



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CAMILA FÉLIX AMÉRICO

Perfil de uso de anticoncepcionais orais combinados de baixa dose e
fatores associados

Fortaleza
2010

CAMILA FÉLIX AMÉRICO

Perfil de uso de anticoncepcionais orais combinados de baixa dose e fatores associados

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Escolástica Rejane Ferreira Moura.

Fortaleza
2010

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

A537p Américo, Camila Félix

Perfil de uso de anticoncepcionais orais combinados de baixa dose e fatores associados/ Camila Félix Américo. – Fortaleza, 2010.
113 f. : il.

Orientadora: Prof^a. Dra. Escolástica Rejane Ferreira Moura.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fortaleza, Ceará.

1. Anticoncepcionais Orais Combinados 2. Conhecimento 3. Saúde da Mulher 4. Enfermagem I. Moura, Escolástica Rejane Ferreira (orient.) II. Título.

CDD:613.94

CAMILA FÉLIX AMÉRICO

PERFIL DE USO DE ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINADOS DE BAIXA
DOSE E FATORES ASSOCIADOS

Dissertação de Mestrado submetida à Coordenação do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Escolástica Rejane Ferreira Moura (orientadora)
Universidade Federal do Ceará

Prof^a. Dr^a. Mônica Oliveira Batista Oriá
(1^o Membro)
Universidade Federal do Ceará

Prof^a. Dr^a. Régia Christina Moura Barbosa
(2^o Membro)
Faculdade Metropolitana de Fortaleza (FAMETRO)

Prof^o. Dr^o. Marcos Venícios de Oliveira Lopes
(Membro Suplente)
Universidade Federal do Ceará

Dedico este trabalho a Deus,
que torna possível todas as coisas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre é forte ainda que nos sintamos fracos, que sempre é capaz ainda que sejamos limitados, e que sempre é gracioso ainda que não mereçamos.

À minha família, meu refúgio e lugar tranquilo.

À minha orientadora Dra. Escolástica Rejane Ferreira Moura, a melhor mestre que já conheci.

Aos meus amigos, que acreditaram e estiveram comigo.

À minha Universidade, sede do meu conhecimento acadêmico.

À Banca Examinadora, pela contribuição, disponibilidade e gentileza.

À Ana Carolina, Jacqueline e Alana, pela ajuda imensurável na coleta de dados.

Ao meu corretor de português, pela ajuda e companhia agradabilíssima.

Às mulheres participantes da pesquisa.

Ao Programa Reuni de Reorganização e Orientação da Pós-graduação Articulada a Graduação (PROPAG).

"Quem nunca um erro cometeu também
nunca algo descobriu." Regina Schultz.

RESUMO

O objetivo geral foi avaliar o perfil de uso de Anticoncepcionais Orais Combinados (AOC) de baixa dose e fatores associados. Os objetivos específicos incluíram: conhecer as condições demográficas e socioeconômicas de usuárias de AOC e principais riscos reprodutivos presentes no grupo; avaliar o conhecimento de usuárias de AOC de baixa dose com relação ao uso correto, efeitos colaterais e complicações; verificar a associação entre conhecimento sobre uso correto, efeitos colaterais e complicações ao uso do AOC com Centros de Saúde da Família (CSF), idade, escolaridade, número de pessoas na família, renda familiar mensal e tempo de uso do AOC e com os tipos de conhecimento entre si e investigar o uso seguro de AOC com base nos critérios médicos de elegibilidade da Organização Mundial de Saúde (OMS). Estudo avaliativo, transversal, realizado com 264 mulheres usuárias de AOC. Os dados foram coletados por meio de entrevista, de março a julho de 2010. Foi realizada análise estatística simples e bivariada utilizando frequência absoluta e relativa, média (\bar{X}), Desvio Padrão (DP), percentis, Intervalos de Confiança (IC) e testes estatísticos não paramétricos, em que se estabeleceu significância para um valor de $p < 0,05$. Para avaliar o conhecimento das mulheres, foi utilizada escala tipo *likert* a fim de classificar o conhecimento em Nenhum; Escasso; Moderado; Substancial ou Extenso e para investigar o uso seguro foi elaborado sistema de checagem embasado nos critérios médicos de elegibilidade da OMS. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, conforme protocolo nº 04/10 e as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O perfil das mulheres pesquisadas caracterizou-se por ser jovem, predominando a faixa de idade dos 20 – 28 (139; 52,7%). O tipo de união estável com parceria fixa foi referido por 222 (84,1%) mulheres. Predominou o ensino médio completo em 124 (47%) mulheres, que conviviam com uma média de 3,9 pessoas por família ($DP = \pm 1,50$) e uma renda média de 2,4 salários mínimos ($DP = \pm 0,85$). As participantes, no geral, apresentaram nível “Substancial” de conhecimento para o uso correto (mediana=4,00; $IQ=1,00$) e efeitos colaterais (mediana=4,00; $IQ=1,00$) e “Nenhum” conhecimento para complicações com o uso do AOC (Mediana=1,00; $IQ=0,00$). As associações estatísticas realizadas permitiram a observação de que um maior nível de conhecimento esteve relacionado a determinados Centros de Saúde da Família ($p = 0,01$), maior escolaridade ($\rho = 0,164$; $p=0,008$), e condição econômica ($\rho = 0,135$; $p= 0,029$). Ainda assim, equívocos prevaleceram sobre uso correto, efeitos colaterais e crenças do tipo surgimento de massa no útero e infertilidade permearam a percepção das complicações referentes ao uso de AOC. Foi visto que o uso de AOC ofereceu riscos à saúde para 91 mulheres (35%). Há uma necessidade em se despendar esforços a fim de assegurar uso seguro e correto dos AOC, levando em consideração as recomendações sobre práticas selecionadas para o uso desse método, bem como os critérios médicos de elegibilidade.

Palavras-chave: Anticoncepcionais Orais Combinados. Conhecimento. Saúde da Mulher. Enfermagem.

ABSTRACT

The overall objective was to evaluate the profile of use of Combined Oral Contraceptives (COCs) low-dose and associated factors. Specific objectives included: to determine demographic and socioeconomic characteristics of COC users and major adverse reproductive outcomes in this group, evaluate the knowledge of COC users of low dose with respect to proper use, side effects and complications; investigate the association between knowledge of correct use, side effects and complications to the use of AOC and the following variables: Family Health Centers(FSC), age, education, number of family members, monthly family income, length of use of AOC and types of knowledge between itself investigating the safe use of AOC based on medical eligibility criteria of the World Health Organization (WHO). Evaluative study, transverse, conducted with 264 women using COCs. Data were collected through interviews March-July 2010. Statistical analysis was performed simple and bivariate, using absolute and relative frequency, mean (\bar{X}), Standard Deviation (SD), percentiles, confidence intervals (CI) and nonparametric statistics, which established a value for significance of $p < 0.05$. To evaluate women's knowledge was used likert scale to rate the knowledge in: None, Scarce, Moderate and Extensive or Substantial. To investigate the safe use, was elaborate system of checks grounded in the medical eligibility criteria of the WHO. The research project was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Ceará, according to protocol No. 04/10 and the participants signed a consent form. The profile of women surveyed characterized by being young, predominantly of the age group of 20-28 (139, 52.7%). The kind of stable relationship with steady partners was reported by 222 (84.1%) women. Prevalled secondary education in 124 (47%) women, who lived with an average of 3.9 persons per family (SD = ± 1.50) and an average income of 2.4 minimum wages (SD = ± 0.85). The participants, in general, presented "Substantial" level of knowledge for the correct use (median = 4.00, IQ = 1.00) and side effects (median 4.00, IQ = 1.00) and "None" knowledge of complications with the use of AOC (median = 1.00, IQ = 0.00).

Keywords: Combined oral contraceptives. Knowledge. Women's Health. Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Critérios médicos de elegibilidade para uso de AOC de baixa dose.	28
Quadro 2- Identificação e ano de publicação dos artigos selecionados para revisão de literatura. Medline/Pubmed, jun., 2010.....	32
Quadro 3- Identificação e ano de publicação dos artigos selecionados para revisão de literatura. Medline/Pubmed,Cinahl, jun., 2010.....	38
Quadro 4- Distribuição do número de CSF por SER.....	56

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição do número de usuárias de AOC de baixa dose conforme presença dos principais riscos reprodutivos. Sistema de Saúde de Fortaleza-CE, mar.jul.2010.....63

Gráfico 2 - Distribuição do número de usuárias de AOC por categorias da OMS, segundo as modalidades de condições clínicas. Sistema de Saúde de Fortaleza-CE. Mar.-Jul., 2010.....73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição do número de usuárias de AOC de baixa dose conforme suas condições demográficas e socioeconômicas. Sistema de Saúde de Fortaleza-CE, mar.- jul, 2010.....62

Tabela 2- Distribuição do número de usuárias de AOC de baixa dose segundo indicação, tempo de uso e falhas. Sistema de Saúde de Fortaleza-CE. Mar.-Jul., 2010.....64

Tabela 3- Distribuição do número de usuárias de AOC segundo nível de conhecimento sobre uso correto, efeitos colaterais e complicações do método. Sistema de Saúde de Fortaleza-CE. Mar.- Jul., 2010.....65

Tabela 4- Distribuição do número de usuárias de AOC conforme os critérios médicos de elegibilidade para uso seguro. Sistema de Saúde de Fortaleza-CE. Mar.-Jul., 2010.....71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE - Anticoncepcional Oral de Emergência
AHO - Anticoncepcional Hormonal Oral
AOC - Anticoncepcional Oral Combinado
AP - Anticoncepcional só de Progestágeno
AVC - Acidente Vascular Cerebral
BEMFAM - Sociedade civil bem-estar familiar
CSF - Centros de Saúde da Família
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CERES - Célula Regional de Saúde
CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CO - Contraceptivos Orais PNDS- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
DCC - Doença Cística Crônica
DIU - Dispositivo Intra Uterino
DMPA - Acetato de Medroxiprogesterona
FA – Fibroadenoma
FNH - Hiperplasia Nodular Focal
HDL - High Density Lipoprotein
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV - Papiloma Vírus Humano
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
IMC - Índice de Massa Corpórea
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
LDL - Low-Density Lipoprotein
MAC - Método Anticoncepcional
MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MIF - Mulheres em Idade Fértil
NET-EN - Noretisterona Enantato
NIC - Neoplasia Intra Cervical
OMS -Organização Mundial de Saúde
PF - Planejamento Familiar
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PNDA - Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio

PSF - Programa Saúde da Família SER - Secretaria Executiva Regional

SPSS - Statistical Package for Social Sciences for Personal Computer

SUS - Sistema Único de Saúde

TEV - Tromboembolismo Venoso

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS.....	21
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	22
3.1	Inserção da pílula no Brasil: contexto histórico e social favoráveis.....	22
3.2	CrITÉrios MéDICos de Elegibilidade Para Uso de MéTODos Anticoncepcionais e Recomendações Sobre Práticas Seleccionadas Para o Uso de Anticonceptivos – OMS.....	25
3.3	Conhecimento e segurança clínica para o uso de AOC de baixa dose por mulheres.....	29
4	METODOLOGIA.....	55
4.1	Tipo de estudo e abordagem.....	55
4.2	Local do estudo.....	56
4.3	População e amostra.....	56
4.4	Coleta de dados.....	57
4.5	Organização dos dados para a análise.....	59
4.6	Aspectos éticos.....	60
4.7	Financiamento.....	60
5	RESULTADOS.....	61
6	DISCUSSÃO.....	74
7	CONCLUSÃO.....	93
8	RECOMENDAÇÕES	95
	REFERÊNCIAS.....	97
	APÊNDICE.....	105
	ANEXO	109

1 INTRODUÇÃO

O uso de Anticoncepcional Hormonal Oral (AHO) tem alcançado índices elevados não só no Brasil, mas em todo o mundo, acompanhado de avanços em termos de variedade e de qualidade dos hormônios utilizados. Segundo Carreno *et al.* (2006) o AHO tem sido o anticoncepcional de uso mais prevalente, sobre o que Morrison *et al.* (2004) estimaram que mais de 100 milhões de mulheres em todo o mundo sejam usuárias do referido método, destacando-se o Anticoncepcional Oral Combinado (AOC) ou pílula como o mais usado.

As pílulas combinadas se subdividem em monofásicas, bifásicas ou trifásicas. Essa subclassificação diz respeito à constância de doses hormonais ao longo das cartelas de comprimidos. Os componentes mais comumente utilizados, nacionalmente, nos Anticoncepcionais Oraís Combinados (AOC), são as associações de etinilestradiol (estrogênio) com progestogênios que se diversificam em desogestrel, levonorgestrel, gestodene e noretisterona (BRASIL, 2002).

Os AOC podem ainda ter diferentes dosagens, a depender da quantidade de etinilestradiol que contiverem, sendo considerados de baixa dose quando há uma quantidade $\leq 35 \mu\text{g}$ ou 0,035 mg de etinilestradiol (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE - OMS, 2004).

Os AOC de baixa dose usualmente possuem formulação padrão de 21 dias de etinilestradiol (EE) e Levonogestrel (LNG) com sete comprimidos de placebo. Ademais, existem formulações de 24 dias de EE e Drospirenona, com quatro comprimidos de açúcar para completar o mês. Essa nova disposição de AOC não apresenta vantagens contraceptivas quando comparada com as demais formulações (ALLEN, 2009).

No Brasil, fica a cargo do Ministério da Saúde a compra e distribuição nos estados dos medicamentos anticoncepcionais entre os quais estão os AOC de baixa dose com a composição etinilestradiol 0,03 mg associado a levonorgestrel 0,15mg por comprimido, que estão contidos nas cartelas de Ciclo 21[®], Microvlar[®] e Nociclin[®], por exemplo. Tendo em vista que essa é a apresentação nacionalmente utilizada, é sobre este tipo de AHO que se deterá o estudo ora apresentado (BRASIL, 2010).

De acordo com o Relatório da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (Brasil, 2008) realizada em seis capitais brasileiras com 15.575 mulheres constatou-se que entre as mulheres unidas (82,4%), 9.989 (80,6%) estavam fazendo uso de algum Método Anticoncepcional (MAC), sendo que 29,1% estavam laqueadas, 24,7% usavam AHO, 12,2% preservativo masculino, 5,1% tinham os parceiros vasectomizados, 4% usavam injetável e 3,2% usavam métodos comportamentais. Esta distribuição dos MAC representa uma notável mudança em relação à situação revelada na PNDS de 1996, quando a prevalência de uso de métodos era de 76,7%, sendo 40,1% de esterilização feminina e 20,7% de pílula (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR - BEMFAM, 1997). Todavia, a pílula permanece como o método reversível mais utilizado no país, reforçando, pois, a necessidade do uso seguro, que afaste o máximo de riscos de complicações nas usuárias. No Ceará, o uso de AHO é algo em torno de 77,3% (MOURA, 2007).

No contexto atual, cada vez mais cedo mulheres iniciam a vida sexual, aumentando, conseqüentemente, o número de usuárias de MAC, e dentre estes os AHO. No Brasil, em pesquisa realizada em 14 capitais brasileiras com adolescentes e jovens de 10 a 24 anos verificou-se em Porto Alegre, Manaus e São Paulo as mais baixas médias de idade da iniciação sexual (15, 15,1 e 15,2 anos, respectivamente), mais baixas que em Belém e Fortaleza, que apresentaram médias de 16 e 15,8 anos, respectivamente. Quanto à utilização de MAC, o mesmo estudo revelou que 85% dos jovens haviam utilizado ou utilizavam algum MAC, variando de 94,8% a 85,2% (ABRAMOVAY; CASTRO; SILVA, 2004).

O uso de AOC de baixa dose, objeto de investigação deste estudo, consiste, pois, em hormônios sintéticos, que mimetizam ciclos menstruais sem, contudo, permitir que a ovulação ocorra, além de inibir a espermomigração e provocar espessamento do muco cervical, a dificultar a ascensão do espermatozóide até as tubas uterinas. Desse modo, a mulher pode planejar a gravidez para o período que melhor lhe convenha. Naturalmente, mediante complexo sistema de regulação hipotálamo-hipófise e ovário o organismo feminino, de forma cíclica, altera-se e prepara-se para uma possível gestação. Esta alteração que se reflete no ciclo reprodutivo feminino é mediada por fatores de liberação gonadotróficos e hormonais. Estrogênio e progesterona são os principais hormônios envolvidos no referido ciclo. O estrogênio atua no crescimento dos folículos ovarianos, altera as secreções cervicais, contribui para a motilidade do esperma nas tubas uterinas, pela diminuição

da viscosidade do muco, e promove o revestimento endometrial. Além disso, prolifera e cornifica a mucosa vaginal, produz maior conteúdo de glicogênio nas células do epitélio vaginal e aumenta a consistência do muco na cérvix (PORTH, 2004).

As ações da progesterona consistem, dentre outras, no desenvolvimento glandular do endométrio, mas pode também reduzir a secreção de muco, que em determinada fase do ciclo reprodutivo (fase lútea) é escasso, viscoso e celular (PORTH, 2004).

Apesar da larga utilização, os AOC de baixa dose possuem, como qualquer droga farmacológica, repercussões desejáveis e indesejáveis, denominadas efeitos colaterais ou reações adversas. Alterações no padrão menstrual como redução do fluxo sanguíneo; sangramento irregular, ocasional ou ausente; cefaleia; tontura; náusea; sensibilidade mamária; alterações de peso e do humor são alguns dos efeitos colaterais referidos por usuárias (BRASIL, 2002).

Complicações decorrentes da utilização dos AOC, particularmente por mulheres com contra-indicações ao uso também podem ocorrer, sobre as quais se destacam: mulheres cardiopatas em uso de AOC podem aumentar em 11,5% os níveis pressóricos, ao passo que nas mulheres saudáveis esse nível não ultrapassa a 4,5%; usuárias de AOC fumantes de 15 cigarros ou mais por dia aumentam em 21 vezes o risco de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) (Sá & Oliveira, 2002). Usuárias de AOC também estão em risco aumentado para Acidente Vascular Cerebral (AVC) (GILLUM, MAMIDIPUDI & JOHNSTON, 2000).

Assim, a elevada prevalência de uso de AOC, um fármaco que poderá acarretar efeitos colaterais e complicações, preocupa-se o consumo esteja a ocorrer de modo incorreto e inseguro pelas mulheres (fora de critérios técnicos que os indiquem), tampouco sem prescrição por um profissional habilitado. Em face da necessidade de avaliar a indicação segura do uso dos MAC, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu os “Critérios Médicos de Elegibilidade para o uso de Anticoncepcionais”, reunindo critérios para práticas selecionadas do AOC de baixa dose, as quais foram classificadas em quatro categorias. A categoria 1 reconhece que o MAC pode ser utilizado em quaisquer circunstâncias; a categoria 2 indica que de forma geral o método pode ser utilizado, mas requer acompanhamento cuidadoso por um profissional de saúde; a categoria 3 não recomenda o método, geralmente, a menos que outros métodos mais adequados não estejam disponíveis ou não sejam

aceitáveis; na categoria 4 o método não deve ser utilizado (OMS, 2004).

