

Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil

Mareni Rocha Farias^I, Silvana Nair Leite^I, Noemia Urruth Leão Tavares^{II}, Maria Auxiliadora Oliveira^{III}, Paulo Sergio Dourado Arrais^{IV}, Andréa Dâmaso Bertoldi^V, Tatiane da Silva Dal Pizzol^{VI}, Vera Lucia Luiza^{III}, Luiz Roberto Ramos^{VII}, Sotero Serrate Mengue^{VIII}

^I Departamento de Ciências Farmacêuticas. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

^{II} Departamento de Farmácia. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil

^{III} Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{IV} Departamento de Farmácia. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil

^V Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

^{VI} Departamento de Produção e Controle de Medicamentos. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

^{VII} Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{VIII} Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a prevalência do uso atual de contraceptivos orais e injetáveis por mulheres brasileiras, segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e aspectos relacionados ao acesso a esses medicamentos.

MÉTODOS: Estudo transversal, analítico, baseado nos dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), de base populacional e amostra probabilística, realizada entre setembro/2013 e fevereiro/2014, em 20.404 domicílios urbanos brasileiros. A prevalência foi calculada a partir do relato das mulheres de 15 a 49 anos, não grávidas, sobre o uso de contraceptivos orais ou contraceptivos injetáveis. As variáveis independentes foram sexo, idade, escolaridade, nível socioeconômico, região geográfica e situação conjugal. Também foram analisados acesso, fontes de financiamento, fontes de obtenção e medicamentos citados. As análises estatísticas consideraram intervalos de confiança de 95% (IC95%) e teste Qui-quadrado de Pearson para avaliação da significância estatística das diferenças entre os grupos, considerando o nível de significância de 5%.

RESULTADOS: A prevalência de uso de contraceptivos orais (CO) foi 28,2% e de contraceptivos injetáveis (CI), 4,5%. A prevalência de contraceptivos orais foi maior no Sul (37,5%) e menor no Norte (15,7%). Para contraceptivos injetáveis não houve diferença entre as regiões. O acesso foi maior para as usuárias de contraceptivos orais (90,7%) do que de contraceptivos injetáveis (81,2%), assim como o pagamento por desembolso direto (CO 78,1%; CI 58,0%). As usuárias que pagaram pelo contraceptivo compraram na farmácia comercial (CO 95,0% e CI 86,6%) e na Farmácia Popular (CO 4,8% e CI 12,7%). A principal fonte de obtenção gratuita foi o SUS (CO 86,7%; CI 96,0%). Amostra grátis foi citada por 10,4% das usuárias que não pagaram pelos contraceptivos orais. A maioria das usuárias que pagaram, não tentou obter no SUS. Contraceptivos orais combinados monofásico foram os mais citados (71,6%) e a combinação levonorgestrel+etinilestradiol de baixa concentração representou 38,7% destes. Os medicamentos mais citados constam na Relação Nacional de medicamentos Essenciais.

CONCLUSÕES: A maioria das mulheres entre 15 e 49 anos que referiram usar contraceptivos obteve acesso ao medicamento, usa contraceptivos orais combinados monofásico, de eficácia e segurança adequada, obtido com pagamento do próprio bolso, principalmente, nas farmácias comerciais.

DESCRIPTORIOS: Anticoncepcionais, provisão & distribuição. Anticoncepcionais Orais, provisão & distribuição. Acesso aos Serviços de Saúde. Fatores Socioeconômicos. Inquéritos Epidemiológicos.

Correspondência:

Mareni Rocha Farias
Departamento de Ciências
Farmacêuticas
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal de Santa
Catarina
Campus Universitário, Trindade
88040-900 Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: mareni@pq.cnpq.br

Recebido: 7 fev 2015

Aprovado: 25 fev 2016

Como citar: 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 Saude Publica. 2016;50(supl 2):14s.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

A Conferência sobre População e Desenvolvimento (ICPD) realizada no Egito (1994) é um marco na definição do planejamento familiar como direito³. No Brasil, a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e as políticas nacionais relacionadas à saúde da mulher^a fortalecem a garantia dos direitos constitucionais relacionados ao planejamento familiar e estabelecem as responsabilidades do Estado^b. Essas medidas têm efeitos diretos na saúde reprodutiva e na melhoria de indicadores socioeconômicos.

Informações sobre o uso de métodos contraceptivos auxiliam na gestão das políticas para o setor. Globalmente, observa-se aumento no uso de métodos contraceptivos, de 54,8% (IC95% 52,3–57,1) em 1990 para 63,3% (IC95% 60,4–66,0) em 2010¹. Contudo, de acordo com as características regionais, os estudos podem apresentar variações metodológicas importantes, principalmente quanto às características da população estudada (idade das usuárias, atividade sexual, fonte dos dados, entre outros)^{4,8,9,18}.

Estudos realizados em diferentes países mostram padrões regionais distintos no uso de métodos contraceptivos. Métodos reversíveis de curto prazo são mais usados na África e na Europa; os de longo prazo ou permanentes na Ásia e na América do Norte. América Latina, Caribe e Oceania apresentam uma combinação de diferentes métodos⁷.

Na adolescência, são referidos com maior frequência o preservativo masculino e contraceptivo oral. Após os 20 anos, aumenta a prevalência dos métodos reversíveis de média e longa duração (injetáveis, implantes e dispositivo intrauterino). A partir dos 30 anos, aumenta a esterilização feminina e masculina^{14,21}.

