

Perfil e fatores associados ao uso de anticoncepcionais orais combinados em mulheres férteis atendidas em um centro de planejamento familiar

Profile and factors associated with the use of combined oral contraceptives in fertile women attending a family planning center

Deborah Costa de Jesus dos Santos¹ , Mayla Rohweder² , Iukary Takenami³ 

1. Laboratório do Instituto Valenciano de Infertilidade (IVI), Salvador, BA, Brasil. 2. Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana (CEPARH), Salvador, BA, Brasil. 3. Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Paulo Afonso, BA, Brasil.

Resumo

Objetivo: Avaliar o perfil e os fatores associados ao uso de anticoncepcionais orais combinados (AOC) em regimes de pausa (intermitente) ou estendido (contínuo) em mulheres férteis atendidas em um centro de planejamento familiar. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, realizado no Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana (CEPARH), Salvador, Bahia. **Resultados:** Entre julho e setembro de 2017, 210 mulheres atendidas, consecutivamente, no CEPARH foram entrevistadas. Dessas, 69 (32,8%) fazem uso de algum AOC, das quais 32 (46,4%) utilizam-no em regimes estendidos. Mulheres que trabalham têm 1,89 vezes mais chances de usarem AOC do que as que não trabalham (IC95%: 1,04-3,42; p=0,039). Nenhuma diferença significativa foi observada nas características entre as que fazem uso de AOC em regime de pausa ou estendido (p>0,05). **Conclusão:** Os resultados indicam que mulheres que trabalham adiam a concepção e utilizam com mais frequência a pílula contraceptiva, independentemente da forma de administração (forma contínua ou intermitente). Ademais, não há nenhum fator que contribua, significativamente, para que as mulheres façam uso estendido das cartelas de AOC.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Saúde Reprodutiva; Anticoncepcional Oral.

Abstract

Objective To evaluate the profile and factors associated with the use of combined oral contraceptives (COC) in pause (intermittent) or extended (continuous) regimens in fertile women attended at a family planning center. **Methods:** This is a cross-sectional study, carried out at the Center for Research and Assistance in Human Reproduction (CEPARH), Salvador, Bahia. **Results:** Between July and September 2017, 210 women consecutively attended at CEPARH were interviewed. Of these, 69 (32.8%) make use of some COC, of which 32 (46.4%) use it in extended regimens. Women who work were 1.89 times more likely to use COC than those who do not work (95%CI: 1.04-3.42; p=0.039). No significant difference was observed in characteristics among those who use COC in a paused or extended regime (p>0.05). **Conclusion:** The results indicate that working women postpone conception and use the contraceptive pill more frequently, regardless of the form of administration (continuous or intermittent). Moreover, there is no factor that contributes, significantly, for women to make extended use of COC cards.

Keywords: : Women's Health; Reproductive Health; Oral contraceptive.

INTRODUÇÃO

Os anticoncepcionais orais combinados (AOC) foram criados na década de 1930 e aprovados em 1960 com o objetivo de inibir o amadurecimento dos óvulos e, conseqüentemente, a ovulação¹. Em países como Estados Unidos e Reino Unido, 16,3 e 28% das mulheres em idade reprodutiva fazem uso de AOC, respectivamente. No Brasil, o uso de contraceptivos cresceu, acentuadamente, nas últimas décadas, alcançando, em 2006, 80% das mulheres em idade fértil. No entanto, apenas 24,7% fazem uso de AOC². Semelhante a esse resultado, um estudo realizado em 2014, em todo o território brasileiro, demonstrou que a prevalência de uso dos AOC aumentou, aproximadamente, para 28%, sendo o Sudeste a região de maior prevalência, atingindo 30% das usuárias³.

Por se tratar de um método contraceptivo de maior prevalência

de uso entre as mulheres, os AOC constituem objeto de contínua investigação na comunidade científica. Atualmente, não mais se discute a eficácia desses fármacos, mas sim as controvérsias sobre os efeitos adversos provocados pelo uso dos medicamentos e, mais recentemente, a pausa contraceptiva mensal como benefício para a mulher^{1, 4-6}.