Os referidos critérios estão na terceira edição (primeira foi em 1994), resultante de revisão coordenada pela OMS, ocorrida em Genebra, em outubro de 2003, a contar com 36 participantes, entre representantes de agências e organizações internacionais e especialistas de 18 países. Com o fomento do Departamento de Saúde Reprodutiva da OMS, governo dos Estados Unidos da América e Fundo de População das Nações Unidas foi efetuada a revisão sistemática da literatura e análise de estudos e dados epidemiológicos acerca do uso dos MAC, culminando na publicação dos critérios já referidos (OMS, 2004).

Todavia, apesar da descrição e publicação de critérios médicos de elegibilidade para o uso dos MAC em manuais técnicos nacionais (BRASIL, 2002) e internacionais (OMS, 2004), que contemplam o uso seguro dos AOC, mulheres ainda os utilizam em condições inaceitáveis (categoria 4). A esse respeito, estudo realizado com 2.364 mulheres unidas no Estado de São Paulo, ainda na década de 90, revelou que mais de 40% das usuárias possuíam uma ou mais contra-indicação ao método, sendo as mais comuns a hipertensão arterial e a presença de varizes dolorosas e edemaciadas nos membros inferiores. Mais de um terço dessas mulheres não passaram por consulta médica prévia para obter o MAC e mais de 95% destas adquiriram a pílula em farmácias (HARDY *et al.*, 1991). Pesquisa realizada em Pelotas (RS) também mostrou que de 279 usuárias de AHO, 22,2% tinham alguma contra-indicação ao uso e entre estas estavam a idade maior que 35 anos associada ao tabagismo, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2002).

A assistência ao Planejamento Familiar (PF), no Brasil, está assegurada como um direito de todo cidadão, conforme a Lei 9.263/1996 que regula o parágrafo 7º. do artigo 226 da Constituição Federal, incluindo a garantia do acesso igualitário a informações, meios e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade (BRASIL, 2002a).

Todo cliente deve receber informações adequadas para realizar uma escolha livre e esclarecida quanto ao MAC. As informações dadas devem incluir a compreensão da eficácia relativa do método; uso correto; como o mesmo funciona; efeitos colaterais comuns; riscos e benefícios do método para a saúde; sinais e sintomas que necessitariam de um retorno ao serviço de saúde; informações quanto ao retorno à fertilidade após a interrupção do uso do método; e informações sobre

prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (OMS, 2004).

No que diz respeito ao PF, estratégias de difusão de informação são de grande importância para o alcance dos objetivos de serviços e usuários, requerendo dos profissionais de saúde atitude de empenharem-se em bem informar, para que a clientela conheça as alternativas de concepção e anticoncepção disponíveis e, assim, possa participar ativamente da definição e do alcance de suas metas reprodutivas (MOURA; SILVA, 2004).

Com isso, se estará contribuindo essencialmente para a promoção da saúde da clientela que busca esse tipo de serviço, tendo em vista que esta se efetiva também mediante o fornecimento de condições que tornem as pessoas capazes de melhorar sua saúde e exercer controle sobre ela; a saúde neste contexto é concebida como a possibilidade de o indivíduo aproveitar a vida de forma positiva utilizando-se de recursos pessoais e sociais, galgando passos para autonomia na consecução de sua saúde (Silva, 2009). Reconhece-se, pois, a informação como ferramenta para uma prática consciente, saudável e efetiva da clientela em PF e como meio para promoção da saúde (MOURA; SILVA, 2004).

Diante disso, o profissional da saúde, com destaque para o enfermeiro, que ativamente assiste mulheres para concepção e contracepção, deve informar o cliente que procura PF no sentido de proporcionar aos clientes a apreciação dos MAC e de suas principais características; seu emprego eficaz de modo a reconhecer que o método pode provocar alterações físicas saudáveis ou não saudáveis e interferir em atividades cotidianas, inclusive na sexualidade do casal; e desenvolver no cliente uma expectativa apropriada a respeito do que o serviço de saúde oferece e garante (MOURA; SILVA, 2004).

Apesar desta recomendação, muitas mulheres realizam suas escolhas contraceptivas, sozinhas, seguindo opiniões de amigas, por imposições do parceiro ou conforme as opções disponibilizadas nas unidades de saúde. Outras selecionam o AOC pelos rótulos ou embalagens, elegem os de menor preço, muitas vezes sem prescrição médica (MOREIRA & ARAÚJO, 2004).

Em inquérito realizado em 5.507 municípios com base no censo do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), realizado com secretários municipais de saúde, entre novembro de 2003 e março de 2004, verificou-se que instruções referentes ao conhecimento do corpo, à sexualidade e aos MAC não ocorrem com tanta frequência em municípios menores: 98,3% dos 515 municípios com mais de

50.000 habitantes realizam a educação em saúde com esse objetivo, enquanto 12,4% (3.974) dos municípios com até 20.000 habitantes não o fazem (COSTA, GUILHEM & SILVER, 2006).

Estudo realizado no Rio Grande do Sul, em 2007, com 21 gestantes e que tinha por objetivo investigar as falhas do PF, verificou-se que apesar de o município de residência destas disponibilizarem preservativos masculinos e femininos, AHO, injetável, Dispositivo Intra Uterino (DIU), e laqueadura tubária, a gestação não planejada ocorreu em 71,42% das gestantes decorrente do uso incorreto do método e, em 28,57%, devido a não utilização deste (CEOLIN, CASARIN & HECK, 2008).

Considerando que a meta da atenção ao PF é a promoção do uso seguro de MAC, o que implica no uso correto do AOC sob o controle das usuárias e conforme indicação e acompanhamento profissional, estudo voltado ao perfil de uso do AOC de baixa dose e fatores associados torna-se relevante, uma vez que corresponde ao método mais prevalente no país.

Nesse contexto, foram elaboradas as seguintes questões: permanecem lacunas no conhecimento de mulheres com relação ao uso correto do AOC de baixa dose? Estas conhecem seus efeitos colaterais e complicações que poderão desencadear na saúde? O uso deste método estaria a ocorrer de forma segura, ou seja, em conformidade com os critérios médicos de elegibilidade da OMS? Para responder a estas indagações foram elaborados os objetivos de pesquisa que se apresentam a seguir.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar o perfil de uso de AOC de baixa dose e fatores associados.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer as condições demográficas e socioeconômicas de usuárias de AOC e principais riscos reprodutivos presentes no grupo.
- Avaliar o conhecimento de usuárias de AOC de baixa dose com relação ao uso correto, efeitos colaterais e complicações.
- Verificar a associação entre conhecimento sobre uso correto, efeitos colaterais e complicações ao uso do AOC com Centros de Saúde da Família (CSF) pesquisados; com idade, escolaridade, número de pessoas na família, renda familiar mensal e tempo de uso do AOC; e com os tipos de conhecimento entre si.
- Investigar o uso seguro de AOC com base nos critérios médicos de elegibilidade da OMS.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Inserção da pílula no Brasil: contexto histórico e social favoráveis

Desde os primórdios da humanidade até os dias atuais, a atuação feminina vem conquistando espaço e gerando repercussões “em a” e “para a” sociedade. Após séculos de lutas por reconhecimento enquanto “Ser” com anseios, sentimentos e necessidades, a mulher não é mais unicamente associada ao serviço doméstico e procriação.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, veio instigar reflexão acerca dos direitos da mulher, e sobre uma série de situações que, ao longo de todo o século XX, foram sendo trabalhadas de forma surpreendente, destacando a igualdade entre os gêneros. Posteriormente, buscou-se a indissociabilidade dos direitos sexuais e reprodutivos aos direitos humanos da mulher.

Ademais, as Conferências e eventos Internacionais sobre Promoção da Saúde tais como Ottawa, Adelaide, Sundsvall, Jakarta, México e Bogotá, contribuíram para que os programas direcionados a saúde da mulher fossem aperfeiçoados (FREITAS *et al.*, 2009).

Nas primeiras décadas do século XX, principalmente na Europa e nos Estados Unidos, ocorria o controle da natalidade inspirados em movimentos feministas, na teoria de Malthus e na concepção eugenista.

No Brasil, na década de 80, a saúde, educação e habitação entram em crise e movimentos sociais se efetivam para reverter o quadro. Assim, a situação nacional nas décadas de 60 a 90, se caracterizou pela inserção de políticas de controle de natalidade, que foi gradualmente sendo concedido como um direito social e legalmente estabelecido. O Brasil, que até a década de 70, era um país pró-natalista vê-se influenciado por organizações internacionais a instituir uma política demográfica (COELHO, 2000).

Passaram a atuar no país sociedades civis internacionais, dentre elas a *International Planning Parenthood Federation* (IPPF), o que ocorreu na década de 60. Em 1962, introduz-se no Brasil a primeira pílula anticoncepcional - Enovid, já

comercializada nos Estados Unidos e aprovada pela *Food and Drug Administration* (FDA).

Na mesma década, em 1965 a IPPF financiou no país a Sociedade Civil do Bem Estar Familiar (BEMFAM), expandindo a oferta da pílula, que já havia se iniciado no Haiti e Porto Rico. Além disso, havia preocupação com a expansão da população pobre, e também com a ameaça que esta pobreza poderia trazer para o planeta como um todo (CAMPOS, 2007).

A rapidez com que as pílulas receberam adesão por parte das mulheres refletiu sobre uma preocupação silenciosa que permeava mulheres desejosas por restringir sua prole. Em 1967, a revista *Realidade*, (nº 1042) enfocou “A mulher brasileira, hoje”, descrevendo que 87% das mulheres consideravam importante evitar filhos, 46% adotavam alguma forma de contracepção e 19% delas já utilizavam pílula (PEDRO, 2003.).

Essa necessidade de regulação da fecundidade, com o uso intensivo das pílulas, dentre outros fatores, adveio de modificações ocorridas na estrutura ocupacional brasileira, em que as características principais se voltaram para a inserção da mulher na força de trabalho, quer seja para o auxílio na renda doméstica, quer seja pelas transformações no papel social da mulher, fato confirmado com a taxa de participação feminina, que passou de 31% em 1981 para 35% em 1989, e só aumentou a partir de então (BEMFAM, 1997). Em pouco mais de 40 anos, a taxa de fecundidade brasileira passou de 6,2 filhos por mulher, até 1960, para 2 filhos por mulher, em 2006. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

No Brasil, apesar dessa conjuntura favorável a maior participação da mulher na sociedade, o período compreendido entre as décadas de 30 a 70 foi caracterizado por uma maior priorização a aspectos do ciclo gravídico - puerperal. Somente na década de 80, como já foi dito, é que a integralidade da assistência foi sendo incorporada.

Desse modo, percebeu-se uma evolução nas ações direcionadas a sua saúde: na década de 70 instituiu-se o Programa de Saúde Materno-infantil, com enfoque mais direcionado para a redução da morbimortalidade materno-infantil; em 1983 criava-se o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), que se voltou para possibilitar o acesso da população aos meios de contracepção.

As atividades de informação em saúde reprodutiva tiveram amplo desenvolvimento na etapa inicial de implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)/1985, quando o Ministério da Saúde (MS) promoveu treinamentos para profissionais de serviços sobre este enfoque, distribuiu materiais educativos – fitas de vídeo, álbuns seriados, cartilhas, folhetos e outros –, para estimular o desenvolvimento de atividades informativas inovadoras, participativas, ilustrativas e mais atrativas (MOURA; SILVA, 2004, p.1024).

Em 1996, o Governo Federal estabelece a lei 9.263 contida na Constituição Federal, e publica o direito de planejamento familiar a todo e qualquer cidadão, democratizando o acesso aos métodos anticoncepcionais (MAC) (BRASIL, 2002).

O planejamento familiar, em conformidade com a referida lei, se define como o repertório de ações de controle da fecundidade que assegurem direitos igualitários para a escolha pela prole ou pelo seu adiamento, sendo essa escolha vinda da mulher, homem ou casal.

Tendo sido o PF assegurado como um direito legal da mulher, esta deve ter garantido o livre acesso a todos os meios contraceptivos disponíveis, bem como o total esclarecimento quanto a suas características, a fim de realizar uma escolha consciente, que melhor reflita sua realidade.

Nesta perspectiva, o profissional da saúde se insere como um suporte técnico e profissional fundamental, e dentro da programação básica de saúde ele deve realizar atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas (BRASIL, 2002).

Para atender de maneira ótima aos seus usuários os profissionais e em especial o enfermeiro, que atende a uma grande demanda em planejamento familiar, não pode dissociar o saber teórico do prático; a aquisição e atualização de conhecimentos corroboram para um atendimento integral e qualificado, assim sendo, é mister que todo bom profissional conheça o que se tem produzido cientificamente sobre seu tema de interesse, e posteriormente também seja produtor de conhecimento com base em sua vivência e intervenções práticas.

3.2 Critérios Médicos de Elegibilidade Para Uso de Métodos Anticoncepcionais e Recomendações Sobre Práticas Seleccionadas Para o Uso de Anticonceptivos - OMS.

Os Anticoncepcionais Hormonais Orais (AHO) foram introduzidos logo após a década de 50, e seu uso alterou comportamentos sociais ligados a sexualidade, desvinculando o ato sexual da reprodução. Estes são os MAC reversíveis mais aceitos, de elevada eficácia e de fácil uso (MIDDELDORP, 2005). Foram sendo consumidos por mulheres em todo o mundo a partir da década de 60, ultrapassando 70 milhões de usuárias.

Inicialmente, suas altas dosagens hormonais provocaram inúmeras queixas. Quando a pílula começou a ser industrializada, o etinilestradiol era utilizado na dose de 50µg ou mais por pílula, o que repercutiu em frequentes episódios tromboembólicos. Em 1970, foram coibidas todas as formulações que tivessem mais de 50µg, o que fez decair de forma considerável a ocorrência de maiores agravos. Atualmente, existem formulações com 35 µg e começam a ser utilizadas pílulas com 15µg. O outro componente da pílula, progestogênio, em boa parte deriva da 19-nor testosterone. Foram lançados também progestogênios de terceira geração como o gestodene, o desogestrel e o norgestimato com pouco efeito androgênico (SÁ; OLIVEIRA, 2002).

Quanto à eficácia do método, o risco de gravidez é maior quando uma mulher faz uso da cartela com três ou mais dias de atraso ou não toma três ou mais pílulas perto do início ou fim de uma cartela. Contudo, quando não há erros de uso das pílulas, ocorre menos de uma gravidez em 100 mulheres que utilizam AOC no primeiro ano (OMS, 2007).

Assim, há duas vertentes que devem ser consideradas quando se fala da utilização de AOC como método contraceptivo: seus efeitos e prática de uso, visto serem estes aspectos que, se desconsiderados podem repercutir em riscos à saúde e/ou gravidez indesejada.

Considerando essa assertiva, organizações nacionais e internacionais oferecem diversas publicações, atualizando evidências e recomendações científicas que respaldem uma prática baseada em evidências capaz de assegurar o uso seguro dos AHO, com atenção especial para os AOC; e é sobre estes documentos,

publicados pela OMS que se almeja doravante explicar.

Muitos estudos têm sido desenvolvidos a fim de elucidar os benefícios, os efeitos colaterais, e as complicações sistêmicas advindas do uso de AOC. Além da supressão da ovulação e inibição da espermomigração e outras alterações restritas ao trato reprodutivo feminino, os AOC de baixa dose provocam alterações nos padrões menstruais (diminuindo ou tornando o sangramento irregular), neurológicos (alteração de humor, irritabilidade, tontura e cefaleia), gastrointestinais (epigastria, náusea e vômito) e sistêmicos (mastalgia e alteração de peso) (OMS, 2007). As tomadas fora do horário habitual ou o esquecimento por mais de 24 horas podem se relacionar também com efeitos adversos.

Usuárias correntes de AOC podem estar mais expostas a algumas complicações, a saber: aumento nos níveis pressóricos, Acidente Vascular Cerebral (AVC), infarto miocárdico e tromboembolismo venoso, que associados a alguns fatores de risco podem contra indicar o uso (OMS, 2007). A esse respeito, estudo mais atual corrobora ao afirmar que o uso de AOC pode aumentar o risco de infarto miocárdico, derrame, hipertensão e desordens glicometabólicas, porém estes riscos não são modificados quando o etinilestradiol é administrado parentalmente, ou pelo uso de novos progestogênios não derivados da 19-nortestosterona (AMY; TRIPATHI, 2009).

Doses de estrogênio e tipo de progestogênio relacionam-se com aumento relativo de 2.1 para 4.4 vezes no risco de Trombose Venosa Profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (AMY; TRIPATHI, 2009). O risco de AVC isquêmico é aumentado em usuárias correntes de AOC, apesar das novas preparações com baixos níveis estrogênicos (GILLUM *et al.*, 2000).

Desse modo, a OMS estabeleceu os “Critérios Médicos de Elegibilidade para o uso de Anticoncepcionais”, abrangendo critérios para práticas selecionadas do AOC de baixa dose, os quais estão agrupados em quatro categorias que consideram e afetam a indicação do uso de AOC de baixa dose quando presentes situações e /ou morbidades como: aleitamento materno, tabagismo associado com idade igual ou superior a 35 anos, hepatopatias, hipertensão arterial, diabetes, doença da vesícula biliar, Acidente Vascular Encefálico (AVE), Trombose Venosa Profunda (TVP), infarto, neoplasia maligna da mama, uso de anticonvulsivantes (Barbitúricos, Primidona, Carbamazepina), antibióticos (Rifampicina, Griseofulvina) e antiretrovirais (Efavirenz, Nevirapina, Nelfinavir, Ritonavir) (OMS, 2007).

O documento descreve recomendações para definir critérios médicos de elegibilidade com base nos últimos dados clínicos e epidemiológicos, e se direciona a gestores de políticas públicas, a gerentes de programas de planejamento familiar e à comunidade científica. Tem como meta favorecer o direcionamento de programas de planejamento familiar e saúde reprodutiva e construção de diretrizes para a prestação de serviços em anticoncepção (OMS, 2004).