O uso de contraceptivos no Brasil foi investigado na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) em 1996 e em 2006¹⁴. Na PNDS-2006, 65,2% das mulheres de 15 a 49 anos referiram uso atual de método contraceptivo considerado moderno. Ao incluir os métodos tradicionais (tabela, abstinência periódica, entre outros), a prevalência foi 67,8%. Predominaram contraceptivo oral (22,1%), esterilização feminina (21,8%), preservativo masculino (12,9%), injeção contraceptiva (3,5%) e esterilização masculina (3,3%)¹⁵.

No Brasil, o Ministério da Saúde financia e compra os contraceptivos e insumos no âmbito do Programa Saúde da Mulher. Os medicamentos fornecidos nos serviços públicos de saúde e no Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) e que constam da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) são: acetato de medroxiprogesterona; enantato de noretisterona + valerato de estradiol; etinilestradiol + levonorgestrel 0,03 mg + 0,15 mg; e noretisterona 0,35 mg. Nos serviços públicos de saúde são também fornecidos contraceptivos de emergência: levonorgestrel 0,75 mg e misoprostol 0,025 mg e 0,2 mg^c.

Este estudo objetivou analisar a prevalência do uso atual de contraceptivos orais e injetáveis por mulheres brasileiras, segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e aspectos relacionados ao acesso a esses medicamentos.

MÉTODOS

Este estudo transversal descritivo foi baseado nos dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), realizada de setembro de 2013 a fevereiro de 2014, em amostra probabilística da população residente em domicílio particular permanente, em zona urbana brasileira. Os dados foram coletados por meio de entrevistas face a face em 20.404 domicílios, empregando questionários aplicados por meio de dispositivo eletrônico. Os dados são provenientes de amostra complexa com representatividade nacional e para as cinco regiões do Brasil, estratificada por sexo e grupos etários. A abrangência do estudo, amostragem e outros procedimentos metodológicos, bem como os instrumentos utilizados e aspectos relacionados à coleta de dados, estão disponíveis no artigo metodológico da PNAUM¹².

^a Brasil. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial Uniao*. 15 jan 1996.

^b Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.

^c Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Assistência farmacêutica na saúde da mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [citado 2016 set 14]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/1058-sctie-raiz/daf-raiz/componente-basico-da-assistencia-farmacautica/l4-componente-basico-da-assistencia-farmacautica/15078-saude-da-mulher>

Dois bancos de dados com denominadores distintos foram usados para análise. Um banco relacionado à amostra de mulheres, com idade entre 15 e 49 anos, não grávidas, que responderam o bloco do questionário concernente aos contraceptivos (12.364 entrevistas válidas). O outro compreende os medicamentos referidos.

As variáveis independentes foram: faixa etária (15-19; 20-29 e 30-49 anos); classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa ABEP (A/B; C e D/E) (<http://www.abep.org>); região geográfica de residência (Norte; Nordeste; Sudeste; Sul, Centro-Oeste); escolaridade (0-8; 9-11; 12 ou mais anos de estudo); e situação conjugal (com companheiro; sem companheiro).

As respostas à pergunta “quem indicou”, foram categorizadas em: indicação médica; de outros profissionais de saúde (farmacêutico, enfermeiro, outro); uso por conta própria (todas as demais indicações).

A prevalência do uso dos contraceptivos orais (CO) foi calculada para as que responderam positivamente à pergunta: “A Sra. está usando alguma pílula anticoncepcional para não engravidar?”. Para a prevalência do uso dos contraceptivos injetáveis (CI), a pergunta foi: “A Sra. usa alguma injeção para não engravidar?”.

A prevalência do acesso foi calculada a partir das respostas às perguntas: CO – “No último mês, a Sra. deixou de tomar a pílula por algum dia?” e CI – “No último ano, a Sra. deixou de tomar a injeção por algum tempo? Se sim, por quê?”. As respostas “sim” porque “ficou sem o contraceptivo” ou porque “não teve dinheiro para comprar” foram computadas como não acesso.

O cálculo do acesso ao CO considerou as mulheres que não deixaram de usar o contraceptivo nos últimos 30 dias e as que deixaram de usar por “problemas de saúde”, “esqueceu de tomar”, “não teve atividade sexual”, “estava no intervalo entre cartelas”, “não é necessário tomar todos os dias”. O cálculo do acesso ao CI considerou as mulheres que não deixaram de usar o contraceptivo no último ano e as que deixaram de usar por “problemas de saúde”, “esqueceu de tomar”, “não teve atividade sexual”, “não é necessário tomar todos os meses ou trimestres”, “queria engravidar”.

Quanto à fonte de financiamento, considerou-se a resposta à pergunta “A Sra. pagou por este anticoncepcional?”. As respostas “sim” foram computadas como pagamento, considerado aqui desembolso direto; as respostas “não” foram computadas como recebimento gratuito.

Na análise das fontes de obtenção, para as que pagaram, foi questionado onde o medicamento foi comprado (Programa Farmácia Popular, farmácia comercial, outro). Para as que obtiveram gratuitamente, foi questionado onde obteve (Serviço Único de Saúde – SUS, amostra grátis, outro). Para as usuárias que pagaram, foi questionado se havia tentado obter no SUS gratuitamente.