Do ponto de vista biológico, o sangramento durante a pausa do AOC não parece ser necessário. Já era possível realizar a supressão dos sangramentos menstruais com uso contínuo dos hormônios desde a criação das primeiras pílulas anticoncepcionais. No entanto, temendo a má aceitação do produto pelas usuárias, os pesquisadores acharam melhor manter os sangramentos¹. Manter a menstruação significaria manter um fenômeno natural que ocorre na vida da mulher.

Correspondente: Deborah Costa de Jesus Santos. Laboratório do Instituto Valenciano de Infertilidade, Av. Paulo VI, 868, Pituba, Salvador-BA, Brasil, CEP 41810-001. E-mail: deborahcsantos@outlook.com

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse por parte de qualquer um dos autores.

Recebido: 26 Jan 2021; Revisado: 22 Abr 2021; 19 Jul 2021; Aceito: 20 Nov 2021

2 Fatores associados ao uso de anticoncepcionais orais combinados em mulheres férteis

Atualmente, os regimes estendidos, os quais se referem ao uso por mais de 28 dias do comprimido sem pausa, têm os mesmos efeitos na mulher que utiliza o AOC em regimes de pausa mensal⁷⁻⁹. Embora o desenvolvimento dos anticoncepcionais tenha promovido a emancipação e o empoderamento feminino, existiu e, ainda existe, um receio na sociedade sobre a utilização desses hormônios¹⁰. Os estudos relatam que a adoção de AOC em regimes estendidos minimiza os incômodos da menstruação, diminui os riscos de doenças como endometriose, câncer de ovário e evita o aparecimento de miomas^{9,11,12}. No entanto, esses benefícios decorrentes do uso dos AOC ainda são desconhecidos por boa parte das usuárias.

Um estudo realizado por Machado et al. (2001)⁷ mostrou que 80% das mulheres que utilizam pílulas em regime estendido o fazem devido à opção pessoal. Além das usuárias, profissionais da área de saúde também têm apoiado, cada vez mais, o uso de regimes estendidos de AOC pelas mulheres em idade fértil. Nos Estados Unidos, 87,4% dos profissionais de saúde acreditam que a terapia contraceptiva em regime estendido deve ser oferecida para todas as mulheres que utilizam um AOC. Além disso, 81% dos médicos ginecologistas afirmaram que prescrevem, rotineiramente, o contraceptivo em regime estendido¹³. Assim, identificar o perfil associados ao uso de AOC em regimes de pausa (intermitente) ou estendido (contínuo) é de grande importância, pois permite planejar ações e metas específicas àquelas usuárias que desconhecem seus benefícios. Portanto, o estudo objetivou avaliar o perfil e os fatores associados ao uso de AOC em mulheres férteis atendidas em um centro de planejamento familiar.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, do tipo corte transversal, realizado no Serviço de Planejamento Familiar do Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana (CEPARH), localizado no município de Salvador, Bahia. O centro oferece, gratuitamente, serviços médicos no âmbito do planejamento familiar à população do município e aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) referenciados pela Prefeitura Municipal.

Todas as mulheres em idade fértil atendidas no CEPARH, durante o período de julho a setembro de 2017, foram convidadas a participar do estudo. Foi considerado como critério de exclusão mulheres que apresentaram idade igual ou inferior a 18 anos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Salvador (UNIFACS) sob o número 2.125.575/17 (CAAE: 69640417.5.0000.5033). As voluntárias atestaram a sua concordância mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Em seguida, os dados foram coletados por meio de um questionário semiestruturado pré-codificado, referente ao uso de AOC e aspectos sociodemográficos. O questionário não incluiu informações que permitissem a identificação da voluntária. Após a coleta de dados, as usuárias foram informadas sobre riscos e os benefícios associados ao regime

estendido dos AOC.