Conforme dito, a OMS propõe quatro categorias, que definem a aceitabilidade para o uso de AOC. A categoria 1, proposta pela OMS, reconhece que o método pode ser utilizado em quaisquer circunstâncias; a categoria 2 indica que de forma geral o método pode ser utilizado, mas requer um acompanhamento cuidadoso. A disponibilização de um método a uma mulher com uma condição classificada pela categoria 3 exige um cuidadoso juízo clínico e acesso a serviços clínicos para um cuidadoso acompanhamento; para tal mulher, a gravidade da condição e a disponibilidade, viabilidade e aceitabilidade de métodos alternativos devem ser consideradas. Para um método/condição classificada como categoria 3, o uso desse método não é geralmente recomendado a menos que outros métodos mais apropriados não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis. Na categoria 4 o método não deve ser utilizado (OMS, 2004). Diante da publicação desses critérios, que visam assegurar indicação segura do AOC de baixa dose, almeja-se que as instituições e serviços de saúde optem pelos meios mais adequados para a triagem das condições clínicas das usuárias, em conformidade com sua importância em termos de saúde pública. O histórico de saúde deverá ser considerado e abordado (OMS, 2004).

O Quadro 1. apresenta as referidas categorias de acordo com as condições das usuárias. Todavia, apenas parte das condições foram abordadas, ou seja, foram apresentadas aquelas passíveis de serem avaliadas na coleta de dados do presente estudo.

Quadro 1. Critérios médicos de elegibilidade para uso de AOC de baixa dose.

Condições	Categorias	
Idade > 40 anos	2	
Amamentação < 6 semanas pós-parto	4	
Amamentação > 6 semanas a 6 meses pós-parto	3	
Amamentação > 6 meses pós-parto	2	
Pós-parto em mulheres que não amamentam < 21 dias	3	
Tabagismo em idade < 35 anos	2	
Tabagismo em Idade > 35 anos <15 cigarros/dia	3	
Tabagismo em Idade > 35 anos >15 cigarros/dia	4	
Obesidade Índice de massa corporal (IMC) > 30kg/m ²	2	
Múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular arterial.	3/4	
Pressão arterial Sistólica 140-159 ou Diastólica 90-99	3	
Pressão arterial Sistólica >160 ou Diastólica >100	4	
Doença vascular	4	
Tromboflebite superficial	2	
Antecedente pessoal de TVP	4	
Antecedente familiar de TVP (parentes de primeiro grau)	2	
Doença cardíaca isquêmica atual ou pregressa	4	
AVC (Antecedente de Acidente Vascular Cerebral)	4	
Doença cardíaca valvular complicada	4	
Cefaleia sem enxaqueca (leve ou intensa)	I*	C**
	--	2
Cefaleia com enxaqueca sem aura, idade < 35 anos	2	3
Cefaleia com enxaqueca sem aura, idade > 35 anos	3	4
Cefaleia com aura, de qualquer idade	4	4
Sangramento vaginal inexplicável	2	
Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC)	2	
Cancer de colo uterino	2	
Massa mamária não diagnosticada	2	
Câncer de mama atual	4	
Passado de câncer de mama ou ausência da doença por 5 anos	3	
Aids em terapia com ARV	2	
Diabetes com nefropatia, retinopatia, neuropatia e doença por mais de 20 anos	3/4	
Doença de vesícula biliar ou toma medicação para esta doença	3	
Cirrose, infecção ou tumor no fígado	3/4	
Anemia falciforme	2	
Uso de rifampicina ou anticonvulsivantes	3	
Uso de Griseofulvina	2	

*Início de uso do método; **Continuação no uso do método. Fonte: OMS, 2004 (Adaptado para este estudo).

Como pode ser observado no Quadro 1, há condições clínicas que podem ser categoria 3 ou 4 (3/4), como os múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular arterial, bem como condições em que se considera a pretensão para início ou continuidade de uso do AOC. Isso é visto na presença da cefaleia e sintomatologia associada (enxaqueca, aura). Quando uma mulher apresenta variados fatores de

risco, que individualmente acrescentem o risco de doença cardiovascular, o uso de AOC poderá somar o risco que passa para o nível inaceitável (categoria 4).

Quanto à cefaleia, com ou sem enxaqueca, a preocupação advém do risco aumentado para AVC, que também se acresce com a idade, hipertensão e tabagismo. A enxaqueca com aura representa maior risco. As auras de enxaqueca são perturbações do sistema nervoso que afetam visão, tato e fala e se desenvolvem, em geral, antes de iniciar a cefaleia (OMS, 2007).

Assim, cabe ao profissional que lida com anticoncepção julgar clinicamente qual conduta tomar diante de circunstâncias como essas, avaliando o risco-benefício, a história ginecológica anterior, a disponibilidade dos demais métodos e o contexto sociocultural da usuária, para então contra-indicar ou não o AOC em seu início ou continuidade do uso.

A OMS, em 2004, após um semestre do evento que culminou com a publicação dos “Critérios Médicos de Elegibilidade para o Uso dos Métodos Anticoncepcionais” convocou mais um grupo de trabalho, mais uma reunião científica, que congregou 29 participantes de 15 países para descreverem as atualizações sobre práticas selecionadas para o uso de anticoncepcionais. Tendo uma vez estabelecido quem poderia se utilizar desses métodos, foram publicadas orientações práticas acerca do uso de forma segura e eficaz, em documento intitulado “Recomendações sobre práticas selecionadas para o uso de contraceptivos” (OMS, 2005).

3.3 Conhecimento e segurança clínica para o uso de AOC de baixa dose por mulheres.

A fim de respaldar os achados deste estudo consoante literatura internacional vigente, optou-se por uma busca que considerou aspectos da Revisão Integrativa em pesquisa. Este método, que agrega achados científicos publicados nas mais diversas fontes de publicações, se caracteriza por sua magnitude na busca, pela utilização de critérios rigorosos e sistemáticos de escolha, síntese e análise de estudos, tendo em vista a tomada de decisões e conclusões gerais, embasadas cientificamente.

Para sua elaboração se faz necessária a construção inicial de protocolo, discriminando os passos ou etapas a serem seguidos até a consecução de seu objetivo primordial: agregar e compilar estudos elaborados sobre um determinado assunto, possibilitando uma conclusão, a partir da análise de seus resultados (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Na fase de extração dos dados dos artigos a serem lidos, se faz importante a utilização de instrumento, a fim de padronizar o tipo de informação extraída de cada pesquisa lida. Para tanto, nesta revisão, optou-se pelo embasamento oferecido por Ursi (2005), em que aspectos foram considerados, adaptados e utilizados para consecução da presente revisão. Para tal, seguiram-se os passos de identificação de temática, foram descritas questões norteadoras e realizada busca na literatura internacional, logo após, apresentou-se síntese dos artigos selecionados.

Elencaram-se como questões norteadoras, nesta revisão, as seguintes: Quais ênfases do conhecimento acerca do uso de AOC são dadas na literatura internacional vigente? Quais repercussões sanitárias que o uso de AOC de baixa dose pode trazer às suas usuárias?

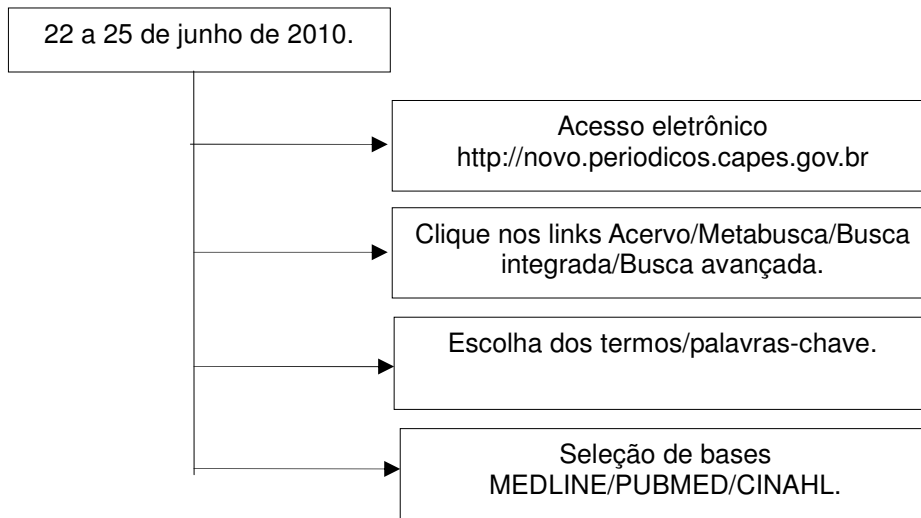
Logo, como objetivo da presente revisão teve-se o de buscar estudos que abordem o perfil de uso de AOC de baixa dose. No intento de responder a tais indagações e contemplar o objetivo proposto, procedeu-se uma busca entre os dias 22 e 25 de junho de 2010 no acervo do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

O Portal de Periódicos da Capes é uma biblioteca virtual que reúne e oferece a instituições de ensino e pesquisa no Brasil o mister da produção científica mundial, este conta com um acervo de cerca de 15 mil títulos com texto completo, 126 bases referenciais, seis bases dedicadas exclusivamente a patentes, além de livros, enciclopédias e obras de referência, normas técnicas, estatísticas e conteúdo audiovisual. Possuem acesso livre e gratuito ao conteúdo do Portal de Periódicos professores, pesquisadores, alunos e funcionários vinculados às instituições participantes. O Portal é acessado por meio de terminais ligados a internet e localizados nas instituições ou por elas autorizados (BRASIL, 2010).

A seguir, descreve-se a trajetória de busca dos artigos no referido portal:

- Questão norteadora 1: Quais ênfases do conhecimento acerca do uso de AOC são dadas na literatura internacional vigente?
- Questão norteadora 2: Quais são as repercussões sanitárias que o uso de AOC

de baixa dose pode trazer às suas usuárias?



Para a questão norteadora 1, procedeu-se à seguinte estratégia de busca: na página inicial dos periódicos CAPES clicou-se no link “Acervo”, seguindo para “Metabusca” e “Busca integrada”. Na página de acesso pode-se optar por busca simplificada ou avançada. Elegeu-se “Busca avançada”, com a inserção dos termos *Oral contraception e Combined oral contraception*. Após isso, refinou-se a busca acrescentando o termo *knowledge*. Para tanto, todos os campos foram considerados e utilizou-se o booleano “E” entre os descritores. Na opção “Selecionar bases para busca” optou-se pela localização por área de conhecimento “Ciências da saúde” e subárea “Enfermagem”. Para o levantamento de artigos foram utilizadas as bases de dados: CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) e MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), por saber da magnitude dos periódicos de relevância nelas indexados.

Foram considerados elegíveis os artigos publicados em inglês ou espanhol, e que estivessem disponíveis na íntegra no período compreendido entre 2007- 2010; que retratassem as temáticas de interesse. Dessa forma, previamente, foram obtidos 180 artigos e/ou resumos na MEDLINE e 13 na CINAHL. Foram excluídos, contudo, os artigos que não estavam disponíveis na íntegra via portal periódicos CAPES e que não respondiam aos critérios de inclusão, assim, nos dias do acesso (22 a 25 de junho de 2010), após essa consideração, restaram 4 artigos, ilustrados no quadro que se segue (Quadro1).

Entre os dias 22 a 25 de junho nenhum dos artigos da base CINAHL estava

disponível via portal periódicos CAPES. Destarte, para a primeira questão norteadora, somente foram analisados artigos da MEDLINE/PUBMED.

Quadro 2. Identificação e ano de publicação dos artigos selecionados para revisão de literatura. Medline/Pubmed, jun., 2010.

Título	Ano
1. Perceived competence and contraceptive use during adolescence.	2010
2. Limits to modern contraceptive use among young women in developing countries: a systematic review of qualitative research.	2009
3. Spanish women's attitudes towards menstruation and use of a continuous, daily use hormonal combined contraceptive regimen.	2008
4. Misconceptions about oral contraception pills among adolescents and physicians.	2007

Na base de dados MEDLINE/PUBMED, nos dias elencados para busca de artigos, no ano de 2010, foi selecionado para leitura um artigo com o título traduzido para “Percepção de competência e uso de contraceptivos na adolescência”. Neste estudo Hillman, Negriff e Dorn (2010), nos Estados Unidos, examinaram associações entre o uso de anticoncepcionais e a percepção de competência, relatadas por adolescentes quanto à atividade e vivência na sociedade, assim como verificaram associação entre o uso de contraceptivos e a violação de regras socialmente estabelecidas. Participaram do estudo 209 mulheres com idade entre 11 e 17 anos, cujos critérios de inclusão adotados foram: ser participante de estudo longitudinal sobre tabagismo, humor e seus efeitos sobre os ossos e a saúde reprodutiva em meninas adolescentes.

Foram excluídas as meninas que: apresentassem gravidez ou amamentação dentro de seis meses, amenorreia, índice de massa corporal baixo, medicação ou transtorno médico que influenciasse a saúde óssea, deficiência psicológica prejudicando compreensão ou o cumprimento das atividades.

Não foram realizadas intervenções, houve aplicação de um questionário para as adolescentes e parentes (pai, mães ou responsável legal). Após a obtenção dos dados, estes foram tratados e ajustados. Escores T, consistência interna, confiabilidade, análise multivariada e teste posHoc foram feitos para relacionar estatisticamente os dados.

Em sua discussão Hillman, Negriff e Dorn (2010) consideraram que o uso do contraceptivo hormonal tem sido influenciado por complexos fatores fisiológicos, sociais e culturais; temperamento e característica destes para escolha.

Houve entre as adolescentes diferentes conceitos, percepção de eficácia e benefícios de cada método hormonal. As adolescentes reconheceram sua necessidade por métodos contraceptivos.

Foi um estudo de corte transversal e não houve randomização das adolescentes nas diferentes categorias, o que não tornou possível estabelecer causa-efeito na competência ou comportamentos das adolescentes. Estas e seus parentes se mostraram conscientes da influência das variáveis acima referidas quando se discute opiniões de contracepção hormonal.

A importância e o olhar foram dados para aspectos da atividade desempenhada pelas jovens e percepções acerca do meio social em que vivem. Foi considerada também a violação de leis comportamentais, ou seja, a adolescência como período de transição, de novas escolhas, de reivindicação por autonomia, de quebra de paradigmas sociais. Alguns enfrentam essa fase de forma mais branda, tranquila. Outros, contudo, vivem intensamente tudo; o permitido e o socialmente proibido.

Não ficou clara a justificativa e relevância do estudo. Considerou-se difícil o enquadramento deste estudo em algum nível de evidência. Contudo, pelo tratamento dos dados oferecidos este foi classificado como observação de resultados terapêuticos enquadrando-se por isso no nível 2C de evidência (PHILLIPS *et al.*, 2010).

Williamson *et al.* (2009) em seu artigo “Limites ao uso moderno de contraceptivos entre as mulheres jovens de países em desenvolvimento: uma revisão sistemática da pesquisa qualitativa” realizaram uma revisão sistemática de pesquisas qualitativas que abordassem a visão de mulheres jovens sobre suas escolhas contraceptivas.

Realizou-se pesquisa da literatura em 23 bases de dados, incluindo Medline e Embase. Os estudos foram avaliados criticamente. Utilizou-se para tratamento dos dados critérios de avaliação de qualidade desenvolvidos por autores especialistas. A meta-etnografia foi empregada para a síntese dos dados.

Para serem selecionados para leitura, os artigos dessa revisão deveriam se enquadrar nos seguintes requisitos: publicação entre 1970 e 2006, com sujeitos em faixa etária de 11 a 24 anos e do sexo feminino; incluídos em pesquisa qualitativa em que os resultados abordassem captação, utilização, escolha ou a suspensão de anticoncepcionais. Foram excluídos os estudos focados exclusivamente na gravidez,

abstinência sexual ou comportamento sexual, e os com publicação em idioma que não o inglês. Os estudos selecionados tiveram como sede de estudo os países (Mali, Tanzânia, África do Sul e Vietnã).

Como limitação foi posto que a revisão ficou restrita a cinco países e embora estes possam ter apresentado alguma semelhança de resultados, isto não indica que são homogêneos. Além disso, a restrição dos artigos para somente o idioma inglês pode ter excluído pesquisas importantes, conforme os autores. Segundo os mesmos, os critérios de exclusão também podem ter provocado isso.

Como resultados, os mais categóricos foram: o uso dos contraceptivos pretendidos pelas mulheres é dificultado por fatores que se centram na falta de conhecimento e obstáculos ao acesso do método, além de preocupação com efeitos colaterais e à percepção de uma possível infertilidade advinda do uso prolongado de AHO.

Foi visto também que a possibilidade de preconceito social à relação sexual antes do casamento, principalmente em jovens que não estão na escola limita o conhecimento e o acesso aos serviços de saúde.

Outro aspecto interessante encontrado no estudo de Williamson *et al.* (2009) foi o de que os métodos tradicionais são defendidos e bem vistos, uma vez que “não causam infertilidade após a interrupção do uso”.

Nesses países manter a fertilidade é tão importante quanto prevenir gravidez e apesar de parecer paradoxal, esse fato é entendido quando os autores se respaldam em outras pesquisas para afirmar que conceber gera respeito para com a jovem dentro de seu lar, protege-a de um divórcio e pode fornecer apoio econômico no futuro.

Vê-se que essa é uma visão obsoleta para boa parte dos países, tanto os desenvolvidos quanto os em desenvolvimento, uma vez que o desejo de diminuição da prole e prevenção de gravidez aumentam com o passar dos anos; com a ampliação quanti e qualitativa dos MAC, emancipação feminina e aumento das relações sexuais precoces e/ou extraconjugais.

Em conclusão, o crescente uso de método contraceptivo moderno exige intervenções que se respaldem em um contexto multifacetado, cujas informações sejam voltadas para habilidade de vida, suporte e acesso à comunidade. Deve se apreender percepções errôneas desmistificá-las, incentivar a dupla proteção para prevenção de IST.

No artigo 3, Borrego e Calvo (2008) intentaram mediante a realização de pesquisa explorar a atitude de mulheres espanholas em relação a menstruação bem como a aceitabilidade do regime diário contínuo de contraceptivos orais combinados. Em estudo do tipo inquérito nacional realizado na Espanha, em 2006, 588 mulheres com idade entre 18 e 45 anos responderam a um questionário que incluiu perguntas sobre menstruação e aceitabilidade de novos regimes contraceptivos. Os dados foram registrados em um banco de dados e analisados de forma descritiva e quantitativa.

O interesse dos autores em explorar essa temática partiu de estudo prévio acerca das disfunções menstruais que podem estar presentes nas usuárias de anticoncepcionais. Entre estas foram apontadas dismenorreia, menstruação dolorosa e com grande fluxo, além das repercussões emocionais advindas das flutuações hormonais. E tendo sido percebida essa realidade em países europeus e norte americanos, regimes contínuos de tomada de AOC tem sido estudados nestes países e também no Brasil. Destarte, os autores pretenderam investigar esta realidade na Espanha, local onde se desenvolveu essa pesquisa.