A apresentação das embalagens foi solicitada e, na ausência destas, a declaração do nome do contraceptivo. A partir das denominações comerciais, foram definidas as substâncias ativas e respectivas concentrações. A análise considerou 3.009 medicamentos, dos quais 226 não puderam ser identificados (ausência da embalagem, desconhecimento do nome do medicamento; nomes comerciais com mais de uma apresentação; outras categorias de medicamentos; problemas de registro da informação). Os CO foram classificados em combinados monofásicos (COCM), bifásicos, trifásicos, progestágenos isolados e de emergência. COCM foram classificados segundo a concentração de estrogênio: média ou alta ($\geq 0,05$ mg); baixa (0,035; 0,03 e 0,02 mg) e ultrabaixa (0,015 mg)¹⁰.

Intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram calculados. O teste Qui-quadrado de Pearson foi aplicado para avaliação da significância estatística das diferenças entre os grupos, considerando o nível de significância de 5%. Todas as análises foram realizadas utilizando pacote estatístico SPSS20.0, empregando o conjunto de comandos CSPLAN apropriado para a análise de amostras complexas e garantindo a necessária ponderação, de acordo com o desenho amostral.

Como limitações do estudo, destacamos a ausência das embalagens, especialmente dos contraceptivos injetáveis, e a referência ao nome comercial dos produtos, que restringe a identificação dos contraceptivos mais usados. Em relação às fontes de obtenção, a referência ao Programa Farmácia Popular pode conter incertezas, uma vez que o termo “popular” pode fazer parte do nome fantasia de estabelecimentos farmacêuticos. A falta de mais estudos com a abrangência da PNAUM inviabiliza as comparações com resultados anteriormente publicados.

O projeto foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep – Parecer 398.131, de 16/9/2013) e todas as entrevistas foram realizadas após assinatura do termo de consentimento por parte da entrevistada.

RESULTADOS

A prevalência de uso de CO e CI em mulheres de 15 a 49 anos, não gestantes, residentes em área urbana brasileira foi de 32,7% (IC95% 31,1–34,4). Informaram estar amamentando 7,4% (IC95% 6,8–8,2) das mulheres não grávidas e destas, 42,6% (IC95% 37,6–47,8) referiram uso de contraceptivo, representando 6,6% (IC95% 5,9–7,4) das usuárias.

Em relação à indicação de uso, todas as usuárias de CI referiram indicação médica. As usuárias de CO referiram usar por indicação médica (90,4%; IC95% 88,7–91,9), por conta própria (5,6%; IC95% 4,6–6,8%) e por indicação de outro profissional de saúde (2,5%; IC95% 1,7–3,6).

Os dados de prevalência, considerando as faixas etárias, regiões do Brasil, categorias ABEP, escolaridade e situação conjugal, são apresentados na Tabela 1. O uso de CO predomina em relação aos CI mensais ou trimestrais e ambos foram mais prevalentes na faixa etária entre 20 e 29 anos. A prevalência no consumo de contraceptivos foi maior na região Sul e menor no Norte, refletindo o padrão de uso de CO. Para a prevalência de uso de CI, não houve diferença estatisticamente significativa entre as regiões. O uso referido de contraceptivo é semelhante em todas as categorias socioeconômicas e de escolaridade. Em relação à situação conjugal, as usuárias que relataram viver com companheiro apresentaram prevalência maior de uso, tanto para CO, quanto para CI.

Os dados de acesso e financiamento são apresentados na Tabela 2. Cerca de 90,0% das usuárias de CO afirmaram que não deixaram de usar o contraceptivo nos últimos 30 dias e, se deixaram, o motivo não foi relacionado a problemas de acesso (financeiro ou falta do medicamento). As diferenças regionais ou de classe socioeconômica não foram estatisticamente significativas. A maioria das usuárias de CO e CI pagou pelo contraceptivo, com prevalência maior para as usuárias de CO do que para as usuárias de CI. Para as usuárias de CO que pagaram pelo contraceptivo, não foi observada diferença entre as regiões geográficas; contudo, para as usuárias de CI, a maioria das usuárias das regiões Sul e Sudeste não pagou pelo CI. Em relação à classe socioeconômica e ao pagamento, observou-se diferença apenas para as usuárias de CO. Nas classes A/B, a prevalência das que pagaram pelo medicamento foi maior, enquanto que nas classes C/D foi menor.

A Figura 1 mostra as fontes de obtenção para CO e CI, considerando o financiamento. A farmácia comercial foi o principal local para aquisição dos contraceptivos pagos. A Farmácia Popular representou um local importante para a aquisição de CI (12,7%; IC95% 7,6–20,3), enquanto para CO, a referência à Farmácia Popular foi menos expressiva (4,8%, IC95% 5,5–6,7). O SUS foi a principal referência para a obtenção de contraceptivos não pagos, principalmente pelas usuárias de CI (96,0%, IC95% 91,2–98,2). Contudo, amostras grátis foram citadas por 10,4% (IC95% 6,1–17,1) das usuárias de CO que não pagaram pelo medicamento.