Os dados obtidos foram organizados, tabulados e analisados por meio do software SPSS® 19.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Variáveis categóricas foram apresentadas por frequência absoluta (n) e relativa (%). As variáveis quantitativas foram descritas pela média e pelo desvio-padrão. A força de associação foi determinada pela razão de prevalência (RP) e pelo intervalo de confiança de 95%. O teste qui-quadrado foi utilizado para avaliação da associação entre as variáveis categóricas. As diferenças foram consideradas, estatisticamente, significantes para valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Durante o período de estudo, 210 mulheres atendidas no CEPARH foram entrevistadas. Dessas, 69 (32,8%) fazem uso de algum AOC, das quais 32 (46,4%) utilizam-no em regimes estendidos. Entre as mulheres que fazem uso de AOC em regimes de pausa, observa-se que 26,1%, 5,8% e 4,3% fazem uso de AOC, contendo drospirenona e etinilestradiol, levonorgestrel e etinilestradiol, levonorgestrel e etinilestradiol, respectivamente. Entre as que fazem uso estendido, a maior frequência identificada foi correspondente aos mesmos componentes ($p > 0,05$).

Observa-se predominância de uso de AOC entre mulheres que se autodeclararam de cor/raça não branca (97,1%), nível de escolaridade médio (60,9%), seja completo ou incompleto, com renda menor que um salário-mínimo (36,3%), de classe social C (79,8%) e que frequentam a religião católica (44,9%) (tabela 1). Essas características sociodemográficas são também semelhantes nas mulheres que não fazem uso de AOC ($p > 0,05$). Por outro lado, a frequência de usuárias da classe social A e B, com ensino superior ou pós-graduação associado a uma renda salarial maior do que dois salários-mínimos são maiores nas usuárias de AOC do que nas mulheres que não fazem uso desse método (dados não mostrados).

O uso de AOC é significativamente mais prevalente em mulheres que trabalham (tabela 1, $p = 0,039$). De modo que mulheres que trabalham têm 1,89 vezes mais chances de usarem AOC do que as que não trabalham (RP=1,89; IC95%: 1,04-3,42). Embora nenhuma diferença significativa tenha sido encontrada na média de idade entre as usuárias de AOC e não usuárias, observa-se uma predominância na faixa etária de 20 a 35 anos de idade (dados não mostrados) e que 89,9% autodeclararam viver com apenas um companheiro (tabela 1).

Independentemente de usar ou não AOC em regimes de pausa ou estendido, verifica-se uma predominância de mulheres que possuem apenas um filho (tabela 1, tabela 2). Embora nenhuma diferença significativa tenha sido constatado, a frequência de mulheres que fazem uso de AOC em regimes estendidos é duas vezes maior entre as que não possuem filhos (tabela 2). Nenhuma diferença significativa foi encontrada nas características entre as que fazem uso de AOC em regimes de pausa ou estendido ($p > 0,05$).

3 Fatores associados ao uso de anticoncepcionais orais combinados em mulheres férteis

Tabela 1. Características sociodemográficas da população de estudo (N=210).