De um total de 1387 números telefônicos foram selecionados aleatoriamente em toda a Espanha, 588 mulheres que aceitaram responder questões sobre a menstruação, amenorreia, satisfação com o MAC em uso e sobre uma hipotética aceitação para um novo regime diário e contínuo de tomada de AOC.

Os AOC foram utilizados por 27% delas; 25% não utilizava qualquer método. Considerando as variáveis de interesse exploradas, obteve-se que: 35% das mulheres viram a menstruação como algo fisiológico. Contudo, 51,1% apontou a existência de sintomas relacionados a esta, tais como perturbação de humor, mal estar geral, dor abdominal e lombar; foi visto que a satisfação para com o uso do MAC foi considerada alta (92% para usuárias).

Para cerca de 90% das mulheres não havia sido dada a opção para suprimir a menstruação. Quando se investigou uma possível adesão ao regime de uso de AOC contínuo, mas com baixas doses de combinação hormonal, 24,5% do total da amostra manifestou interesse pelo uso. Esse percentual foi maior entre as mais jovens. Entre as que não utilizavam qualquer método, 46,6% estava disposta a usá-lo no futuro. Quando perguntado quanto ao tempo que as mesmas estariam interessadas em suprimir a menstruação, as respostas mais frequentes foram entre um mês e um ano (28,7%) e por mais de 12 meses (23%).

Dentre os motivos mais frequentemente relatados para as mulheres preferirem uma modificação em seu padrão menstrual com o uso contínuo de pílulas foram as queixas relacionadas ao ciclo menstrual.

Nesse levantamento, para apenas 10% das mulheres tinha sido oferecido prescrição de AOC, a fim de suprimir, em certa medida, os períodos menstruais. Esse fato, segundo os autores, reflete a incompreensão de mulheres espanholas sobre a fisiologia da menstruação, e sua falta de conhecimento sobre a disponibilidade e segurança de novos regimes de contraceptivos hormonais. Assim, desconhecendo esta forma de uso, não podem requerê-lo. Logo, informações nesse sentido oferecidas por profissionais quanto às possibilidades de supressão menstrual poderia subsidiar as mulheres em sua tomada de decisão.

Como limitação do estudo, os autores apresentaram que o tamanho da amostra não teve o poder para detectar diferenças de acordo com especificidades socioculturais e religiosas. Portanto, os dados não podem por completo refletir a opinião de subgrupos de mulheres espanholas. Outra limitação posta foi o grande número de recusas para participação na pesquisa. Os autores concluíram que novos resultados podem ser obtidos para diferentes subpopulações de espanholas.

O artigo 4 de Hamani *et al.* (2007) “Equívocos sobre as pílulas anticoncepcionais orais entre adolescentes e médicos” tem como objetivo comparar o conhecimento sobre o AOC em adolescentes usuários e não usuários. A justificativa para realização deste estudo foi o acesso limitado à contracepção e à má adesão aos MAC responsáveis por gravidez não planejada na adolescência.

Em estudo transversal realizado em clínicas médicas israelenses situadas em comunidades com bom poder aquisitivo, participaram adolescentes do sexo feminino com idade entre 14 e 20 anos ($n= 254$) e com alto nível de instrução. Também participaram médicos israelenses com especialização em Ginecologia, Obstetrícia e Endocrinologia reprodutiva ($n=114$). Para o tratamento dos dados foi utilizado teste de *Student* para comparar proporções de respostas incorretas entre usuárias e não usuárias de AOC. A comparação da duração de tempo de uso de AOC entre os participantes foram obtidos pela análise de variância. Utilizou-se também medidas de tendência central. Para os testes um valor de $p < 0,05$ foi significativo.

Os escores sobre conceitos errôneos ou desconhecidos entre as adolescentes e médicos participantes também foram obtidos e tratados estatisticamente. Informações sobre o uso passado ou presente e pontos de vista

sobre AOC foram registrados empregando-se instrumento com dez questões (SIM / NÃO/NÃO SEI) de auto preenchimento, elaborado pelos pesquisadores e pontuados por escores. Os questionamentos versaram sobre imagem corporal, efeitos colaterais, riscos futuros advindos do uso de AOC e formas de uso.

Em geral, a média de crenças incorretas foi elevada no grupo de adolescentes em estudo, tanto no usuário quanto no não usuário. A percepção de comprometimento da fertilidade com o uso do AOC foi mais presente no grupo usuário.

Os médicos eram significativamente mais bem informados sobre a pílula que as usuárias. No entanto, estes ainda mantinham crenças equivocadas bem como seus pacientes, dentre elas, as de que o AOC aumenta o apetite, o risco de câncer de mama e é perigoso para a saúde.

Contudo, deve-se ponderar essa consideração dos autores, refletindo desse modo, se suas considerações de “crenças” podem ser acreditadas. Estudos mostram que existe relação entre o uso de AOC e determinadas alterações corporais, bem como o aumento para risco de algumas doenças (OMS, 2004) (OMS, 2007).

Esperava-se que níveis mais elevados de conhecimento fossem encontrados, tendo em vista que os participantes possuíam bom nível escolar e bom padrão socioeconômico. O estudo mostrou que os médicos participantes apresentaram opiniões incorretas quanto à pílula, mas foi visto também que foi verificado conhecimento sobre algumas características do AOC, mas ainda assim os adolescentes apresentaram déficit de conhecimento justamente no aspecto em que predominava acerto entre os profissionais que prescreviam o fármaco. Desse modo indaga-se de que modo está sendo feito o repasse de informações dos profissionais para as usuárias.

Os autores do artigo 4 concluíram que a falta de comunicação informativa entre médicos e usuários pode contribuir para um conhecimento equivocado, fazendo prevalecer visões distorcidas acerca do uso do contraceptivo hormonal. Deve-se considerar a construção de uma melhor educação e programas de formação profissional nas escolas e clínicas.

Para a questão 2 utilizou-se trajetória similar, sendo utilizados os termos *Oral contraception* e *Combined oral contraception*. Foram obtidos 3975 artigos, mas, após a seleção inicial, refinou-se a busca introduzindo-se o termo *risk factors*, em

que se obteve 787 registros. Destes, 765 pertenciam à base de dados MEDLINE e os 22 restantes pertenciam à CINAHL.

Para seleção dos 787 registros encontrados, foram pautados os critérios de inclusão e exclusão já descritos. O atendimento a esses critérios possibilitou uma seleção para leitura de 17 artigos pertencentes às bases MEDLINE/PUBMED e CINAHL, agrupados no quadro a seguir:

Quadro 3. Identificação e ano de publicação dos artigos selecionados para revisão de literatura. Medline/Pubmed,Cinahl, jun., 2010.

Título	Ano
1. Mortality among contraceptive pill users: cohort evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study.	2010
2. Determinants of contraceptive choice among women with HIV.	2009
3. Hormonal contraception and metabolic outcomes in women with or at risk for HIV infection.	
4. An evidence-based approach to hormonal contraception and headaches	
5. Hormonal contraceptive use among women with liver tumors: a systematic review	
6. The effects of hormonal contraceptive use among women with viral hepatitis or cirrhosis of the liver: a systematic review.	
7. Ethinyl estradiol-to-desogestrel ratio impacts endothelial function in young women	
8. Both a combined oral contraceptive and depot medroxyprogesterone acetate impair endothelial function in young women	
9. Fracture risk in very young women using combined oral contraceptives.	
10. Much ado about little: obesity, combined hormonal contraceptive use and venous thrombosis	
11. Contraception update: part 1: combined hormonal contraception.	
12. Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioner's oral contraception study.	2007
13. Commentary: Hormonal contraception and HIV acquisition--current evidence and ongoing research needs	
14. Prospective study of hormonal contraception and women's risk of HIV infection in South Africa.	
15. Drospirenone for oral contraception and hormone replacement therapy: are its cardiovascular risks and benefits the same as other progestogens?	
16. Considering contraception. What practitioners are saying when it comes to the pills, patches, rings and more.	
17. Use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions.	

A listagem dos artigos se inicia com o de Hannaford *et al.* (2010) (artigo 1), com o título em inglês traduzido para “Mortalidade entre usuárias de pílula anticoncepcional: evidência de estudo de coorte do Royal College of General Practitioners' Oral Contraception.” Pretendeu-se com este, verificar se o risco de

mortalidade em mulheres que usavam o contraceptivo oral diferiu das que nunca o utilizaram.

Para consecução do objetivo proposto, realizou-se um estudo prospectivo iniciado em 1968 com dados fornecidos por uma central de registros de saúde no Reino Unido. O valor “n” inicial da coorte foi de 46.112 mulheres. Foram excluídas do estudo aquelas que deixaram a área de abrangência médica, que obtiveram seus contraceptivos em outros centros de saúde, que foram a óbito, ou quando se atingiu o período de acompanhamento em 1996. O Risco relativo foi ajustado entre as mulheres que nunca usaram o método e as usuárias.

Setecentas e quarenta e sete mortes ocorreram entre as não usuárias de contracepção oral e 2.864 em usuárias. As usuárias tiveram significativamente menor taxa de morte por alguma causa. Elas também tiveram menor taxa de morte para variados tipos de neoplasia maligna (intestino, útero, ovário) e desordens circulatórias. Não houve associação entre a mortalidade e tempo de uso de anticoncepcional oral entre as usuárias. Foi observado em mulheres com idade a partir de 45 anos um aumento no risco relativo de morte por alguma causa entre usuárias e não usuárias. Partindo desses resultados, os autores concluíram que a contracepção oral não foi associada com risco para morte no Reino Unido.

Whiteman *et al.* (2009) (artigo 2) examinaram fatores associados com a escolha contraceptiva em mulheres infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Em análise pontual (*cross sectional*) de dados oriundos de estudo prospectivo, 435 russas foram alocadas em quatro diferentes grupos a depender da escolha do método anticoncepcional que pretendiam utilizar no decorrer do estudo, os quais foram: a dupla proteção com AOC e condoms, a dupla proteção com Acetato de Medroxiprogesterona (DMPA) e condoms, Dispositivo Intra-Uterino (DIU) com condoms e somente o uso de condom.

Esses grupos foram comparados entre si quanto às preferências contraceptivas e sua eficácia sob a ótica de suas usuárias. Foram consideradas variáveis demográficas, reprodutivas e informações comportamentais.

As elegíveis para a participação no estudo foram as que possuíam idade entre 16 e 45 anos, infecção pelo HIV, vida sexual ativa no último ano, ausência de gravidez ou amamentação. O tratamento dos dados foi feito com a aplicação de análise uni e multivariada, sendo considerado o valor $p < 0,05$ para relação estatística significativa.

Quando se considerou o uso prévio de contraceptivos, 419 (96,3%) das mulheres estudadas usaram condom. Em segundo lugar, se teve a prática do coito interrompido, referido por 177 (40,7%) das mulheres. O uso prévio de AOC foi referido por 128 mulheres (29,4%).

Foram também consideradas informações referentes à preferência das mulheres por determinados MAC e, neste estudo, viu-se que 316 (74,2%) mulheres citaram o condom como o de sua preferência; 34% citou o AOC e 4% se reportou ao DIU.

Neste estudo, a opção por se utilizar AOC, DMPA ou DIU em combinação a preservativos foi um evento tido como tranquilizador, que ameniza o risco de gravidez indesejada. O fato de as mulheres serem HIV positivo pareceu influenciar a preferência pela dupla proteção devido aos riscos que poderiam se expor na ocorrência de gravidez, reinfecção e contaminação dos parceiros.

Os autores apresentaram a importância em se cumprir com êxito as necessidades contraceptivas dessas mulheres, em se investigar fatores que influenciam a adesão e/ou escolha do MAC. Além disso, descreveram que se deve abordar possíveis efeitos colaterais, interação com outros medicamentos e que deve ser fortalecida a adesão da dupla proteção mediante a implementação de estratégias educativas.

A conclusão descrita por esses autores vai ao encontro das diretrizes de PF descritas para o Brasil, em que é proposta a realização de ações preventivas e educativas, garantia de acesso a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000).

Dentre as condições clínicas estabelecidas pela OMS a serem consideradas para indicação de AOC, está a presença da infecção pelo vírus HIV e seu tratamento com antirretrovirais. Por isso, estudos se delineiam considerando essa temática. Womack *et al.* (2009) (artigo 3), em seu estudo, abordaram a temática da contracepção hormonal combinada e exclusiva de progestágeno em mulheres infectadas ou suscetíveis ao HIV. Neste estudo de coorte, realizado com 1277 mulheres, se investigou a associação dos anticoncepcionais hormonais combinados e os exclusivos de progestágeno com alterações no metabolismo glicêmico e lipídico dessa população.

Para serem incluídas no estudo, as mulheres deveriam atender às seguintes condições: ter entre 18 e 52 anos, estar entre as fases de pós-menarca e pré-

menopausa, não ser hysterectomizada e não ter diagnóstico de diabetes.

O tratamento dos dados neste estudo foi feito mediante aplicação dos testes estatísticos “Teste t” para características contínuas e “Qui quadrado” ou “Teste exato de Fischer” a depender do tipo de variável analisada. Ademais, utilizou-se análise multivariada a fim de identificar fatores associados a maiores ou menores concentrações séricas de HDL, triglicerídeos e glicose.

Como resultados, eles constataram que o contraceptivo hormonal exclusivo de progestágeno foi associado a níveis baixos de *High Density Lipoprotein (HDL)*, tanto nas mulheres infectadas, como nas não infectadas pelo HIV. Já o contraceptivo hormonal combinado foi associado a níveis altos de HDL, tanto nas mulheres infectadas, quanto nas não infectadas. As concentrações séricas dos triglicerídeos, que caracterizam o perfil lipídico não divergiram entre as mulheres infectadas e não infectadas, isto quando se considerou o uso das pílulas exclusivas de progestágeno.

Quanto ao perfil glicêmico, no montante de mulheres infectadas pelo HIV em uso de contraceptivos exclusivos de progestágeno, a glicose sérica se mostrou baixa. Os autores concluíram que o risco para uma disfunção metabólica associada ao uso de contraceptivos hormonais pode estar mais pronunciado em mulheres com determinados fatores de risco, os quais incluem raça, etnia e histórico médico. Esse estudo sugeriu que a infecção pelo HIV pode ser considerada um fator de risco adicional para essas mulheres, no que diz respeito a alterações glicêmicas e lipídicas.

Quanto a esta condição (infecção pelo HIV), a OMS enfatiza em seu documento (OMS, 2004) o não surgimento de alterações metabólicas em mulheres com esta afecção. Ao invés, ela agregou evidências com relação a haver ou não, aumento do risco de aquisição do HIV entre usuárias de AOC quando comparadas com não usuárias. E quanto à pessoa infectada com HIV, segundo a OMS, evidências limitadas sugerem não haver associação entre uso de AOC e alterações nos níveis de RNA ou contagens de CD4 entre mulheres infectadas com HIV. Há também evidência limitada que demonstra não haver associação entre uso de AOC e transmissão do HIV de mulher para homem (OMS, 2004).

Outro aspecto que a OMS põe em discussão, diz respeito à vulnerabilidade que o AOC poderia oferecer para aquisição de HIV. Todavia, este fato somente se associa porque mulheres que usam AOC podem não estar o associando ao condom, e esta é a circunstância que põe estas mulheres em risco.

Myer *et al.* (2007) também investigaram associações entre o uso de AOC de Noretisterona Enantato (NET-EN) ou Acetato de Medroxiprogesterona (DMPA) e a incidência do HIV em uma coorte de mulheres do sul da África.

Foram 4200 mulheres, HIV - negativo, com idade entre 35 - 49 anos que estavam sendo triadas para câncer do colo do útero. No momento da triagem e mediante consentimento, responderam a um questionário contendo informações sobre características sociodemográficas e sexuais. As mulheres foram submetidas a um exame pélvico e instigadas a relatar sobre o seu uso passado e presente de AOC ou métodos injetáveis. Elas foram triadas, também, para verificação de doenças sexualmente transmissíveis mediante uso de arsenal ginecológico a aparato laboratorial apropriados. Durante os 24 meses de seguimento, as mulheres puderam relatar acerca de seus comportamentos sexuais, sobre uso de contraceptivos e repetir o teste de HIV.

Os dados foram analisados através do programa Stata versão 9.0 (Stata Corporation, EUA). Analisaram-se os métodos anticoncepcionais hormonais (NET-EN, DMPA e AOC) separadamente com as mulheres que não utilizam qualquer método hormonal. Os seguintes testes foram utilizados: testes de Wilcoxon, Fisher, e Qui-quadrado, conforme apropriado.

Durante o período de acompanhamento, 111 incidências de infecções pelo HIV foram observadas (incidência de HIV, 2,2 infecções/100 pessoas-ano). Após a investigação para comportamentos sexuais de risco e aquisição de infecções sexualmente transmissíveis, a incidência de HIV foi similar entre as mulheres que usavam AOC, NET-EN ou DMPA, em comparação à mulheres que não utilizaram qualquer método hormonal.

Os achados do estudo sugerem que a contracepção hormonal não está associada com maior risco de infecção pelo HIV entre as mulheres nesse cenário e, além disso, contribuem para a evidência de que métodos anticoncepcionais hormonais não estão associados com risco aumentado de transmissão de HIV para a mulher, assim como também afirma a OMS (2004).

Os autores puseram em discussão, apesar da não associação entre contracepção hormonal e risco aumentado de HIV, que a maioria das mulheres infectadas e que usam métodos contraceptivos são sexualmente ativas, e, em muitos contextos, o uso da camisinha masculina ou feminina é menos provável quando as mulheres estão utilizando um método contraceptivo de barreira.

A esta luz, a dupla proteção (uso combinado do preservativo com método hormonal) deve ser enfaticamente promovida por serviços de planejamento familiar em populações onde o HIV é prevalente.

Harris e Kaneshiro (2009) (artigo 4) desenvolveram nos Estados Unidos, uma revisão de 35 publicações científicas que intitularam por “Abordagem baseada em evidências sobre contracepção hormonal e cefaleias,” e expuseram achados de pesquisas que contemplassem o uso de AOC e ocorrência de cefaleia.

Ao agrupar as evidências, foi posto que métodos contraceptivos podem piorar as enxaquecas menstruais, tanto frente ao uso de AOC como também ao se utilizar algumas tipos de pílulas exclusivas de progestágeno.