As usuárias que pagaram foram questionadas se haviam tentado obter o medicamento no serviço público de saúde (SUS). Os dados são apresentados na Figura 2. A maioria das usuárias de CO e CI não tentou obtê-los no SUS. As usuárias de CO e CI que referiram ter tentado obter o medicamento no SUS representaram, respectivamente, 17,5% (IC95%

Tabela 1. Prevalência de utilização de contraceptivos orais e injetáveis, por mulheres de 15 a 49 anos, excluídas gestantes, segundo idade, classe econômica^a, região do País, escolaridade e situação conjugal. PNAUM, Brasil, 2014.

Variável	Contraceptivo oral		Contraceptivo injetável		Total	
	%	IC95% ^b	%	IC95% ^b	%	IC95% ^b
Faixa etária (anos completos)	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
15-19	20,2	16,0–25,3	3,7	2,2–6,2	23,9	19,3–29,2
20-29	40,7	38,1–43,3	8,8	7,3–10,5	49,5	46,9–52,0
30-49	23,6	21,9–25,5	2,5	2,0–3,2	26,2	24,3–28,1
Região	p < 0,001		p = 0,069		p < 0,001	
Norte	15,7	13,0–18,9	4,6	3,2–6,7	20,4	16,8–24,5
Nordeste	23,6	21,3–26,0	5,8	4,5–7,4	29,4	26,8–32,1
Sudeste	29,8	27,0–32,8	3,9	3,0–5,2	33,8	30,8–36,8
Sul	37,5	34,8–40,2	4,7	3,7–5,9	42,2	39,4–45,0
Centro-Oeste	29,7	26,8–32,8	3,4	2,4–4,7	33,1	30,3–36,1
Classe socioeconômica ^a	p = 0,324		p = 0,089		p = 0,840	
A/B	30,1	27,0–33,4	3,3	2,5–4,5	33,5	30,4–36,6
C	27,6	25,9–29,5	4,8	4,0–5,8	32,4	30,5–34,4
D/E	27,4	24,3–30,8	5,1	3,8–6,7	32,5	29,2–36,0
Escolaridade	p = 0,415		p = 0,207		p = 0,901	
0 a 8 anos de estudo	28,9	27,0–30,9	4,1	3,4–4,9	33,0	31,0–35,0
9 a 11 anos de estudo	27,1	24,7–29,6	5,3	4,1–7,0	32,4	29,8–35,2
12 + anos de estudo	27,5	23,8–31,6	4,6	3,2–6,8	32,2	28,4–36,2
Situação conjugal	p < 0,001		p = 0,025		p < 0,001	
Com companheiro	29,3	27,4–31,3	5,3	4,5–6,3	34,7	32,7–36,7
Sem companheiro	21,6	19,6–23,7	3,9	3,1–5,0	25,5	23,3–27,8
Total	28,2	26,6–29,8	4,5	3,9–5,2	32,7	31,1–34,4

^a Segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil 2013 (CCEB 2013) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Disponível em: www.abep.org

^b Percentuais ponderados pelos pesos amostrais (amostra não autoponderada).

Tabela 2. Prevalência de acesso e de financiamento por desembolso direto (pagamento) dos contraceptivos orais (CO) e injetáveis (CI) no Brasil, por mulheres de 15-49 anos, que referiram usar contraceptivos, considerando a região geográfica e classe socioeconômica^a. PNAUM, Brasil, 2014.

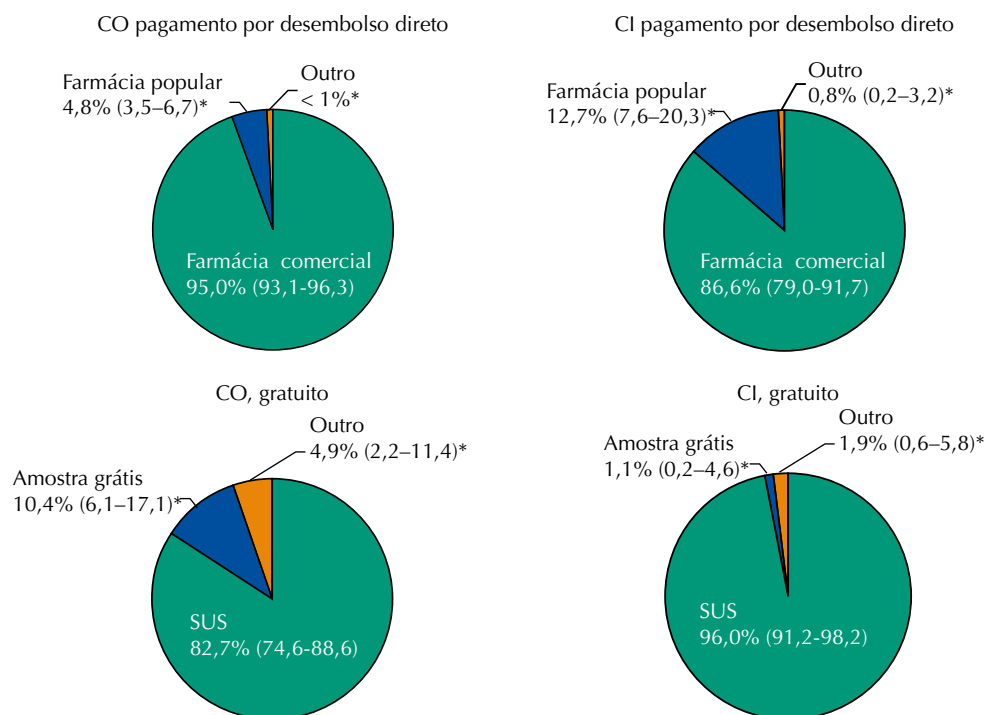
Variável	Acesso ^b				Pagamento por desembolso direto ^b			
	CO		CI		CO		CI	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Região	p = 0,060		p = 0,023		p = 0,623		p < 0,001	
Norte	92,6	88,9–95,2	82,8	74,0–89,0	81,2	70,6–88,6	85,1	71,1–92,9
Nordeste	89,2	84,9–92,4	73,2	61,5–82,4	78,4	73,4–82,6	69,0	55,4–80,0
Sudeste	91,6	88,2–94,1	88,8	79,2–94,2	76,7	70,5–82,0	48,7	36,3–61,2
Sul	92,5	89,4–94,7	75,4	63,2–84,5	78,3	73,6–82,4	38,0	25,9–51,8
Centro-Oeste	84,4	77,4–89,5	88,7	77,8–94,6	82,5	77,3–86,7	69,9	49,4–84,6
ABEP	p = 0,788		p = 0,479		p = 0,005		p = 0,841	
A/B	90,2	86,3–93,0	86,9	75,7–93,5	84,5	79,1–88,6	62,5	46,6–76,1
C	90,5	88,0–92,5	79,1	70,9–85,5	77,4	73,6–80,8	57,3	47,9–66,2
D/E	91,7	87,9–94,3	82,1	69,9–90,1	71,3	63,8–77,8	57,5	43,6–70,3
Total	90,7	88,8–92,3	81,2	75,6–85,8	78,1	74,9–81,0	58,0	50,7–64,9