Variáveis	AOC, n (%)		p-valor	Total
	Não (N=141)	Sim (N=69)		
Idade, média ± DP	32,5 (7,6)	33,8 (6,3)	0,163	32,9 (7,2)
Situação conjugal				
Sem companheiro	24 (17)	7 (10,1)	0,219	31 (14,8)
Com companheiro	117 (83)	62 (89,9)		179 (85,2)
Raça (autorreferida)				
Branca	8 (5,7)	2 (2,9)	0,503	10 (4,8)
Não branca	133 (94,3)	67 (97,1)		200 (95,2)
Nível de escolaridade				
Fundamental (I)/analfabeto	32 (22,7)	9 (13)	0,456	41 (19,5)
Fundamental (C)	9 (6,4)	5 (7,3)		14 (6,7)
Médio (C/I)	76 (53,9)	42 (60,9)		118 (56,2)
Curso técnico (C/I)	7 (4,9)	2 (2,9)		9 (4,3)
Superior e pós-graduação (C/I)	17 (12,1)	11 (15,9)		28 (13,3)
Renda familiar per capita (SM)				
< 1,0	*92 (69,2)	†42 (63,7)	0,194	134 (67,3)
1,0-2,0	33 (24,8)	15 (22,7)		48
> 2	8 (6)	9 (13,6)		17 (8,6)
Classe econômica (ABEP)				
A e B	20 (14,2)	14 (20,2)	0,319	34 (16,2)
C	121 (85,8)	55 (79,8)		176 (83,8)
Trabalha*				
Sim	68 (48,2)	44 (63,8)	0,039	112 (53,3)
Não	73 (51,8)	25 (36,2)		98 (46,7)
Religião				
Católica	45 (31,9)	31 (44,9)	0,192	76 (36,2)
Evangélica	51 (36,2)	19 (27,5)		70 (33,3)
Espírita/Outro	3 (2,1)	3 (4,4)		6 (2,9)
Não praticante	42 (29,8)	16 (23,2)		58 (27,6)
Nº de filhos				
Nenhum	10 (7,1)	12 (17,4)	0,124	22 (10,5)
Um	53 (37,6)	25 (36,2)		78 (37,1)
Dois	44 (31,2)	20 (29)		64 (30,5)
Três ou mais	34 (24,1)	12 (17,4)		46 (21,9)

*Dados não avaliados por oito voluntárias. †Dados não avaliados por três voluntárias.

AOC = Anticoncepcional oral combinado; DP = Desvio padrão; C = Completo; I = Incompleto; SM = Salário-mínimo; ABEP = Critério de classificação econômica Brasil.

4 Fatores associados ao uso de anticoncepcionais orais combinados em mulheres férteis

Tabela 2. Características sociodemográficas das mulheres que fazem uso de AOC em regimes de pausa (intermitente) ou estendido (contínuo) (N=69).

Variáveis	Usam AOC, regime estendido		p-valor	Total
	Não (N=37)	Sim (N=32)		
Idade, média ± DP	32,5 (5,3)	35,3 (7)	0,690	33,8 (6,3)
Situação conjugal				
Sem companheiro	5 (13,5)	2 (6,2)	0,437	7 (10,1)
Com companheiro	32 (86,5)	30 (93,8)		62 (89,9)
Raça (autorreferida)				
Branca	1 (2,7)	1 (3,1)	0,999	2 (2,9)
Não branca	36 (97,3)	31 (96,9)		67 (97,1)
Nível de escolaridade				
Fundamental (I)/analfabeto	7 (18,9)	2 (6,3)	0,591	9 (13)
Fundamental (C)	3 (8,1)	2 (6,3)		5 (7,2)
Médio (C/I)	22 (59,5)	20 (62,4)		42 (61)
Curso técnico (C/I)	1 (2,7)	2 (6,3)		3 (4,3)
Superior e pós-graduação (C/I)	4 (10,8)	6 (18,7)		10 (14,5)
Renda familiar per capita (SM)				
< 1,0	24 (70,6)*	18 (56,3)	0,470	42 (63,6)
1,0-2,0	6 (17,6)	9 (28,1)		15 (22,8)
> 2	4 (11,8)	5 (15,6)		9 (13,6)
Classe econômica (ABEP)				
A e B	6 (16,2)	8 (25)	0,378	14 (20,3)
C	31 (83,8)	24 (75)		55 (79,7)
Trabalha				
Sim	24 (64,9)	20 (62,5)	0,999	44 (63,8)
Não	13 (35,1)	12 (37,5)		25 (36,2)
Religião				
Católica	15 (40,6)	16 (50)	0,458	31 (45)
Evangélica	13 (35,1)	6 (18,8)		19 (27,5)
Espírita/Outros	1 (2,7)	2 (6,2)		3 (4,3)
Não praticante	8 (21,6)	8 (25)		16 (23,2)
Nº de filhos				
Nenhum	4 (10,8)	8 (25)	0,369	12 (17,4)
Um	16 (43,3)	9 (28,1)		25 (36,2)
Dois	11 (29,7)	9 (28,1)		20 (29)
Três ou mais	6 (16,2)	6 (18,8)		12 (17,4)

*Dados não avaliados por três voluntárias.