Mulheres com enxaqueca e aura devem evitar contraceptivos contendo estrógeno. Mas, se o forem utilizar, condições como idade menor que 35 anos e ausência de prática tabagista, devem estar presentes. Os métodos somente de progestágeno e o DIU são as opções mais aceitáveis para mulheres com enxaquecas com, ou sem aura, segundo os autores.

É pertinente destacar aqui, que há autores que defendem que o AOC mitiga as enxaquecas decorrentes das flutuações estrogênicas. Spencer *et al.* (2009) descrevem que os efeitos colaterais comuns do AOC são as náuseas, cefaleia ou alterações no padrão menstrual. E, ao contrário do que foi visto por Harris e Kaneshiro (2009), Spencer *et al.* (2009) descreveram que o AOC é contra-indicado em mulheres que tem história de cefaleia com enxaqueca e aura, devido ao aumento do risco para AVC.

Contudo, é salutar também destacar que os benefícios apresentados por Harris e Kaneshiro (2009) podem se relacionar quanto ao tipo de estrógeno e progestágeno, bem como sua quantidade, contidos nas novas formulações de AOC.

Nesse aspecto, Spencer *et al.* (2009) dizem que novas formulações de etinilestradiol e tipos de progestágeno que possuem um uso estendido das cartelas com um curto ou nenhum intervalo livre entre as pílulas, pode reduzir os efeitos eventualmente gerados na menstruação, dentre eles, a cefaleia.

Kapp e Curtis (2009) (artigo 5) em artigo de revisão com o título “Uso de contraceptivo hormonal em mulheres com tumor de fígado: uma revisão sistemática”, avaliaram na literatura a segurança de uso de métodos contraceptivos hormonais em mulheres com tumor de fígado, seja de natureza benigna, seja de natureza maligna. Foram pesquisadas nas bases PubMed e Cochrane, com irrestrrição para

idioma, todos os artigos publicados até julho de 2008 que foram considerados relevantes para temática abordada. Utilizando os descritores *Contraceptives, Oral, Hormonal OR contraceptives, oral OR Contraceptives, Postcoital, Hormonal OR contraceptive devices OR contraceptive agents AND Liver Neoplasms OR liver tumor OR liver tumour AND patient AND female*.

Foram incluídos artigos que se reportaram ao uso de contraceptivos hormonais em mulheres com tumores de fígado de algum subtipo histológico. Artigos foram revisados para descrever os resultados entre as mulheres depois de receberem contracepção hormonal. Foram excluídos dessa revisão sistemática, os artigos que descreveram mulheres que descontinuaram o uso de AOC após o diagnóstico do tumor. Para analisar o nível de evidência dos artigos, utilizou-se o *United States Preventive Services Task Force*.

Dos 148 artigos selecionados, três publicações preencheram os critérios para inclusão nesta revisão. Nelas, foi investigado o uso da contracepção hormonal em mulheres com tumor benigno do fígado ou Hiperplasia Nodular Focal (FNH). Nesses estudos, em uma pequena série de casos, o uso de contraceptivos orais combinados (AOC) não foi associado com uma alteração em qualquer número ou tamanho das lesões hepáticas. Em outra série de casos, o uso de qualquer AOC ou contraceptivos apenas com progestágeno (AP), após o diagnóstico de FNH, não teve influência na progressão ou resolução da doença.

Os autores não identificaram nenhum estudo com enfoque no uso de contraceptivos hormonais em mulheres com adenoma hepatocelular ou com tumores malignos do fígado. As pesquisas que abordaram FNH não apresentaram evidências consistentes, todavia, ao que parece, o uso de AOC de baixa dose não influencia a resolução ou progressão da lesão do fígado.

Kapp, Tilley e Curtis (2009) (artigo 6) desenvolveram estudo semelhante ao anteriormente comentado e duas das autoras são as mesmas do artigo que aborda uso de AOC na vigência de comprometimento hepático. Nesse artigo, também de revisão, com o título “Os efeitos da contracepção hormonal entre mulheres portadoras de hepatites virais ou cirroses: uma revisão sistemática”, os autores objetivaram revisar as evidências que se reportam ao uso da contracepção hormonal em mulheres com histórico de hepatite viral ou cirrose hepática. Atendendo ao processo de busca que caracteriza a revisão sistemática, em uma triagem inicial, obtiveram 223 artigos. Após considerarem os critérios de inclusão e exclusão, foram

selecionados 6 para leitura. Os artigos que examinaram os efeitos do uso de contraceptivos hormonais na presença de hepatite viral ou cirrose hepática entre mulheres com idade reprodutiva foram considerados para leitura. Já os artigos que contemplavam mulheres com história de hepatite viral resolvida, investigações de esteróides usados em doses não contraceptivas e estudos feitos com animais e artigos de revisão foram excluídos.

Os estudos foram revisados e avaliados quanto à metodologia proposta pelo *United States Preventive Services Task Force*, que classifica a pesquisa em níveis de evidência e categorias, que são: nível A (recomendações baseadas em consistentes evidências científicas); nível B (recomendações baseadas em limitadas ou inconsistentes evidências científicas); nível C (recomendações baseadas em consensos e recomendações de experts).

Quanto aos artigos lidos por Kapp, Tilley e Curtis (2009), foi destacado que um examinou os efeitos dos contraceptivos hormonais na hepatite viral aguda e os outros cinco examinaram os efeitos na hepatite viral crônica, incluindo os efeitos na carga viral ou na doença cirrótica.

Um dos artigos sugeriu que os AOC não afetam a evolução da hepatite aguda. Sobre a hepatite crônica, sugeriram, alguns artigos, que o uso desse método não afeta a progressão e severidade da fibrose hepática na cirrose nem o risco para hepatocarcinoma em mulheres com hepatite crônica ou risco para disfunção hepática na hepatite B.

A OMS (2004) classifica como categorias 3 ou 4 as condições clínicas de hepatite viral ativa, cirrose hepática e tumores de fígado, tanto benignos quanto malignos. Isso porque o AOC é metabolizado pelo fígado e em condições de comprometimento hepático, uma atividade metabólica “adicional” poderia corroborar para um maior comprometimento funcional.

Spencer et al (2009) ratificaram o exposto pela OMS (2004) ao publicarem que nas doenças de fígado ativas é contra-indicado o uso de AOC, mas não é necessária uma verificação de funcionamento hepático antes de iniciar o uso de AOC.

Meendering *et al.* (2009) (artigo7) no artigo “Impactos da relação entre etinilestradiol e desogestrel na função endotelial em mulheres jovens”, intentaram avaliar a função endotelial durante a fase ativa (estradiol e desogestrel elevados) e na fase livre de hormônios em mulheres em uso de AOC de baixa dose (LD) e de

muito baixa dose (VLD), assim como estimar a função endotelial durante a fase somente de estrógeno no grupo de VLD, a fim de separar os efeitos independentes do estrógeno e do desogestrel na função endotelial dessas mulheres.

Esses autores puseram nessa pesquisa as seguintes hipóteses: a relação entre o estradiol e do desogestrel pode alterar a função endotelial de uma forma dose-dependente. O desogestrel pode antagonizar o efeito vascular benéfico do estradiol sobre a função endotelial de mulheres jovens.

Neste estudo observacional foram incluídas mulheres entre 18 e 30 anos em uso de contraceptivos orais combinados contendo estradiol e desogestrel por mais de 4 meses, saudáveis, adeptas de atividade física, não tabagistas e sem uso de qualquer outra medicação.

Investigou-se a função endotelial através de um ciclo de muito baixa dosagem (VLD) e baixa dose (LD) de combinação de etinilestradiol e desogestrel. A função endotelial foi medida durante uma fase de hormônio etinilestradiol (10 mcg EE) no grupo VLD. As técnicas usadas para mensuração desses efeitos foram realizadas por vasodilatação mediada pelo fluxo (FMD). Foram coletadas frequência cardíaca, amostras de sangue, diâmetro da artéria braquial e velocidade sanguínea.

Quanto aos testes estatísticos, utilizaram-se testes ANOVA e post hoc teste t pareado para os grupos VLD e LD respectivamente. A significância estatística foi definida quando $p < 0,05$.

A vasodilatação dependente foi maior durante a fase ativa, quando comparada à fase livre de pílulas no grupo de baixa dose. Porém, não foi observada diferença entre a mesma fase no grupo de muito baixa dose. A vasodilatação também foi maior quando o estradiol foi administrado isoladamente, demonstrando que o desogestrel pode antagonizar a propriedade vasodilatadora do estradiol em mulheres jovens durante o uso de contraceptivos orais combinados. Estes dados trazem à tona a repercussão da associação etinilestradiol e desogestrel na função da vasculatura arterial.

Lizarelli *et al.* (2009) (artigo 8) publicaram artigo com abordagem de temática semelhante a de Meendering *et al.* (2009). Aquele foi desenvolvido em parceria com o Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade de São Paulo, Brasil, já esse foi desenvolvido na Universidade de Oregon. O estudo foi realizado para determinar se o uso de AOC ou de Acetato de Medroxiprogesterona (DMPA) interferem com a função endotelial.

O estudo foi realizado com 100 mulheres entre as idades de 18 e 30 anos. Destas, 50 não haviam usado hormonal (grupo controle) durante pelo menos 12 meses, 25 eram usuárias de AOC (etinilestradiol 30mcg/ levonorgestrel 150 mcg) e 25, de DMPA (150 mcg) durante um período mínimo de 6 meses. Todas as mulheres foram avaliadas para a dilatação fluxo mediada da artéria (FMD), espessamento das camadas médio-intimal, distensibilidade carotídea e índice de rigidez, pressão arterial, índice de massa corporal, circunferência da cintura, frequência cardíaca e perfil lipídico.

O tratamento de dados foi realizado com utilização do SPSS versão 15.0. O nível de significância estatística foi estabelecido para um valor de $p < 0,05$. Para comparação de média das variáveis entre os grupos pesquisados, foi utilizado ANOVA e teste de comparação múltipla. Foi utilizada também, a correlação de Pearson.

Foi encontrada diferença significativa na dilatação da artéria entre as usuárias de AOC quando comparadas ao grupo controle, bem como, entre adeptas de DMPA quando comparadas ao grupo controle. O grupo de DMPA teve menores níveis de colesterol e menores níveis de *Low-Density Lipoprotein* (LDL) quando comparado ao grupo de usuárias de AOC e controle. O grupo controle obteve níveis mais altos de *High-Density-Lipoprotein* (HDL) aos grupos usuários de DMPA e AOC. Essas são variáveis postas em estudo devido ao risco cardiovascular que podem representar caso apresentem valores alterados.

Os valores de FMD “marcam” doenças ateroscleróticas e foram menores nas usuárias de anticoncepcionais hormonais (AOC, DMPA). Sendo assim, estes contraceptivos hormonais podem estar associados à disfunção endotelial.

Como são sistêmicos os efeitos que os AOC podem gerar em suas adeptas, continuamente, são desenvolvidos estudos para investigar os mais variados efeitos que esse método pode trazer, a despeito das alterações primordialmente contraceptivas.

Vestergaard, Rejnmark e Mosekilde (2008) (artigo 9) realizaram estudo caso controle a fim de investigar se mulheres que usam contraceptivos orais tem maior risco de fratura óssea e se diferem os efeitos de diferentes doses de etinilestradiol e tipos de progesterona sobre esse risco em mulheres jovens.

Em um sistema de registros em saúde na Dinamarca, foram selecionados casos e controles pareando-os pela idade. Nesse sistema, todas as informações de

saúde pertinentes dos pacientes estão armazenadas, inclusive prescrições medicamentosas. Foi feita uma análise desses registros (1996 a 2000) e fatores de confusão foram considerados e minimizados.

Desse modo, se identificou, até o ano 2000, 64.548 fraturas. Os dados de diferentes registros foram agrupados em um banco de dados e foram obtidas medidas de tendência central; *Odds Ratio* (OR) foi calculada e estabelecido intervalo de confiança de 95%. Utilizou-se, também, regressão logística para avaliar associação entre as variáveis de interesse. Utilizaram-se os softwares estatísticos Stata e SPSS versão 10.0.

Não foi observado risco para fraturas em usuárias de contraceptivos orais, pois as alterações na densidade óssea não foram preocupantes. Os autores concluíram que o uso de contraceptivo oral em mulheres jovens não se associa a risco geral para fraturas. A falta de tendência para fraturas com a dose de AOC e a ausência de um efeito geral considerável entre as faixas etárias, neste estudo, pôde distanciar o efeito farmacológico do anticoncepcional sobre a densidade óssea, bem como, uma possível predisposição para fraturas entre usuárias. Os autores apontaram que riscos podem se associar a características relacionadas com o estilo de vida.

Trussell, Guthrie e Schwarzd (2008) (artigo 10) realizaram um estudo que abordou condições clínicas como obesidade e trombose venosa e uso de AOC. Com essa pesquisa, eles objetivaram revisar as evidências e recomendações acerca do uso de anticoncepcionais hormonais considerando as seguintes variáveis: obesidade, tromboembolismo venoso, idade e prática tabagista. Os autores examinaram cinco grandes estudos (Holanda, Dinamarca, Reino Unido, Estados Unidos) acerca do efeito de contraceptivos orais combinados e o Índice de Massa Corpórea (IMC) e TEV (Tromboembolismo Venoso).

Os autores puseram que os dados são inconsistentes para afirmações categóricas de associações entre o uso de AOC e esse ou aquele risco.

Todavia, no estudo dinamarquês, as mulheres obesas não tiveram risco aumentado, enquanto holandesas possuíam risco duas vezes maior. No estudo britânico, o risco foi 1,3 vezes maior entre àqueles com um IMC de 30-34 e 2,2 vezes maior entre àqueles com $IMC \geq 35$, isto para TEV. Foi discutido também neste artigo que as categorias propostas pela OMS para critérios médicos de elegibilidade devem ser avaliados para realidade de cada país.

A obesidade, juntamente com idade elevada e prática tabagista, constitui fatores de risco para doenças cardiovasculares. Razão pela qual, muitos estudos possuem estas condições como objeto de investigação.

Kraszewski (2008) pretendeu com o artigo *Contraception update: part 1: combined hormonal contraception* (artigo 11) oferecer atualização em fontes científicas que considerassem aspectos da contracepção hormonal, no que diz respeito às vantagens, desvantagens, efeitos adversos e diretrizes a serem respeitadas no atendimento à contracepção. Diferente da maior parte das publicações ora apresentadas, esta se concentrou na grande área da Enfermagem e, dentre todos os artigos ora lidos, foi o primeiro que considerou aspectos de humanização nas consultas em PF.

Ela descreve algumas condições clínicas como obesidade e tabagismo, e põe que sejam considerados os riscos e benefícios do AOC. Caso haja a presença de muitos fatores de risco em um só indivíduo, terminantemente, desaconselha-se o uso do método.

Vessey e Yates (2007) (artigo 12) da Unidade de Epidemiologia de Saúde, da Universidade de Oxford, no Reino Unido, desenvolveram um estudo que teve por título “Os contraceptivos orais e as doenças benignas da mama: atualização dos resultados em um grande estudo de coorte”.

Esta pesquisa se caracterizou por ser de atualização e por considerar resultados obtidos primariamente em 1981 sobre a relação entre Contraceptivos Oraís (CO) e doença benigna da mama, com especial referência para os AOC. O estudo primário incluiu 17.032 mulheres recrutadas de 17 clínicas de planejamento familiar. Estas mulheres foram acompanhadas até 1994, quando puderam se enquadrar no seguinte grupo de interesse: mulheres com idade de 45 anos, que nunca usaram contraceptivos orais, ou usaram-no por 8 anos ou mais. Entre outros itens, informações sobre mudança no método contraceptivo e morbidade foram coletadas durante o acompanhamento.

Os achados da presente análise foram bastante semelhantes aos relatados em 1981, mas com base em um número muito maior de casos de fibroadenoma (FA) - 185 casos - Doença Cística Crônica (DCC) - 1.361 casos - e nódulo mamário sem diagnóstico específico - 650 casos. Foi visto que as taxas de referência do hospital para a FA e CCD diminuíram com o aumento da duração do uso da pílula anticoncepcional. O aparente efeito protetor foi presente nas mulheres que usaram

contraceptivos orais contendo > 50 mcg, 50 mcg e <50 mcg de estrogênio, mas não para CO só com progestágeno. Eles compilaram que baixas doses de contraceptivos orais combinados contendo <50 mcg de estrógeno parecem reduzir o risco de hospitalização por FA e CCD, bem como as preparações contendo mais altas doses de estrogênio.

Hannaford *et al.* 2007 (artigo 13) agruparam dados de estudo de coorte que se iniciou em 1968 realizado pelo Royal College of General Practitioners' oral contraception para examinar riscos ou benefícios sobre o câncer associados com contracepção oral. Os achados para esta análise contêm dados de até 2004 e agruparam entre mulheres usuárias ou não de CO características e riscos para determinados tipos de neoplasia maligna.

Reportando-se ao banco de dados do estudo viu-se que, estatisticamente, as usuárias de CO apresentaram redução de risco (12%) para qualquer tipo de câncer quando comparadas às mulheres que não usavam o método.

A redução do risco de câncer do útero e ovário entre usuárias de CO obteve um resultado estatisticamente significativo. Em ambos os grupos sob análise (usuárias e não usuárias de CO), a taxa de algum câncer aumentou com a idade e prática tabagista, mas quando comparadas essas variáveis (idade e tabagismo) e câncer entre usuárias e não usuárias, aquelas tiveram menor risco de ter algum câncer, com resultados estatisticamente significativos para as faixas de idade de 30-39 anos e 50-59 anos.

Foi visto também, que o risco para certos tipos de câncer, tais como ovário, diminui conforme aumenta o tempo de uso do CO. Para o câncer de mama, não se seguiu essa distribuição. Sendo assim, o CO não pareceu “proteger” (diminuir riscos) com o passar dos anos de uso a ocorrência de neoplasia mamária.

Estes resultados sugerem que, pelo menos nesta coorte do Reino Unido, os benefícios associados à contracepção oral superaram os riscos, quando se considerou a ocorrência de câncer. A redução das estimativas de câncer em diferentes partes do mundo dependerá de fatores que perpassam o uso de contracepção oral, tipo, tempo de uso, idade de interrupção. É necessário trabalhar mais, portanto, para balancear os riscos prováveis de câncer e benefícios em diferentes partes do mundo, incluindo os efeitos na mortalidade em usuárias de CO.