^a Segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil 2013 (CCEB 2013) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Disponível em: www.abep.org

^b Percentuais ponderados pelos pesos amostrais (amostra não autoponderada).

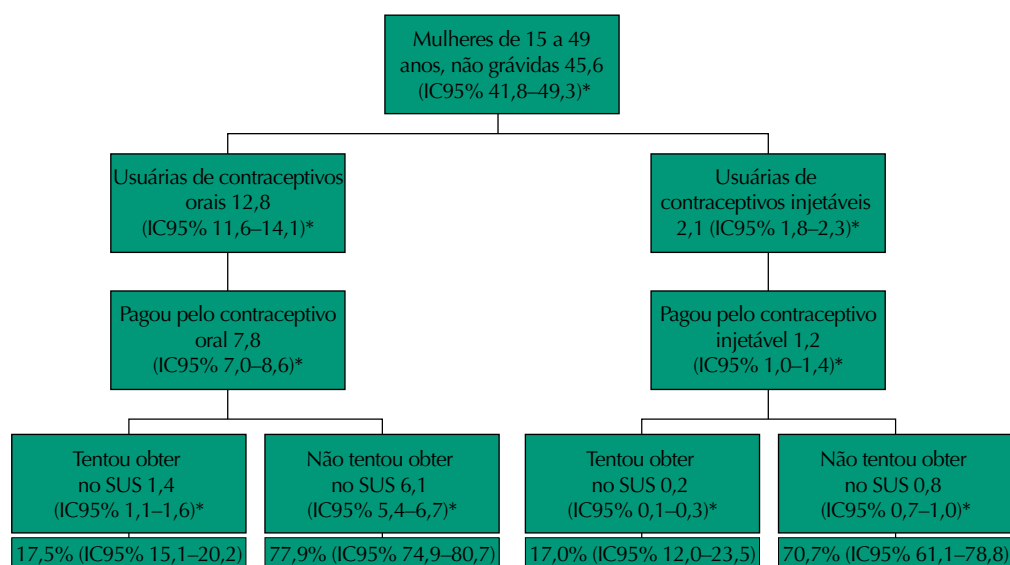
15,1–20,2) e 17,0% (IC95% 12,0–23,5) das usuárias que pagaram pelo contraceptivo. Estes dados representam cerca de 1,6 milhão de mulheres.

As embalagens foram apresentadas por 63,0% (IC95% 59,8–66,2) das usuárias de CO e 22,3% (IC95% 17,5–28,1) das usuárias de CI. Os produtos referidos são apresentados na Tabela 3. Os contraceptivos não identificados computaram 7,6% (IC95% 6,2–9,5) do total. Observa-se maior prevalência de uso de COCM, 71,6% (IC95% 68,9–74,1), e dentre estes, a maioria das usuárias referiu o uso de combinações com baixa concentração de estrogênio. A combinação com concentração acima de 0,05 mg de estrogênio foi referida por 3,5% (IC95% 2,7–4,5) das usuárias de COCM. As combinações mais citadas



* Percentuais ponderados pelos pesos amostrais (amostra não autoponderada).

Figura 1. Fontes de obtenção dos contraceptivos orais (CO) e injetáveis (CI), de acordo com a fonte de financiamento (pagamento por desembolso direto ou gratuito). PNAUM, Brasil, 2014.



* Estimativa do número de mulheres para a população urbana, em milhões.

Figura 2. Tentativa de obtenção dos contraceptivos orais e injetáveis no Sistema Único de Saúde (SUS) por parte das usuárias que referiram pagar pelo medicamento.