AOC = Anticoncepcional oral combinado; DP = Desvio padrão; C = Completo; I = Incompleto; SM = Salário-mínimo; ABEP = Critério de classificação econômica Brasil.

DISCUSSÃO

A frequência de mulheres que fazem uso de AOC foi equivalente à encontrada em outro estudo realizado no município de São Paulo, com uma frequência estimada em 35,3%¹⁴. O aumento na prevalência de uso dos AOC pelas usuárias pode ser resultado de processos sociais, políticos, individuais, maior acesso ao método e à informação, bem como da socialização feminina¹⁵. Assim, é plausível considerar que as mudanças dos padrões sociais da sociedade moderna, bem como o crescimento da independência feminina tenham contribuído para o adiamento da maternidade e, conseqüentemente, o aumento no uso de AOC entre as mulheres.

Sobre os principais componentes presentes nas pílulas, é possível que o AOC contendo drospirenona e etinilestradiol seja o mais recomendado pelos médicos especializados, devido à baixa tolerância e à menor frequência de efeitos colaterais nas usuárias, além de ser totalmente gratuito e disponível para as pacientes¹⁶.

No que concerne às características sociodemográficas, tendo em vista que o local onde o estudo foi realizado é um serviço utilizado pelas usuárias do SUS, este viés pode ter influenciado pela frequência predominante da classe econômica C e da renda menor do que um salário-mínimo. Não obstante, a elevada frequência de usuárias da classe social A e B, com ensino superior ou pós-graduação pode indicar maior acesso de mulheres à informação e aos métodos contraceptivos¹⁷. Além disso, reafirma-se a relevância da escolaridade, já apontada por outros autores, e do estrato socioeconômico, indicando que os indivíduos que desfrutam de melhores condições de vida têm maior acesso à informação sobre anticoncepção, bem como revelam uma atitude ativa de busca dessas informações visando ao planejamento familiar¹⁸.

Sabe-se que, cada vez mais, as mulheres postergam a maternidade por causa do trabalho e da carreira e, como consequência, esse fator pode refletir no aumento da adesão de AOC entre as mulheres que trabalham¹⁹. Além disso, o uso dos contraceptivos hormonais orais proporciona às mulheres, especialmente essas que contribuem para a renda da família, redução do desconforto provocado pelas mudanças no ciclo hormonal, como cólicas, cefaleia, inchaço, regularização do ciclo menstrual, diminuição da acne, incidência diminuída de anemia e de gravidez ectópica, proteção contra o câncer de ovário, entre outros²⁰.

Sobre a redução observada no número de filhos, verifica-se um fenômeno bastante consolidado¹⁵. O acesso a métodos contraceptivos, o aumento do salário-mínimo e das melhorias nas condições de vida podem ter contribuído para o empoderamento feminino e, conseqüentemente, diminuição da taxa de fecundidade no estudo. Essas abordagens são convergentes ao censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em que é possível observar, em 2010, que 87,4% dos responsáveis pelos filhos são mulheres sem

cônjuge²¹.

Além da redução do número de filhos, observa-se, também, que as que possuem nível de escolaridade, renda e classe social mais alta são fatores que contribuem para uma maior prevalência de regimes estendidos de AOC entre as usuárias. Um estudo realizado por Osis et al. (1999)²² demonstrou que, além dos benefícios associados ao uso de AOC em regimes de pausa, o uso das pílulas em regimes estendidos implica maiores benefícios à saúde da mulher, especialmente àquelas que apresentam endometriose e síndrome de ovários policísticos, doenças que, cada vez mais, acometem a população brasileira. Em conjunto, os dados sugerem que a não utilização de AOC em regimes de pausa ou estendido podem estar associados à pobreza e à má distribuição de renda.

