

Data e início de recolha de dados: Outubro 2020

Expetativa de resultados:

Do ponto de vista da idade é esperado que as mulheres com idade inferior a 30 anos e com nível de escolaridade superior demonstrem melhor literacia sobre os efeitos dos contraceptivos hormonais.

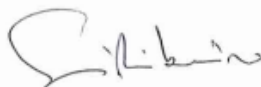
O Consentimento informado está de acordo com o estipulado por esta CE.

Tem já o parecer positivo do Diretor Executivo do ACES da Cova da Beira.

Propõe-se ao plenário da CE parecer favorável a este trabalho.



Carlos Fontes Ribeiro
Presidente da Comissão de Ética



Luiz Miguel Santiago
Relator

Anexo 4 – Autorização do diretor executivo do ACeS Cova da Beira

De: Maria Mouro <a38033@fcsaude.ubi.pt>

Enviado: 15 de setembro de 2020 09:30

Para: Manuel Tomas Geraldès <MTGeraldès@arscentro.min-saude.pt>

Assunto: Pedido de realização de Investigação no ACeS Cova da Beira- "Contraceção hormonal combinada: O que sabem as utilizadoras sobre os seus riscos e benefícios"

Bom dia Dr. Manuel Geraldès,

O meu nome é Maria Mouro e sou estudante de Medicina do 5º ano na Faculdade de Ciências de Saúde na UBI, e também natural da Covilhã.

No âmbito da tese de mestrado, tenho interesse em realizar um projeto de investigação que pretende analisar o conhecimento das utilizadoras de contraceptivos hormonais combinados acerca dos seus benefícios e riscos uma vez que ainda não há estudos publicados nesta área.

Assim gostaria de lhe pedir permissão para realizar este estudo tendo como amostra as utentes dos centros de saúde do ACeS Cova da Beira.

Segue em anexo o projeto de investigação inicial.

Fico a aguardar resposta.

Obrigada pela atenção dispensada.

Cumprimentos,

Maria Mouro

T. 962 017 170

*Nada a opor.
Carice de parecer
favorável da Comissão
de Ética da Arsc*

O Diretor Executivo do
ACES Cova da Beira

Dr. Manuel Tomás Geraldès