Tabela 3. Principais contraceptivos orais e injetáveis (prevalência > 0,5%), utilizados por mulheres em idade fértil. PNAUM, Brasil, 2014.

Principais contraceptivos	% ^a	IC95% ^a
Oral combinado monofásico	71,6	68,9–74,1
Levonorgestrel + etinilestradiol (baixa concentração) ^{b,c}	38,7	35,3–42,1
Ciproterona + etinilestradiol (baixa concentração) ^b	9,2	7,8–10,8
Gestodeno + etinilestradiol (baixa concentração) ^b	8,1	6,8–9,7
Drospirenona + etinilestradiol (baixa concentração) ^b	5,8	4,4–7,5
Levonorgestrel + etinilestradiol (média ou alta concentração) ^b	3,5	2,7–4,5
Gestodeno + etinilestradiol (ultrabaixa concentração) ^b	3,2	2,2–4,6
Desogestrel + etinilestradiol (baixa concentração) ^b	2,6	1,9–3,7
Oral combinado bi ou trifásico	3,2	2,4–4,3
Etinilestradiol + levonorgestrel	1,9	1,3–2,8
Valerato de estradiol + dienogeste	0,8	0,4–1,7
Oral com progestágeno isolado	5,0	3,9–6,4
Desogestrel	3,3	2,4–4,6
Acetato de noretisterona ^c	1,6	1,1–2,3
Injetável	12,6	10,7–14,8
Enantato de noretisterona + valerato de estradiol ^c	4,4	3,4–5,7
Acetato de medroxiprogesterona ^c	2,9	2,1–4,0
Não identificado	7,6	6,2–9,5

^a Percentuais ponderados pelos pesos amostrais (amostra não autoponderada).

^b ultrabaixa ($\leq 0,015$ mg de estrogênio); baixa (0,035; 0,03 e 0,02 mg de estrogênio) e média ou alta ($\geq 0,05$ mg de estrogênio).

^c Contraceptivos constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e disponibilizados na Farmácia Popular.

de COCM e injetáveis constam na Rename. Em relação aos contraceptivos orais com progestágeno isolado, o medicamento mais citado foi desogestrel, o qual não consta na Rename.

DISCUSSÃO

O estudo investigou o uso declarado de contraceptivos orais e injetáveis em mulheres não grávidas, entre 15 e 49 anos de idade, sexualmente ativas ou não.

A prevalência do uso de CO foi de 28,2% (IC95% 26,6–29,8) e de CI 4,5% (IC95% 3,9–5,2) e a maioria das mulheres referiu usar o contraceptivo por indicação médica. A prevalência de CO foi maior na região sul e menor na região norte. O acesso foi maior para usuárias de CO do que de CI. A maioria das usuárias referiu pagar pelo contraceptivo, com diferença significativa entre as usuárias de CO e de CI e entre as regiões geográficas. Nas regiões Sul e Sudeste, a maioria das usuárias de CI não pagaram pelo medicamento. As usuárias que pagaram do próprio bolso, compraram na farmácia comercial e na Farmácia Popular, a qual foi mais utilizada pelas usuárias de CI do que de CO. A maioria das usuárias que pagaram pelo contraceptivo não tentaram obtê-los no SUS. A principal fonte de obtenção gratuita foi o SUS e 10,4% das usuárias de CO afirmaram usar amostra grátis. Os contraceptivos mais citados constam na Rename, com maior prevalência de COCM e, destes, predomina a combinação levonorgestrel + etinilestradiol de baixa concentração de estrogênio (38,7% dos COCM).

A referência de indicação médica de uso de contraceptivos foi elevada, contudo, esta indicação pode ter ocorrido em qualquer momento do passado e o uso corresponder à repetição de uma receita.

A prevalência total de uso de CO foi superior ao valor global para a América Latina e Caribe (24,0%) e semelhante à América do Sul (29,0%), a países europeus (30,0%) e aos EUA (28,0%)^{1,4,7-9,18}. Para CI, a prevalência foi inferior à citada para injetáveis e implantes na América do Sul (9,0%)¹.

Na PNDS, foram analisadas as prevalências de uso considerando todas as mulheres, as mulheres atualmente unidas e as mulheres não unidas sexualmente ativas. Os dados do presente estudo mostram que a prevalência atual de uso de CO e CI nas mulheres que vivem sem companheiro (21,6% e 3,9%) é semelhante às prevalências para todas as mulheres em 2006 (22,1% e 3,5%). Para as que afirmaram viver com companheiro, foram encontradas prevalências de 29,3% para CO e 5,3% para CI, valores superiores aos de 2006 (24,7% e 4,0%, respectivamente) e próximos dos encontrados para as mulheres não unidas sexualmente ativas (30,3% e 4,4%, respectivamente). O aumento na prevalência de uso atual, tanto para CO, quanto para CI, é coerente com a tendência observada na comparação entre a PNDS 1996 e 2006, período que apresentou diminuição significativa da esterilização feminina^{14,15}.