Motivala e Pit (2007) (artigo15) voltaram seu olhar para rever, na literatura, se determinado tipo de progestogênio pode prevenir o desenvolvimento de doenças

cardiovasculares, devido sua ação antimineralocorticóide. O título de seu artigo foi “Drospirenona para contracepção oral e Terapia de Reposição Hormonal: seus riscos e benefícios são os mesmos para outro progestogênio?” Foi concluído que a drospirenona, não deflagra uma disfunção endotelial, e não agrava consecutivamente a hipertensão, aterosclerose e suas conseqüências, inclusive o IAM e AVC. Além disso, foi provado que esse composto tem efeitos favoráveis sobre o perfil lipídico como resultado de sua atividade anti-androgênica. Essas propriedades da drospirenona / estradiol em contraste com outras combinações disponíveis de estrogênio/progestogênio podem oferecer cardioproteção às mulheres pós-menopáusicas, pois estas têm maior tendência de desenvolver esses agravos.

No entanto, também se pode prever taxa de risco tromboembólico e câncer de mama com esta combinação se comparado com outras formulações atualmente disponíveis, isso ocorre porque a estimulação de proteínas hepática pró-coagulantes pelo componente estrogênico é provavelmente a mesma com o uso desses compostos.

A hipótese de que a drospirenona irá impedir o desenvolvimento de doenças cardiovasculares no período pré e pós-menopáusicos ainda exige confirmação por ensaios clínicos randomizados prospectivos.

No artigo 16 “Considerando a contracepção: o que os profissionais estão dizendo quando se trata de comprimidos, adesivos, anéis e muito mais,” Ravin *et al.* (2007) apresentam discussões de mesa redonda sobre saúde da mulher realizada com diversos especialistas da área, esta publicação esta na sua terceira edição e os autores são membros da *Women's Health Education Program, University of Texas, Dallas, USA*.

Dentre os aspectos que se destacaram nessa publicação está a consideração de que condições médicas crônicas, como hipertensão, enxaqueca com aura ou importantes distúrbios de coagulação são desafios atuais na busca de contracepção adequada de estrogênio, visto os riscos que oferecem à saúde dessas populações. Clientes com diabetes podem usar AOC desde que não tenha complicações vasculares. A pílula com diminuição de estrogênio e atividade androgênica pode ser a escolha para minimizar possíveis efeitos.

Também foi posto em discussão neste artigo qual a opinião de especialistas sobre contracepção oral combinada e amamentação, sendo descrito que lactantes

devem evitar o uso de estrógeno nas primeiras semanas (4-6 semanas) após o nascimento, devido ao aumento no risco de TVP e efeitos adversos do estrogênio na produção de leite.

O artigo “Uso de contraceptivos hormonais em mulheres com condições clínicas coexistentes” (artigo 17) representa uma publicação do *ACOG Committee on Practice Bulletins Gynecology* (ACOG, 2007). Esta organização objetiva auxiliar a tomada de decisões que possam fornecer um cuidado ginecológico e obstétrico adequados por parte dos profissionais que lidam com essa especialidade da saúde.

Para a construção desse artigo, foram acessados os bancos de dados MEDLINE, Cochrane Library, e documentos próprios do The American College of obstetricians and Gynecologists para condução da pesquisa e localização de artigos relevantes, publicados entre julho de 1971 e fevereiro de 2006, totalizando 179 pesquisas. Destas, foram selecionadas as publicadas no idioma inglês e dada prioridade aos artigos que relatassem resultados originais de pesquisa. Resumos de pesquisas apresentados em simpósios e conferências científicas não foram considerados para inclusão. Os estudos foram revisados e avaliados quanto à metodologia proposta pelo *United States Preventive Services Task Force*.

As discussões contidas nesse artigo ocorreram mediante perguntas e, ao seu final, seguiram-se recomendações (respostas às perguntas formuladas) baseando-se nos níveis de evidência, conforme já dito acima. Dentre as perguntas que permearam o artigo estiveram:

- O uso de contracepção hormonal não oferece riscos para mulheres com idade maior que 35 anos?
- A contracepção hormonal é segura para as mulheres que fumam?
- O uso da contracepção hormonal é seguro para mulheres com hipertensão?
- O uso de contracepção hormonal é seguro para mulheres com diabetes?
- O uso de contraceptivo hormonal é seguro para mulheres com enxaqueca?
- Quais são as opções de contracepção hormonal disponíveis para o pós-parto e lactação mulheres?
- É o uso de anticoncepcionais hormonais seguro para mulheres com história de tromboembolismo?
- Os contraceptivos hormonais são apropriados para as mulheres obesas?

Os estudos analisados neste artigo e que abordaram idade, hipertensão arterial, diabetes, enxaqueca e amamentação em usuárias de AOC possuíam nível

“B” de evidência. Os estudos mais consistentes enquadrados no nível “A” foram os que abordaram variáveis como prática tabagista, antecedentes de doença mamária, história de tromboembolismo e obesidade.

Conforme a revisão feita pelos autores nas 179 pesquisas analisadas, foi exposto que mulheres saudáveis e não fumantes podem aderir o AOC até a faixa etária entre 50 - 55 anos de idade. Após este período, devem ser contrabalanceados os riscos e benefícios; o AOC deve ser prescrito com cautela para fumantes com idade acima de 35 anos; mulheres com hipertensão arterial controlada e monitorada que possuem 35 anos ou menos podem fazer uso de AOC, desde que sejam saudáveis, não mostrem evidência de complicações vasculares e não sejam tabagistas; o uso de AOC por mulheres diabéticas deve ser limitado àquelas que não fumam, possuem menos de 35 anos, não sejam hipertensas e não tenham complicações como nefropatia, retinopatia, doença vascular ou outro comprometimento vascular.

Mulheres com enxaqueca podem utilizar AOC caso não haja sinais neurológicos focais (aura), prática tabagista, e idade superior a 35 anos. Embora raramente ocorram eventos cerebrovasculares, foi posto que, entre mulheres com enxaqueca que utilizam AOC, o impacto de um AVC é tão devastador, que clínicos devem considerar o uso de outros métodos (pílulas exclusivas de progestágeno, DIU ou métodos de barreira).

Ainda segundo o artigo, os contraceptivos combinados não são recomendados como a primeira escolha para mulheres que amamentam, devido ao possível impacto negativo das doses do estrogênio na lactação. Entretanto, o uso de AOC em mães bem nutridas, parecem não resultar em desenvolvimento infantil problemático.

O AOC não é recomendado para mulheres com uma história documentada de tromboembolismo venoso e deve ser usado com precaução em mulheres com mais de 35 anos que são obesas.

Desde a década de 60, com a liberação do uso de AOC, muitas pesquisas foram desenvolvidas e continuam na atualidade. Alguns estudos ratificaram os resultados de outros.

Em contrapartida, também houve divergência de achados nos artigos lidos. Assim, profissionais atuantes na área da contracepção devem considerar os estudos com bons níveis de evidência, os que têm seus resultados corroborados por outros

autores e os que apresentam uma metodologia consistente. Após isso, e considerando a prática clínica, deve-se seguir um referencial teórico, a fim de que haja um cuidado em contracepção respaldado cientificamente.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo e abordagem

O estudo foi do tipo avaliativo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa. Para Polit, Becker e Hungler (2004), a pesquisa avaliativa investiga como funciona determinado programa, tratamento, prática ou política. Em se tratando da avaliação especificamente no campo do planejamento familiar, García-Núñez (1993) estabelece que as avaliações constituem um instrumento para a tomada de decisões, uma vez que estas mostram o que funciona e o que não funciona e o que se deve manter ou mudar.

Donabedian (1997) estabeleceu a avaliação em saúde na tríade estrutura, processo e resultado. O componente estrutura compreende as condições físicas, materiais e de recursos, em geral, necessários a uma determinada ação. O processo engloba o reconhecimento de problemas e pressupõe a constatação de uma atitude correta quando o proceder é embasado à luz do conhecimento científico, quer na dimensão técnica quer na relacional. O resultado corresponde à resposta dos serviços de saúde na melhoria do nível de saúde. Desse modo, o presente estudo possibilitou avaliar o perfil de uso de AOC de baixa dose na perspectiva da tríade processo e resultado.

O delineamento transversal possibilita a coleta de dados e a distribuição das variáveis em estudo em um único corte temporal (HULLEY *et al.*, 2008).

Quanto à abordagem quantitativa, esta possibilita a identificação das variáveis de interesse para o estudo com o estabelecimento de definições operacionais para a coleta de dados, de forma a se tornar sistemática e objetiva (POLIT, BECKER e HUNGLER, 2004).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no sistema de saúde de Fortaleza-CE, que apresenta capacidade instalada para efetivação de serviços primário, secundário e terciário em saúde. Este é composto por uma rede regionalizada e hierarquizada proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência em âmbito micro e macrorregional e em serviços interestaduais. Dentre os diversos tipos de estabelecimentos de saúde que compõem esse sistema, estão 90 Centros de Saúde da Família (CSF), as unidades básicas de saúde, distribuídas nas seis Secretarias Executivas Regionais (SER) (FORTALEZA, 2007).

Tendo em vista que são nestes CSF que as mulheres buscam serviços de PF, dentre outros, tanto para si quanto para a família, os mesmos foram definidos como universo do estudo. Em cada SER foi selecionado, por sorteio, um CSF, exceto na SER I (um segundo CSF foi selecionado por impossibilidade de concluir o número de entrevistas no primeiro), de modo que a chance de mulheres das diversas unidades básicas de participar fosse a mesma. Os sete CSF que integraram o estudo foram codificados por numerais cardinais, conforme o quadro a seguir:

Quadro 4. Distribuição do número de CSF por SER.

Secretaria Executiva Regional (SER)	CSF
SER I	1 e 2
SER II	3
SER III	4
SER IV	5
SER V	6
SER VI	7

4.3 População e amostra

A população foi composta por Mulheres em Idade Fértil (MIF) do município de Fortaleza-CE, o correspondente a $N = 841.481$, sendo na SER I: 133.658 MIF, SER II: 122.541, SER III: 133.808, SER IV: 102.103, SER V: 177.961, e SER VI: 171.410 (FORTALEZA, 2007). O parâmetro de idade fértil utilizado foi o de 10 a 49 anos, por ser o adotado pela Secretaria da Saúde do Ceará (CEARÁ, 2004).

Assim, o “n” amostral foi calculado utilizando-se a fórmula para cálculo com populações infinitas, sendo fixado nível de confiança de 95%, erro amostral de 5%, proporção P de 22,1%, obtendo-se $n = 264$. O valor do P foi estabelecido com base na PNDS (2006) (BRASIL, 2008). Estratificando o “n” amostral nas seis regionais, e considerando a proporção de MIF de cada SER obteve-se: SER I - 42 MIF; SER II - 39; SER III - 42; SER IV - 32; SER V - 56; e SER VI - 54.

Como critérios de inclusão, foram adotados: estar em idade fértil e estar em uso de AOC de baixa dose, cuja identificação e classificação foi auxiliada pelo uso de uma lista com os respectivos nomes comerciais e dosagem de etinilestradiol de todas as pílulas em uso no país (ANEXO – A). A referida lista foi elaborada pela autora. Foram excluídas as mulheres que recebiam acompanhamento em PF no serviço privado de saúde e que apresentassem incapacidade mental para responder aos questionamentos.

4.4 Coleta de dados

Realizou-se no período de março a julho de 2010 pela pesquisadora com o auxílio de duas bolsistas de iniciação científica - CNPq. Estas foram treinadas pela autora por meio da leitura conjunta do instrumento de entrevista, repasse de informações quanto à realização adequada de entrevista e demonstração, em campo, da coleta de dados, incluindo a aferição da pressão arterial e do IMC.

O trabalho de campo realizou-se nas segundas às sextas-feiras no turno da manhã, por ser o que reúne maior demanda de mulheres. Estas foram abordadas nos diversos setores de atendimento do CSF, a facilitar a captação. Constatada a

adequação da mulher aos critérios de inclusão preconizados, se forneceu informação sobre a pesquisa, sua finalidade e benefícios. Uma vez aceitando em participar esta passou a responder a entrevista, cuja realização se deu em local privativo.

O formulário de entrevista reuniu perguntas sobre aspectos socioeconômicos (idade, escolaridade, condição de união, ocupação e renda familiar) e reprodutivos (número de filhos vivos, planejamento das gestações, intervalo gestacional, idade nas gestações); escalas tipo Likert para avaliar o conhecimento das mulheres acerca do uso correto, efeitos colaterais e complicações do AOC; e um *check list* para avaliar o uso seguro de AOC de baixa dose, constituído pelas condições clínicas das usuárias que permitem, pela interpretação das mesmas, inferir em qual categoria de uso dos Critérios médicos de elegibilidade da OMS a mesma se encontra, tanto na iniciação do método ou com relação ao seguimento (se categoria 1, 2, 3 ou 4). No entanto, neste estudo, se considerou as condições clínicas que se alocam entre as categorias 2, 3 e 4, por serem estas as que requerem precauções para o uso do AOC. O sistema de checagem envolve a enumeração dos procedimentos que o pesquisador deve verificar e registrar para consolidar o que fora checado, o que, de modo sistemático, permitiu o registro dos eventos que se deixaram entrever no uso do AOC de baixa dose (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004) (APÊNDICE- A).

As escalas e o sistema de checagem foram elaborados pela autora após vasta busca na literatura pertinente. Seguiram-se as diretrizes propostas pela OMS para orientação prática e clínica do uso de AOC, uma vez adotadas pelo Ministério da Saúde do Brasil.

A maior parte do “sistema de checagem” teve os dados registrados com base na resposta emitida pela participante, enquanto a pressão arterial e o Índice de Massa Corporal (IMC) foram mensurados pelas entrevistadoras. A pressão arterial foi verificada de acordo com os pressupostos da “V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC, 2006). A aferição foi realizada com esfigmomanômetros aneróides calibrados. Foram realizadas três medidas com a mulher sentada, com intervalo de um minuto entre as medidas, sendo a média das duas últimas considerada a pressão arterial da participante.

O peso e a altura foram verificados em balança antropométrica da marca Welmy[®], com carga máxima de 200 quilos (kg) e com certificado do Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO[®]). O IMC foi

obtido dividindo-se o peso em quilos (kg) pela altura ao quadrado em metros (m) e analisado de acordo com o Ministério da Saúde (2001).

Acrescenta-se que a história pessoal pregressa ou atual de TVP (condição integrante do sistema de checagem), por constituir um diagnóstico médico complexo, podendo os sinais e sintomas serem inespecíficos, a constatação pontual de comprometimento vascular dessa natureza foi inexecutável, em que optou-se considerar o relato da participante, instigado através de questionamentos que revolveram à sua memória (ARMOND,2001). Reconhece-se, pois, a avaliação da TVP como fator limitante do presente estudo, uma vez que quando presente constitui categoria 4 (o MAC não deve ser usado), merecendo, assim, ser avaliado por profissional treinado.

4.5 Organização dos dados para a análise

Os dados foram processados por meio do *Software Statistical Package for Social Sciences for Personal Computer (SPSS-PC)*, versão 13.0 e apresentados em tabelas e gráficos. Alguns depoimentos das participantes foram recortados e apresentados nos resultados agrupados por temáticas, como forma de dar força e ilustrar a realidade estudada.

Foi utilizado um escore numérico que codificou quantitativamente os itens referentes ao conhecimento em cada uma das escalas de avaliação de conhecimento (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004). Ademais, criou-se um sistema de pontuação para cada item da escala, sendo o conhecimento avaliado e classificado conforme o número de itens ou acertos registrados para cada participante. Ou seja, se a participante não citou nenhum item sobre o uso correto da pílula, por exemplo, seu conhecimento foi avaliado como 1 - Nenhum; se a usuária citou um item, seu conhecimento foi 2 - Limitado; se a participante citou dois itens, conhecimento 3 - Moderado; se citou três itens conhecimento 4 - Substancial; e se citou todos, conhecimento 5 - Extenso.

Considerou-se uso seguro de AOC de baixa dose, os casos em que as mulheres não apresentassem nenhuma condição assinalada no “sistema de checagem” ou que apresentassem condição clínica classificada na categoria 2,

desde que a participante referisse consultas regulares com profissionais da saúde. A OMS (2005) recomenda que o seguimento de mulheres em uso de AOC trará benefícios adicionais àquelas que são consultadas três meses depois do início do uso. Após esse período, deve haver uma consulta anual ou sempre que houver algum tipo de intercorrência. Foram consideradas consultas regulares, as ocasiões em que as mulheres buscaram serviço de saúde, ainda que fosse para recebimento das cartelas de pílulas. Pois se acredita que em caso de queixas, estas estariam sendo compartilhadas junto a profissionais da saúde satisfazendo, assim, a recomendação da OMS, que preconiza a busca do serviço em caso de intercorrência.

4.6 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal do Ceará mediante o protocolo nº 04/10. As participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi assegurado o sigilo sobre todas as informações coletadas, assim como o anonimato das participantes, segundo as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde para pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2003). Os depoimentos foram acompanhados por um nome fictício atribuído à participante, juntamente com a real idade da mesma e o tempo de uso do AOC.

4.7 Financiamento

A pesquisadora contou com o apoio de bolsa de demanda social do PROPAG - Programa REUNI de Orientação e Operacionalização da Pós-Graduação Articulada à Graduação/CAPES.

5 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados na seguinte ordem: características demográficas e socioeconômica das participantes; histórico de risco reprodutivo; conhecimento referente ao uso correto, efeitos colaterais e complicações ao uso de AOC de baixa dose; análise bivariada dos fatores conhecimento sobre uso correto, efeitos colaterais e complicações ao uso do AOC com Centros de Saúde da Família (CSF) pesquisados; com idade, escolaridade, número de pessoas na família, renda familiar mensal e tempo de uso do AOC; e com os tipos de conhecimento entre si, e por fim avaliação quanto à segurança no uso do AOC.

5.1 Características demográficas e socioeconômicas das participantes

O perfil das mulheres pesquisadas caracterizou-se por ser majoritariamente jovem, predominando a faixa de idade de 20-28 anos, correspondendo a 139 (52,7%) das participantes. Todavia a idade variou dos 15 aos 46 anos, sendo considerável a quantidade de adolescentes 31 (11,8%). O tipo de união estável com parceria fixa foi referido por 222 (84,1%) das mulheres.

Tabela 1. Distribuição do número de usuárias de AOC de baixa dose conforme suas condições demográficas e socioeconômicas. Sistema de Saúde de Fortaleza-CE, mar.- jul, 2010.