A predominância da religião católica e da cor/raça não branca, independentemente de a usuária usar ou não AOC em regimes de pausa ou estendido, pode ser observado nesse estrato da população devido, principalmente, à formação da população baiana. Desde a fundação do município de Salvador, constatou-se a religiosidade de seus habitantes devido ao seu convívio constante e estreitos com os religiosos, especialmente os jesuítas. Além disso, a maior parte da sua população é constituída por negros e pardos, reflexo da escravatura durante o período colonial²³. Portanto, não se pode prever, com exatidão, a influência direta da raça e da religião entre as usuárias, mas sim presumir que esse dado pode estar associado a outras variáveis fundamentais para esse processo.

Por fim, é importante ressaltar que o curto período do estudo foi um fator limitante para o número de usuárias entrevistadas. Não obstante, outras limitações metodológicas (dados coletados por um único observador e as especificidades e particularidades do local de realização do estudo) devem ser considerados. Estudos futuros, multicêntricos, englobando um maior período de coleta de dados e, conseqüentemente, um tamanho amostral maior devem ser realizados de modo a sustentar os resultados deste trabalho.

CONCLUSÃO

Embora nenhuma diferença significativa tenha sido observada no estudo, os resultados confirmam os estudos anteriores e indicam que o nível de conhecimento sobre os AOC está associado com maior nível de escolaridade e renda das usuárias. Além disso, a maioria das mulheres que trabalham adiam a concepção e utilizam muito mais a pílula contraceptiva, independentemente da forma de administração (em regime contínuo ou intermitente). Por fim, os resultados obtidos ratificam a necessidade de intensificar o planejamento familiar de modo que os profissionais de saúde possam aconselhar sobre os benefícios e/ou os riscos à saúde conhecidos, desfazendo mitos e tabus acerca do uso contínuo de anticoncepcionais hormonais orais.