O uso por faixa etária também é semelhante ao padrão observado na PNDS 2006. Entre 15 e 20 anos, os dados da PNDS 2006 mostram que 44,2% das jovens ainda não tiveram relações sexuais; contudo, 24,8% ficaram grávidas antes dos 20 anos, o que torna a contracepção nesta faixa etária uma questão de saúde pública². Estudos indicam vantagens no uso dos métodos reversíveis de média e longa duração, incluindo os injetáveis, especialmente na adolescência^{5,11}. Entretanto, a prevalência de uso de CI é baixa em todas as faixas etárias, apesar de significativamente mais alta na faixa de 20 a 29 anos.

O perfil de uso por região, assim como de acesso e pagamento, mostrou diferenças entre as usuárias de CO e CI, mas como a prevalência de uso de CO é muito maior do que de CI, ela influencia o total.

A menor prevalência de uso de CO no Norte é semelhante aos dados da PNDS 2006 para as mulheres unidas¹⁴. Pode-se considerar a hipótese da composição etária da região, a qual é mais jovem, com idade mediana de 22 anos no Censo de 2010²². Na PNDS 2006, a região Norte apresentou alta prevalência de esterilização feminina (41,0%), o que também pode contribuir para a menor prevalência de uso de CO na região.

A análise da variável fonte de financiamento, por classe econômica, mostra que a prevalência de não pagamento é maior nas classes D/E. Este dado, associado ao fato de que as regiões Norte e Nordeste apresentam maior prevalência de necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais²⁰, aponta para a importância de um olhar diferenciado para essas regiões em relação ao planejamento familiar.

Para as usuárias de CI, não foi constatada diferença na prevalência de uso entre as regiões. Contudo, financiamento e acesso mostraram diferenças regionais marcantes. Enquanto a maioria das usuárias do Norte pagou pelo medicamento (87,7%), no Sul a maioria obteve gratuitamente (62,5%). Por outro lado, o acesso foi significativamente menor no Nordeste e no Sul. Este fato parece não ter influência das classes socioeconômicas. As diferenças podem estar relacionadas ao perfil de prescrição médica ou à organização dos serviços de saúde, o que não foi possível investigar neste estudo.

Em relação aos locais de obtenção, as farmácias comerciais continuam sendo o principal local de aquisição dos contraceptivos¹⁴. O Programa Farmácia Popular do Brasil foi implementado em 2004 com uma rede própria de farmácias e ampliado em 2006 para a rede varejista de farmácias, denominada "Aqui Tem Farmácia Popular". No período 2004-2012, foi observado significativo aumento no número de unidades credenciadas (750,0%) e municípios cobertos (528,0%)¹⁷. A Farmácia Popular tem sido relatada em alguns estudos como alternativa em função da pronta disponibilidade dos medicamentos e o baixo tempo de espera no atendimento, especialmente quando há descontinuidade no suprimento de medicamentos nas farmácias da rede pública^{6,16}.

A principal fonte de obtenção gratuita foi o SUS, contudo, 10,4% das usuárias que não pagaram pelo CO citaram usar amostras grátis. A regulamentação brasileira determina que as amostras grátis de contraceptivos devem conter 100% da quantidade da apresentação registrada na Anvisa, equivalente a um mês de tratamento. Contudo, isso não garante acesso e efetividade¹⁹.

A maioria das usuárias que pagaram não tentou obter pelo SUS, sugerindo que o conceito de universalidade do sistema não está apropriado pela população. Contudo, o número de usuárias que pagou pelo contraceptivo mas que tentou obter no SUS é importante, pois representa necessidade não atendida pelo serviço público e que, muitas vezes, não é considerada na programação de medicamentos. Cerca de 1,4 milhão de usuárias de CO e 200 mil usuárias de CI afirmaram ter tentado obter no SUS, representando 17,5% e 17,0% das usuárias de CO e CI, respectivamente, que pagaram pelo contraceptivo.

Os COCM foram os mais citados, corroborando outros estudos^{3,4,8,9,18}. Essas combinações possuem eficácia similar entre si e as diferenças entre as apresentações envolvem os riscos cardiovasculares relacionados à concentração dos hormônios, principalmente de estrogênio¹⁰. A maioria dos COCM citados apresentaram baixa concentração de estrogênio, os quais possuem menor risco de fenômenos tromboembólicos e cardiovasculares. As vantagens da concentração 0,02 mg em relação às concentrações 0,03 e 0,035 mg, bem como às combinações com concentrações ultrabaixas, permanecem controversas¹⁰. Por outro lado, 3,5% das usuárias citaram contraceptivos de concentração alta de estrogênio, os quais apresentam maior risco cardiovascular e merece atenção dos serviços de saúde. No total, as combinações constantes na Rename foram as mais prevalentes em todas as fontes de obtenção.

Concluindo, a maioria das mulheres entre 15 e 49 anos que referiram usar contraceptivos obteve acesso ao medicamento, usa COCM de eficácia e segurança adequada obtido com pagamento por desembolso direto, principalmente, nas farmácias comerciais.

Nos serviços públicos, a logística da programação, aquisição e distribuição desses medicamentos é fundamental para evitar o desabastecimento e garantir o acesso. A divulgação das opções de contraceptivos entre os prescritores e das fontes de obtenção também é essencial em um sistema universal.