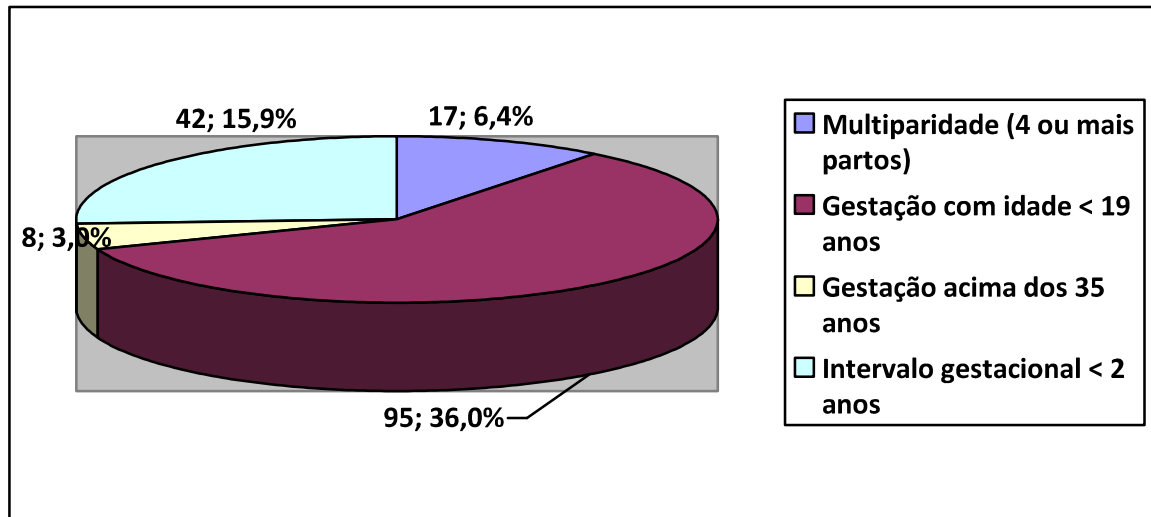
Variáveis (n=264)	Nº.	%
Idade (em anos completos) ($\bar{X} = 27,17$; DP = $\pm 6,3$)		
15-19	31	11,8
20-28	139	52,7
29-35	62	23,5
36-46	32	12,0
Condição de união		
Parceiro fixo	222	84,1
Parceiro eventual	42	15,9
Escolaridade		
Sem escolaridade	1	0,4
Fundamental incompleto	72	27,2
Fundamental completo	27	10,2
Ensino médio incompleto	33	12,5
Ensino médio completo	124	47
Ensino superior incompleto	1	0,4
Ensino superior completo	6	2,3
Nº de pessoas na família ($\bar{X} = 3,9$; DP = $\pm 1,50$)		
1-5	225	85,2
6-10	39	14,8
Renda familiar mensal (em Salários Mínimos*) ($\bar{X} = 2,4$; DP = $\pm 0,85$)		
Sem renda	3	1,1
< que 1	40	15,2
1	95	36,0
>1-3	112	42,4
>3 – 4	14	5,3

*Salário mínimo vigente - R\$ 510,00

Predominou o ensino médio completo, ou seja, escolaridade de 124 (47%) mulheres. Porém, esta variou da falta de escolaridade ao ensino superior completo. Estas mulheres conviviam com uma média de 3,9 pessoas por família (DP= $\pm 1,50$) e uma renda média de 2,4 salários mínimos (DP = $\pm 0,85$), o que permite inferir ser um grupo de precária condição socioeconômica.

5.2 Presença de riscos reprodutivos entre usuárias de AOC

Gráfico 1. Distribuição do número de usuárias de AOC de baixa dose conforme presença dos principais riscos reprodutivos. Sistema de Saúde de Fortaleza-CE, mar. - jul. 2010.



Os fatores de risco reprodutivo que menos marcaram o grupo de mulheres estudadas foram a gestação acima dos 35 anos – 8 (3,0%) e multiparidade - 17 (6,4%); o intervalo gestacional menor que dois anos foi referido por 42 (15,9%) das participantes e a gravidez na adolescência ocorreu entre 95 (36,0%) do grupo, portanto, o fator de risco mais predominante. Estes fatores são evitáveis, devendo constituir foco da educação em saúde voltada ao PF, de modo a proporcionar que os casais planejem as gestações fora destes riscos.

5.3 Indicação, tempo de utilização e falhas relacionadas ao uso de AOC de baixa dose pelas usuárias

Tabela 2. Distribuição do número de usuárias de AOC de baixa dose segundo indicação, tempo de uso e falhas. Sistema de Saúde de Fortaleza-CE. Mar.-Jul., 2010.

Variáveis	Nº.	%	Percentis		
			P25	P50	P75
Indicação do AOC			2,00	2,00	3,00
1.Auto-medicação	43	16,3			
2.Médico	138	52,3			
3.Amiga	29	11,0			
4.Enfermeiro	25	9,4			
5.Outros	29	11,0			
Tempo de uso (em meses) $\bar{X} = 51,4$; DP = $\pm 48,1$			12,00	36,00	72,00
<12	57	21,6			
12-35	34	13,0			
36-60	59	22,3			
>60-72	114	43,1			
Relato de falha (gravidez) com o uso de AOC*			2,00	2,00	2,00
1.Sim	19	7,1			
2.Não	245	92,9			
Motivos das falhas (n=19)					
1.Esquecimento de tomar a pílula	15	79,0			
2. Pílula fraca	4	21,0			
Busca o serviço de saúde para obter informações sobre o AOC			0,00	0,00	1,00
0.Não	138	52,3			
1.Sim	126	47,7			

P₂₅: Percentil 25; P₅₀: Percentil 50 ou mediana; P₇₅: Percentil 75; *correspondeu a engravidar.

Em mais da metade das participantes, ou seja, 138 (52%), a indicação do AOC foi efetuada por médico e 25 (9,5%) por enfermeiro, portanto, somando 163 (61,5%) participantes tendo a indicação por um profissional, o que é o recomendado. Entretanto, faziam uso do AOC sem uma avaliação das contra-indicações e outras orientações relevantes decorrentes de um profissional da saúde.

Houve uma grande variação quando se considerou o tempo de uso de AOC. A média encontrada foi de 51,4 meses, com um desvio padrão de 48. Do total de observações, 75% das mulheres estava a utilizar o AOC por 72 meses ou menos.

Considerando que o P₇₅ encontrado foi de 2,00 para o relato de falha (gravidez) com o uso de AOC de baixa dose, pode-se afirmar, neste estudo, que possivelmente até $\frac{3}{4}$ das mulheres pesquisadas não relatou falha. O índice de falha

com o uso de AOC mostrou-se relativamente baixo, correspondendo basicamente ao “esquecimento” na tomada diária. “Pílula fraca” foi a justificativa dada por outras 4 (21%) mulheres, argumento que constitui crença.

Pouco mais da metade do grupo pesquisado não procurou o serviço de saúde para obter informações sobre o uso do AOC. Todavia, quase metade afirmou aproveitar as consultas Médicas ou de Enfermagem para esclarecerem dúvidas com relação ao seu MAC (Diário de Campo-DC).

5.4 Conhecimento de usuárias de AOC de baixa dose sobre uso correto, efeitos colaterais e complicações com relação ao método

Tabela 3. Distribuição do número de usuárias de AOC segundo nível de conhecimento sobre uso correto, efeitos colaterais e complicações do método. Sistema de Saúde de Fortaleza-CE. Mar.- Jul., 2010.

Conhecimento	Média (\pm DP)	Percentis		
		P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅
1. Uso correto	3,72 (\pm 0,95)	3,00	4,00	4,00
2. Efeitos colaterais	3,50 (\pm 1,11)	3,00	4,00	4,00
3. Complicações	1,13 (\pm 0,43)	1,00	1,00	1,00
	Nº.	%	IC (95%)	
1. Uso correto				
– Relata que a pílula deve ser tomada diariamente e sempre no mesmo horário.	223	84,5	79,5 - 88,6	
– Relata corretamente o que fazer em caso de esquecimento de tomada da pílula.	213	80,7	75,4 - 85,3	
– Relata o início do AOC nos cinco primeiros dias após menstruação ou em qualquer tempo desde que não esteja grávida.	174	65,9	59,8 - 71,6	
– Relata o início de cartela subsequente após sete dias do término da anterior.	110	41,7	35,7 - 47,9	
2. Efeitos colaterais				
– Reconhece alterações no sistema nervoso.	204	77,3	71,7 - 82,2	
– Reconhece outras alterações sistêmicas.	177	67,0	61,0 - 72,7	
– Reconhece alterações no sistema gastrointestinal.	167	63,3	57,1 - 69,1	
– Reconhece alterações no padrão menstrual.	116	43,9	37,9 - 50,2	
3. Complicações				
– Aumento da Pressão Arterial	15	5,7	3,2 - 9,2	
– Acidente Vascular Cerebral	8	3,0	1,3 - 5,9	
– Infarto Agudo do Miocárdio	6	2,3	0,8 - 4,9	
– Trombose venosa profunda	5	1,9	0,6 - 4,4	

P₂₅: Percentil 25; P₅₀: Percentil 50 ou mediana; P₇₅: Percentil 75; IC: Intervalo de Confiança.

Encontrou-se que para o uso correto de AOC, as mulheres apresentaram mediana=4,00; IQ=1,00. Desse modo, para essa variável 75% das mulheres

apresentaram um conhecimento “substancial” ou menos.

A tomada diária em horário regular apresentou-se como o item de maior acerto pelas usuárias a respeito do uso correto do AOC, relatada por 223 (84,5%) mulheres (IC 95%= 79,5 – 88,6); o início correto da cartela subsequente foi mencionado por 110 (41,7%; IC 95% = 35,7- 47,9) participantes, sendo o item de menor acerto na avaliação do uso correto do AOC.

Parte das mulheres, ou seja, 30 (11,5%) que apresentaram nível de conhecimento “nenhum” para uso correto de AOC fizeram relatos relevantes ao objeto de estudo, os quais estão mencionados a seguir, nas seguintes temáticas:

Falta de conhecimento sobre início das cartelas:

“Não contei os dias da menstruação quando comecei a pílula, segui o dia da semana que tem na cartela e comecei a tomar sem estar menstruada” (Carolina, 18 anos, usa AOC há 8 meses).

“Quando comecei pela primeira vez a tomar comprimido [...] eu não estava menstruada. Aí fiquei sem ter relação por dois dias” (Rute, 18 anos, usa AOC há 2 meses).

“Pode tomar fora do ciclo e obter segurança na primeira pílula ingerida.” (Patrícia, 21 anos, usa AOC há 1 ano).

“Espero chegar o primeiro dia do mês para começar a cartela”. (Andréia, 38 anos, usa AOC há 2 meses).

“Demoro três a quatro dias para menstruar quando termina minha cartela, aí tomo no quinto dia da menstruação” (Maria, 23 anos, usa AOC há 1 ano).

“Espero sete dias para vir a menstruação, depois passo cinco dias menstruada. Quando a menstruação termina começo a cartela” (Arlete, 27 anos, usa AOC há 2 meses; Julia, 29 anos, usa AOC há 10 anos).

“Tomo direto, não dou pausa” (Marisete, 15 anos, usa AOC há 2 meses).

“Depois de quatro dias que termina a cartela vem minha regra. Conto o 1º dia da regra pra tomar o comprimido” (Ana, 21 anos, usa AOC 6 meses).

“Minha regra, depois que termina a cartela, passa quatro dias para

vir. Fico três dias menstruada e depois conto mais cinco para começar a tomar a próxima cartela” (Rosa, 26 anos, usa AOC há 11 anos).

As falas expostas reúnem uma série de equívocos por parte das usuárias, que as predispõe ao risco de uma gravidez não planejada, pois afeta a eficácia do método. São erros associados ao início das cartelas (primeira cartela e cartela subsequente).

Falta de conhecimento sobre regularidade no horário das tomadas:

“Posso tomar em horários diferentes.” (Deise, 28 anos, usa AOC há 4 anos).

“Pode ser tomada em qualquer horário, desde que seja no mesmo dia” (Ester, 35 anos, usa AOC há 10 anos).

“Quando eu estava com o meu companheiro eu tomava todo dia, mas agora que estou distante dele, tomo um dia sim e dois não” (Hagar, 27 anos, usa AOC há 4 anos).

As irregularidades no horário e periodicidade de tomada do AOC relatadas pelas mulheres concorrem para o aumento dos efeitos colaterais, bem como para a menor eficácia do método.

Falta de conhecimento sobre o que fazer mediante o esquecimento de uma ou mais pílulas:

“Eu descarto a que eu esqueci” (Amélia, 22 anos, usa AOC há 4 anos).

“Se eu esquecer por mais que 12 horas desprezo a pílula” (Paula, 34 anos, usa AOC há 13 anos).

“Nunca esqueci, não sei o que eu faria” (Tárcia, 29 anos, usa AOC há 3 meses).

“Eu paro de tomar a cartela, espero a menstruação e enquanto isso uso caminha” (Késia, 26 anos, usa AOC há 11 anos).

O esquecimento de uma ou mais pílula(s) pode ser enfrentado pela usuária de diferentes modos, a depender do número de pílulas esquecidas: de uma a três, há

chance de manter o uso da mesma cartela, com pouco prejuízo à eficácia do método; quando o esquecimento for de mais de três pílulas, a cartela em uso deve ser interrompida, espera-se o próximo fluxo menstrual e inicia-se uma nova cartela.

Observou-se, pois, a necessidade de melhorar o conhecimento de parte das usuárias de AOC, quando se mostraram expostas a riscos aumentados de gravidez, e efeitos colaterais pela falta de informação, quando direito básico da assistência ao PF lhes foi negado.

No que concerne ao conhecimento sobre os efeitos colaterais, obteve-se (mediana=4,00; IQ=1,00), conferindo possibilidade de conhecimento “substancial” a 75% das usuárias, sendo que as “alterações no sistema nervoso” foram citadas por 204 (77,3%; IC 95%=71,7-82,2%) participantes, portanto a maior frequência. As alterações no padrão menstrual foram citadas por 116 (43,6%; IC 95%=37,9-50,2), que dentre os efeitos colaterais citados foram os que apresentaram menor frequência, todavia ainda relativamente elevada.

No que se refere às complicações relacionadas ao uso do AOC obteve-se (mediana=1,00; IQ= 0,00), conferindo nível de conhecimento “nenhum” a 75% das mulheres. Nesse contexto, aumento da pressão arterial e trombose venosa profunda foram as complicações de maior e menor conhecimento, reportadas por 15 (5,7%; IC95% = 3,2- 9,2) e 5 (1,9%; IC95% = 0,6 - 4,4%) participantes, respectivamente.

Os depoimentos que seguem retratam relatos das participantes sobre o item complicações ao uso de AOC analisados como mitos ou crenças, aspecto que vem ao encontro do baixo conhecimento das usuárias sobre a temática e que corrobora aspectos dantes citados, tanto com relação ao uso correto quanto com relação aos efeitos colaterais da pílula:

“Sim, quando a mulher passa muitos anos tomando a pílula, o pó da pílula pode acumular no útero e causar massa, raladuras e inflamação” (Eliane, 34 anos, usa AOC há 16 anos; Raquel, 25 anos, usa AOC há 2 anos; Mariana, 26 anos, usa AOC há 4 anos; Francisca, 25 anos, usa AOC há 5 anos).

“Sim, pode desenvolver cistos ou tumor depois de muitos anos” (Estela, 39 anos, usa AOC há 3 anos; Amélia, 22 anos, usa AOC há 4 anos).

“Quando a mulher usa por muito tempo acaba tendo problema para engravidar” (Gerusa, 30 anos, usa AOC há 4 anos).

“Alguma inflamação pelo uso prolongado. O certo seria a mulher dar uma pausa de dois meses por ano (Lúcia, 38 anos, usa AOC há 3

meses).

“Caso tome por muito tempo pode ficar insensível aos efeitos da pílula e acabar engravidando” (Nayara, 18 anos, usa AOC há 1 ano).

Do exposto, as crenças e mitos associaram o uso do AOC ao surgimento de “uma massa no útero”, “raladura”, cistos ou tumor, infertilidade, inflamação e perda de ação pelo uso prolongado.

5.5 Conhecimento sobre uso correto, efeitos colaterais e complicações relacionadas ao AOC e fatores associados

Após a avaliação do conhecimento, se realizou testes bivariados dos seguintes fatores: conhecimento sobre uso correto, efeitos colaterais e complicações ao uso do AOC com Centros de Saúde da Família (CSF) pesquisados; com idade, escolaridade, número de pessoas na família, renda familiar mensal e tempo de uso do AOC; e com os tipos de conhecimento entre si.

Para os quesitos do conhecimento uso correto, efeitos colaterais e complicações relacionadas ao uso de AOC, aplicou-se o Teste de Kruskal-Wallis, tendo em vista a verificação de associação estatisticamente significativa entre aquele e as unidades de saúde estudadas. O valor de “p” obtido com aplicação deste teste foi de 0,01 ($p < 0,05$), o que demonstrou uma associação estatisticamente significante. Para se saber para quais unidades se direcionou um maior ou menor conhecimento, utilizou-se o teste de Mann-Whitney. Neste, os CSF foram avaliados de dois a dois e o valor de “p” estabelecido para afirmação de associação significativa foi de 0,002.

Retomando a metodologia do estudo, os dados foram coletados em sete CSF codificados pelos numerais de 1 a 7, representando as seis SER. Assim, este teste revelou que houve uma diferença que se direcionou estatisticamente entre os CSF 4 e 6, onde no CSF 4 foi identificado maior nível de conhecimento quando comparado ao CSF 6 ($p=0,001$), no quesito “conhecimento sobre uso correto”.

Quanto ao conhecimento acerca dos efeitos colaterais, o CSF 3 apresentou melhor nível de conhecimento ($p= 0,000$) quando comparado ao 4. Os CSF 2 e 7 também se relacionaram estatisticamente, no qual, o CSF 7 apresentou melhor nível de conhecimento quando comparado ao 2 ($p=0,000$). Também ocorreu associação

entre os CSF 4 ($p = 0,000$) e 5 ($p = 0,001$) quando comparados com o CSF 7, que apresentou melhor nível de conhecimento sobre o referido tema.

Como o nível de conhecimento sobre complicações do AOC foi “nenhum” em todos os CSF investigados, não se aplicou o teste de associação.

Para os fatores contínuos, idade, número de pessoas na família e tempo de uso do AOC, foi utilizada estatística descritiva e aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov, para verificar se o conjunto de dados seguia uma distribuição normal. A aplicação do referido teste revelou um valor de $p < 0,05$, o que significa que esses dados seguiram uma distribuição assimétrica. Assim, a partir dessa constatação, utilizou-se testes não-paramétricos e correlação de Spearman.