REFERENCES

1. Christin-Maitre, S. History of oral contraceptive drugs and their use worldwide. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2013 Feb; 27(1): 3-12. doi: 10.1016/j.beem.2012.11.004. PubMed PMID: 19645286.
2. United Nations Population Division. Department of Economic and Social Affairs. *World Contraceptive Patterns 2013* [internet]. 2013 [acesso 2020 Dez 5]. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/family/contraceptive-wallchart-2013.shtml>.
3. Farias MR, Leite SN, Tavares NUL, Oliveira MA, Arrais PSD, Bertoldi AD, et al. Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. *Rev Saú Púb.* 2016 Dez; 50(Suppl 2):14s. doi: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006176>.
4. Pedro JM. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. *Rev Bras Hist* [internet]. 2003 [acesso 2020 Dez 5]; 23(45): 239-60. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbh/v23n45/16527.pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-01882003000100010>.
5. Coutinho E. *Menstruação: A Sangria Inútil*. 8. ed. São Paulo: Ed Gente; 2007.
6. Oesterheld JR, Cozza K, Sandson NB. Oral contraceptives. *Psychosomatics.* 2008 Mar-Apr; 49(2):168-175. doi: 10.1176/appi.psy.49.2.168. PubMed PMID: 18354071.
7. Machado RB, Fernandes CE, Maia EMC, Innocente CF, Bastos AC. Percepção do sangramento mensal entre usuárias de contraceptivos hormonais orais combinados. *Reprod Clim.* 2001 Jul-Set; 16(3):199-205.
8. Picardo CM, Nichols M, Edelman A, Jensen JT. Women's knowledge and sources of information on the risks and benefits of oral contraception. *J Am Med Womens Assoc* (1972). 2003; 58(2):112-6. PubMed PMID: 12744425.
9. Hamani Y et al. Misconceptions about oral contraception pills among adolescents and physicians. *Hum Reprod.* 2007 Dez; 22(12):3078-83. doi: 10.1093/humrep/dem259. PubMed PMID: 17905749.
10. Loyola MA. Cinquenta anos de anticoncepção hormonal: a mulher e a pílula. *ComCiência* [internet]. 2010 [acesso 2020 Dez 5]; 119. Disponível em: http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542010000500010&lng=pt&nrm=isso&lng=pt.
11. Moura ERJ, Silva RM. Competência profissional e assistência em anticoncepção. *Rev. Saúde Pública.* 2005 Out; 39(5): 795-801. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000500015>. PubMed PMID: 16254657.
12. Paniz VMV, Fassa AG, Silva MC. Knowledge about contraceptives in a population 15 years or older in a southern Brazilian city. *Cad Saúde Pública.* 2005 Nov-Dez; 21(6): 1747-1760. PubMed PMID: 16410859.
13. Sulak PJ, Kuehl TJ, Buckley TT. Attitudes and prescribing preferences of health care professionals in the United States regarding use of extended-cycle oral contraceptives. *Contraception.* 2006 Jan; 73(1): 41-45. doi: 10.1016/j.contraception.2005.07.001. PubMed PMID: 16371293.
14. Schor N, Ferreira AF, Machado VL., França AP, Pirotta KCM, Alvarenga AT, et al. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. *Cad Saúde Pública.* 2000 Jan; 16(2): 377-384. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000002000008>.
15. Scavone L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. *Interface* [internet]. 2001 [acesso 2020 Dez 5]; 5(8): 47-59. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/04.pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832001000100004>.
16. Souza RC, Borges GF, Mourão DM. Contracepção oral e fatores de risco em mulheres brasileiras: uma revisão integrativa. *Rev Cient da Saúde.* 2018 Jan; 3(1): 92-105. doi: 10.24118/revsa1806.9495.3.1.2018.403.
17. Ministério da Saúde (BR). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso 2020 Dez 5]; Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/pnds/apresentacao.php>.
18. Espejo X, Tsunehiro MA, Osis MJD, Duarte GA, Bahamondese L, Sousa MH. Adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre mulheres de Campinas, São Paulo. *Rev. Saúde Pública.* 2003 Out; 35(5): 583-590. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000500006>. PubMed PMID: 14569333.
19. Fiorin PC, Oliveira CT, Dias ACG. Percepções de mulheres sobre a relação entre trabalho e maternidade. *Rev bras orientac. prof* [Internet]. 2014 [acesso 2020 Dez 5]; 15(1): 25-35. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902014000100005.
20. Almeida APF, Assis MM. Efeitos colaterais e alterações fisiológicas relacionadas ao uso contínuo de anticoncepcionais hormonais orais. *Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde.* 2017 Jan-Jun; 5(5): 85-93.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estatísticas de Gênero. Censo Demográfico 2010.* Rio de Janeiro; 2009 [acesso em 2021 Abr 26]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0&cat=-15,-16,53,54,55,-17,-18,128&ind=4704>.
22. Osis MJD, Faúndes A, Sousa MH, Bailey P. Consequências do uso de métodos anticoncepcionais na vida das mulheres: o caso da laqueadura tubária. *Cad Saúde Pública.* 1999 Jul-Set; 15(3): 521-532. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000300009>. PubMed PMID: 10502148.
23. Santana Filho DM, Germani GI, Giudice D. O Estado Nacional e a População Negra: Relação Espaço e Tempo para os Territórios Étnicos. *Rev Esp Abe* [internet]. 2013 [acesso em 5 Dez 2020]; 3(1): 155-172. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/EspacoAberto/article/view/2104/1871>. DOI: <http://doi:10.36403/espacoaberto.2013.2104>.

How to cite this article/Como citar este artigo:

Santos DCJ, Rohweder M, Takenami I. Perfil e fatores associados ao uso de anticoncepcionais orais combinados em mulheres férteis atendidas em um centro de planejamento familiar. *J Health Biol Sci.* 2021; 9(1):1-6.