Nos últimos anos foram realizados investimentos significativos visando a melhorar o acesso da população aos medicamentos e a qualidade da assistência farmacêutica. As características regionais mostradas neste estudo sugerem diferenças na implementação das políticas públicas. Dessa forma, espera-se que os resultados possam contribuir para melhorar o acesso gratuito da população aos contraceptivos e diminuir as diferenças regionais. Além disso, é necessário avançar na articulação entre os aspectos relacionados ao cuidado e à gestão da assistência farmacêutica, visando ao acesso e uso adequado dos contraceptivos e minimizando efeitos adversos e falha contraceptiva, a qual está fortemente relacionada ao uso inadequado¹³.

REFERÊNCIAS

1. Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. *Lancet*. 2013;381(9878):1642-52. DOI:10.1016/S0140-6736(12)62204-1
2. Berquó E, Garcia S, Lima L. Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006. *Rev Saude Publica*. 2012;46(4):685-93. DOI:10.1590/S0034-89102012005000048
3. Cates W Jr, Maggwa B. Family planning since ICPD: how far have we progressed? *Contraception*. 2014;90(6 Suppl):S14-21. DOI:10.1016/j.contraception.2014.06.025
4. Cea-Soriano L, García Rodríguez LA, Machlitt A, Wallander MA. Use of prescription contraceptive methods in the UK general population: a primary care study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2014;121(1):53-61. DOI:10.1111/1471-0528.12465
5. Chandra-Mouli V, Camacho AV, Michaud PA. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. *J Adolesc Health*. 2013;52(5):517-22. DOI:10.1016/j.jadohealth.2013.03.002
6. Costa KS, Francisco PMSB, Barros MBA. Conhecimento e utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil: estudo de base populacional no município de Campinas-SP. *Epidemiol Serv Saude*. 2014;23(3):397-408. DOI:10.5123/S1679-49742014000300003

7. Darroch JE, Singh S. Trends in contraceptive need and use in developing countries in 2003, 2008, and 2012: an analysis of national surveys. *Lancet*. 2013;381(9879):1756-62. DOI:10.1016/S0140-6736(13)60597-8
8. Johnson S, Pion C, Jennings V. Current methods and attitudes of women towards contraception in Europe and America. *Reprod Health*. 2013;10(7):7. DOI:10.1186/1742-4755-10-7
9. Jones J, Mosher W, Daniels K. Current contraceptive use in the United States, 2006-2010, and changes in patterns of use since 1995. *Natl Health Stat Report*. 2012;60(60):1-25.
10. Lubianca JN, Wannmacher L. Uso racional de contraceptivos hormonais orais. In: Ministério da Saúde (BR). *Uso racional de medicamentos*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. p.91-102, (Temas selecionados).
11. McNicholas C, Peipert JF. Long-acting reversible contraception for adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2012;24(5):293-8. DOI:10.1097/GCO.0b013e32835686d5
12. Mengue SS, Bertoldi AD, Boing AC, NUL Tavares, da Silva Dal Pizzol T, Oliveira MA, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. *Rev Saude Publica*. 2016;50(supl 2):4s. DOI:10.1590/S1518-8787.2016050006156
13. Molloy GJ, Graham H, McGuinness H. Adherence to the oral contraceptive pill: a cross-sectional survey of modifiable behavioural determinants. *BMC Public Health*. 2012;12(1):838. DOI:10.1186/1471-2458-12-838
14. Perpétuo IHO. Anticoncepção. In: Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da Criança*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. p.128-42.
15. Perpétuo IHO, Wong LLR. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006. In: Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da Criança*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. p.87-104.
16. Santos-Pinto CDB, Costa NR, Osorio-de-Castro CGS. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(6):2963-73. DOI:10.1590/S1413-81232011000600034
17. Silva RM, Caetano R. Programa "Farmácia Popular do Brasil": caracterização e evolução entre 2004-2012. *Cienc Saude Coletiva*. 2015;20(10):2943-56. DOI:10.1590/1413-812320152010.17352014
18. Skouby SO. Contraceptive use and behavior in the 21st century: a comprehensive study across five European countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2004;9(2):57-68. DOI:10.1080/13625180410001715681
19. Souza CPF, Oliveira JL, Kligerman DC. Avanços e desafios em normatização de amostras grátis de medicamentos no Brasil. *Physis*. 2014;24(3):871-83. DOI:10.1590/S0103-73312014000300011
20. Tavares LS, Leite IC, Telles FSP. Necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(2):139-48. DOI:10.1590/S1415-790X2007000200002
21. Truehart A, Whitaker A. Contraception for the adolescent patient. *Obstet Gynecol Surv*. 2015;70(4):263-73. DOI:10.1097/OGX.0000000000000168
22. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol Serv Saude*. 2012;21(4):539-48. DOI:10.5123/S1679-49742012000400003

Financiamento: Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS – Processo 25000.111834/2011-31), descentralização de Recursos do FNS.

Contribuição dos Autores: Concepção, análise e interpretação dos resultados e revisão crítica do conteúdo: MRF, SSM, TSDP, SNL, NULT, ADB. Todos os autores participaram da redação, aprovaram a versão final do manuscrito e declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Agradecimentos: Ao Ministério da Saúde, pelo financiamento e apoio técnico para a realização da PNAUM, à Profa. Dra. Alexandra Crispim Boing, representando a equipe de coleta de dados, aos profissionais Amanda Ramalho Silva, Andréia Turmina Fontanella e Luciano S. P. Guimarães, equipe de suporte estatístico.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.