Ao se utilizar a correlação de Spearman entre os tipos de conhecimento pesquisados sobre o AOC com idade, escolaridade, número de pessoas na família, renda familiar mensal e tempo de uso da pílula, verificou-se uma correlação positiva entre o conhecimento relacionado ao uso correto do AOC com escolaridade ($\rho = 0,164$; $p = 0,008$), renda familiar mensal ($\rho = 0,135$; $p = 0,029$) e com conhecimento sobre complicações associadas ao AOC ($\rho = 0,127$; $p = 0,039$).

Na correlação entre conhecimento sobre efeitos colaterais do AOC e o tempo de uso da pílula, verificou-se que quanto maior o tempo de uso da pílula, maior também foi o conhecimento das mulheres acerca de seus efeitos colaterais ($\rho = 0,189$; $p = 0,002$).

Ao se verificar a correlação entre escolaridade e conhecimento sobre complicações do AOC, constatou-se que quanto maior a escolaridade, maior também foi o referido conhecimento ($\rho = 0,166$; $p = 0,007$).

5.6 Uso seguro de AOC de baixa dose conforme critérios médicos de elegibilidade da OMS

Tabela 4. Distribuição do número de usuárias de AOC de baixa dose conforme os critérios médicos de elegibilidade para uso seguro. Sistema de Saúde de Fortaleza-CE. Mar.-Jul., 2010.

Variáveis	Categoria OMS	N	%	IC 95%
Condições pessoais e reprodutivos				
Tabagismo associado à idade < que 35 anos	2	32	12,1	8,4-16,7
Obesidade	2	23	8,7	5,6-12,8
Amamentação por um período > que seis meses.	2	21	8	5,0-11,9
Idade maior que 40 anos	2	7	2,7	1,1-5,4
Tabagismo (menos de 15 cigarros por dia) associado à idade > que 35 anos	3	4	1,5	0,4- 3,8
Condições cardiovasculares				
Antecedente familiar de TVP	2	10	3,8	1,8-6,9
Pressão arterial (sistólica 140-159; diastólica 90~99mmHg)	3	3	1,1	0,2-3,3
Doença cardiovascular	4	3	1,1	0,2-3,3
Antecedente pessoal de TVP	4	3	1,1	0,2-3,3
Doença cardíaca valvular complicada	4	2	0,8	0,1-2,7
Condições sistêmicas				
Cefaleia sem enxaqueca	2	112	42,4	36,4 - 48,6
Cefaleia com enxaqueca e idade < que 35 anos	3	47	17,8	13,4-23
Cefaleia com enxaqueca e idade > que 35 anos	4	14	5,3	2,9-8,7
Enxaqueca com aura	4	12	4,5	2,4-7,8
Doença de vesícula biliar (*tratada por colecistectomia)	2	6	2,3	0,8-4,9
Doença hepática	3	2	0,8	0,1-2,7
Diabetes sem complicações	2	1	0,4	0-2,1
Condições ginecológicas				
Neoplasia Intra Cervical (NIC)	2	62	23,5	18,5-29,1
Sangramento vaginal inexplicável	2	11	4,2	2,1-7,3
Doença mamária	2	9	3,4	1,6-6,4
Câncer de mama no passado	3	1	0,4	0,0-2,1

Condições com frequência zero: intervalo inferior a 21 dias pós-parto; múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular; tromboflebite superficial; terapia com antiretrovirais; acidente vascular cerebral; interação medicamentosa; anemia falciforme.

O uso seguro de AOC exige a ausência das condições clínicas do sistema de checagem apresentado na tabela 4 ou, se presentes, estejam na classificação categoria 2, que no geral, não contra-indica o uso de AOC, uma vez que os benefícios superam os riscos, o que não invalida a importância de a usuária manter-se em seguimento pela equipe de saúde.

Quanto às condições pessoais e reprodutivas, não houve, no geral, riscos teóricos ou comprovados que superassem as vantagens de se utilizar o método (categoria 3), tampouco condições que representassem risco de saúde inaceitável, caso o AOC fosse utilizado (categoria 4), à exceção do tabagismo (menos de 15 cigarros por dia) associado à idade > que 35 anos que foi verificado em 4 (1,5%; IC 95%=0,4-3,8). Portanto, em face ao exposto, o tabagismo constitui fator a ser controlado nas ações de PF.

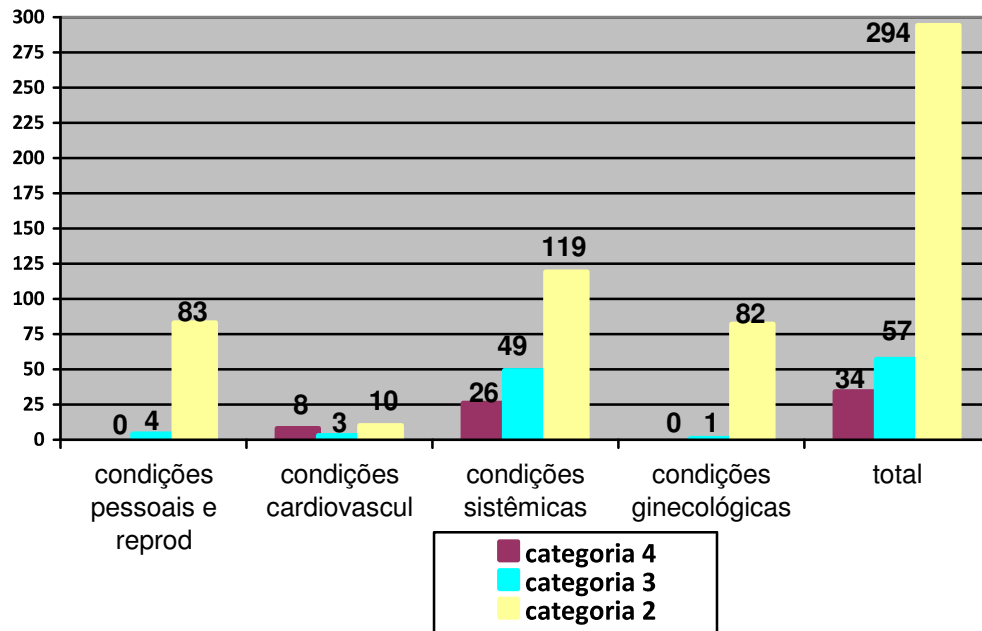
Nas condições cardiovasculares, à exceção de antecedente familiar de TVP, as demais condições representaram risco para usuárias de AOC, porém em baixa frequência. Mesmo assim, as condições pressão arterial (sistólica 140-159; diastólica 90~99 mmHg), doença cardiovascular, antecedente pessoal de TVP e doença cardíaca valvular complicada quando somadas, totalizaram 11 (4,1%) mulheres em uso de AOC nas categorias 3 ou 4, destacando 8 (3,0%) na categoria 4, de risco inaceitável.

Quanto às condições sistêmicas, 49 (18,6%) foram avaliadas na categoria 3, com 47 (17,8%) apresentando cefaleia com enxaqueca e idade < que 35 anos e 2 (0,8%) apresentando doença hepática. Outras 26 (9,8%) foram avaliadas na categoria 4, sendo 14 (5,3%) portadoras de cefaleia com enxaqueca e idade > que 35 anos e 12 (4,5%) sendo portadoras de cefaleia com aura. Nesse contexto, as condições sistêmicas determinaram maior frequência de mulheres sob risco ao usarem o AOC, aspectos que merecem ser melhor explorados nas entrevistas pelos profissionais de saúde.

A respeito das condições ginecológicas, apenas o passado de câncer de mama comprometeu a segurança do uso do AOC (categoria 3), estando presente na história de 1 (0,4%; IC 95%=0,0-2,1) mulher.

O gráfico apresentado a seguir sumariza o total de usuárias de AOC por categorias da OMS, segundo as modalidades de condições clínicas.

Gráfico 2. Distribuição do número de usuárias de AOC de baixa dose por categorias da OMS, segundo as modalidades de condições clínicas. Sistema de Saúde de Fortaleza-CE. Mar.-Jul., 2010.



O gráfico destaca a realidade de mulheres em uso inseguro de AOC no sistema de saúde de Fortaleza, quando as quatro modalidades de condições clínicas representaram risco em maior ou menor grau. Estas se encontravam sob risco - categoria 2 e categoria 3 - em todas as modalidades de condições clínicas, predominando, todavia, a modalidade condições sistêmicas, seguindo pelas condições pessoais e reprodutivas; o risco - categoria 4 - mostrou maior acometimento pela modalidade condições sistêmicas, seguindo pelas condições cardiovasculares.

6 DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica obtida na maior parte dos inquéritos e pesquisas é importante devido à influência que exerce sobre o estilo de vida, crenças, valores e acesso a informação e a serviços de saúde. Desse modo, a despeito de fornecer um panorama geral da população de interesse, ela subsidia a associação entre variáveis influenciadas pela educação e meio social.

Na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (Brasil, 2008), a faixa etária jovem tem prevalecido na população feminina atual, sendo as faixas etárias de 15-19 (29.268; 9,1%) e 20-24 (29.268; 9,1%) anos correspondentes as mais encontradas nacionalmente. Ao se fazer um retrospecto com pesquisa nacional similar no ano de 1996, vê-se que a estimativa favoreceu a uma faixa de idade menor, quando o percentual prevalecia para 10-14 anos de idade (27.520; 11,5%). Em termos de escolaridade, no Brasil, a maior parte da população feminina possui de 9 - 11 anos de estudo (36,9%). Resultado que corroborou o encontrado no presente estudo.

Conforme Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio (2009), ao se considerar as classes de rendimento brasileiro, encontrou-se um valor absoluto de 50.620 (n=162.807) pessoas vivendo sem rendimento e 35.655 (n=162.807) vivendo com 1 ou 2 salários mínimos. Deste modo, a média da renda mensal das participantes deste estudo foi ligeiramente superior (2,4 salários mínimos) aos dados nacionais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2009).

A condição de união monogâmica, presumivelmente tida nas uniões estáveis, consensuais ou casamento, assim como neste estudo, também prevalece no Brasil, onde 9.989 (64%) mulheres em idade fértil são casadas ou vivem em união consensual (BRASIL, 2008).

Quanto aos dados referentes ao histórico obstétrico, estudos mostram que múltiparas tem maior probabilidade de desenvolver estágios mais avançados de câncer do colo do útero, caso venham a contraí-lo, de gerar conceptos macrossômicos e de sofrer Descolamento Prematuro da Placenta (DPP) (NOMURA

et al., 2006) (MURTA *et al.*, 1999).

O percentual de mulheres muito jovens ou em idade considerada avançada para conceber perfaz um total de 103 (40%), sendo que a população jovem prevaleceu (95; 36%).

A fim de minimizar os riscos associados a essas variáveis, medidas governamentais são instituídas tanto a nível federal, quanto estadual ou municipal. Assegurar uma escolha livre para os métodos anticoncepcionais, ampliar o acesso a informação acerca da saúde sexual e reprodutiva e promover acompanhamento pré-natal efetivo são algumas metas instituídas por estes setores governamentais que corroboram tanto para diminuir a morbimortalidade materna quanto asseguram os direitos à saúde, conferidos a mulher.

Prova disso é que a taxa de fecundidade decresce com o passar das décadas. Segundo a PNDS (Brasil, 2008), os níveis de fecundidade seguem baixos e similares aos cinco anos anteriores a pesquisa, sendo encontrada uma média de 1,8 filhos por mulher. Esse valor diminui conforme se aumenta a idade. Desse modo, vê-se que as estratégias acima referidas devem se direcionar especialmente para as adolescentes (BRASIL, 2008).

Um intervalo curto entre gestações pode gerar complicações peri e pós-natal, tais como prematuridade, baixo peso ao nascer, mortalidade neonatal e desnutrição infantil (OLINTO *et al.*, 1993) (SILVA; CECATTI, 2006).

No presente estudo, 42 (15,9%) mulheres engravidaram no espaço temporal que envolve riscos. Nestas condições, é válida a investigação por parte dos profissionais que acompanham essas mulheres, se esse curto intervalo se deva a um desejo premente de engravidar ou se decorra da ausência ou displicência quanto ao uso do MAC elegido para uso. Além disso, se faz importante também, averiguar se essas mulheres são conhecedoras dos riscos que correm caso engravidem em intervalo de tempo muito curto.

Ao se remeter aos riscos reprodutivos, vê-se que ainda existem prevalências consideráveis (neste estudo, principalmente ocorreu a idade precoce para gestação). que desde a inserção das políticas públicas de atenção integral a saúde da mulher se deseja dirimir.

Estes fatores reprodutivos são, inclusive, marcadores importantes para garantia da integralidade e melhoria da atenção à saúde das mulheres. Assim, cada vez mais, deve-se reforçar, entre gestores e profissionais da saúde, a importância da

implementação de ações de educação em saúde reprodutiva, a fim de sensibilizar mulheres para também assumirem responsabilidade para com essa vertente de sua saúde. Cientes dos riscos reprodutivos existentes, mulheres podem, de forma mais consciente, planejar a extensão ou limitação de sua prole mediante Planejamento Familiar.

Quanto às variáveis que contemplam a indicação do AOC e história de falha, os resultados deste estudo apontaram (ver tabela 2) a profissão médica como a principal encarregada pela prescrição do AOC, o que ocorreu em mais da metade (138; 53,2%) dos casos. Vinte e cinco (9,4%) mulheres referiram o enfermeiro como o profissional responsável pela prescrição. Das pesquisadas, 101 (38,2%) mulheres recorreram a outras fontes, que não os profissionais da saúde, para indicação do AOC.

Ainda em 1990, foi feita uma análise secundária em prontuários médicos, em que se extraíram dados a respeito do conhecimento e indicação de anticoncepcionais orais a adolescentes. Na maior parte dos registros, as fontes de informação mais prevalentes foram os amigos, os parentes e os parceiros, nesta ordem (SCHOR; LOPEZ, 1990).

Já em 2008, Alves e Lopes (2008) demonstraram que a influência para escolha do anticoncepcional recaiu principalmente para as informações dadas por médico ou outro profissional da saúde ou às informações contidas em livros, revistas, televisão e internet. É salutar destacar, contudo, que o público deste estudo (n = 295) era diferenciado em virtude do bom padrão de escolaridade encontrado entre eles (universitários).

Em Fortaleza, no ano de 2005, estimou-se a cobertura de consultas médicas e de enfermagem em planejamento reprodutivo, considerando as mulheres em idade fértil que utilizaram a rede pública de saúde. As 337.742 consultas realizadas representaram uma cobertura de 81,9% dessas mulheres (FORTALEZA, 2006).

Moura, Silva e Galvão (2007) em estudo realizado no ano de 2007, com 29 enfermeiros da 4ª Célula Regional de Saúde (CERES) do Ceará, afirmaram que a dinâmica de atendimento e de entrega dos AOC diverge de equipe para equipe de saúde, não havendo, por conseguinte, uma rotina sistemática de atendimento. A entrega dos métodos, segundo as autoras, atrela-se a barreiras institucionais e profissionais. Nesse estudo, ao contrário dos achados deste, a prescrição de AOC ficou em sua maior parte a cargo do enfermeiro (65,5%).

Na tabela 2, descreve-se ainda o relato de falha no uso da pílula, o que ocorreu em 19 (7,1%) mulheres. Neste estudo a falha foi atribuída ao esquecimento. Contudo, as mulheres pareceram reconhecer que o problema não está na ineficácia do método. Ainda assim, das mulheres que relataram ter engravidado mesmo utilizando a pílula, 4 (21%) afirmaram a crença de pílula fraca.

As consultas regulares com médicos ou enfermeiros ganham ainda mais importância quando se vê que estas crenças, ainda que em frequências pequenas, permanecem na mentalidade de usuárias. O repasse correto de informações deve ser feito por esses profissionais, os quais devem esclarecer suas clientes a respeito das propriedades do MAC em uso, evitando que estas enrijeçam conceitos errôneos de senso comum.

No entanto, no que se reporta à busca pelo serviço para tratar do uso da pílula, viu-se que, em média (0,48; DP= $\pm 0,5$), não houve tal procura em quase metade das mulheres pesquisadas (126; 47,7%). Dessa forma, é plausível a consideração de que, apesar de as mulheres terem referido em sua maioria a indicação médica para o início do AOC, um percentual apreciável esteja obtendo o método por outras fontes, que podem ser a farmácia, a amiga ou familiar. Isso pode estar relacionado ao fato de que para obtenção da pílula, as mulheres tenham que enfrentar “longas filas” no serviço onde estão inseridas (barreiras institucionais), quer seja para consulta, quer seja para recebimento do AOC (MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007).

Assim, pensa-se que exista entre essas mulheres, uma maior vulnerabilidade para riscos clínicos, descontinuação do uso do método ou sua utilização de forma incorreta, o que pode resultar em maiores efeitos colaterais, complicações na saúde ou gravidez indesejada.

A fim de atender aos objetivos deste estudo, avaliou-se o conhecimento de mulheres acerca do uso correto, efeitos colaterais e complicações do AOC. Ademais, se procedeu à análise bivariada desses fatores do conhecimento com Centros de Saúde da Família (CSF) pesquisados; com idade, escolaridade, número de pessoas na família, renda familiar mensal e tempo de uso do AOC; e com os tipos de conhecimento entre si, e finalmente procedeu-se a avaliação quanto à segurança no uso do AOC.

Ao se pautar os três quesitos de conhecimento, viu-se, neste estudo, que quanto ao uso correto, foi “Substancial” o nível de conhecimento encontrado

(mediana=4,00; IQ= 1,00). As mulheres mais frequentemente relataram a tomada diária e horária da pílula (223; IC 95% = 79,5 - 88,6) e nos demais subitens desse tipo de conhecimento (uso correto), também foi considerável a frequência de corretos relatos, sendo superior a 60% nos casos analisados; salvo o subitem referente ao intervalo “inter cartelas”, que foi relatado corretamente por 41,7% (110;IC 95%= 35,7- 47,9) das participantes.

O nível “Substancial” de conhecimento encontrado para estes tipos de conhecimento deve-se em parte à tentativa do Brasil, desde a década de 80, em suprir os serviços com suporte técnico e humano adequado e qualificado e em tentar suprir a população usuária com o método.

A autonomia feminina e o interesse premente para o controle da prole, atrelado ao novo enfoque dado a atenção à saúde da mulher com a criação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), também podem ser considerados facilitadores de uma aquisição de conhecimento.

Schor *et al.* (2000) viram que os MAC mais conhecidos foram o condom e a pílula. Esse conhecimento entre os adolescentes com idade menor ou igual a 15 anos foi superior a 96%,e foi atribuído a comentários feitos no ambiente escolar.

Todavia, apesar de ter sido elevada a frequência (superior a 60%) de acertos para a maior parte dos itens que caracterizam o uso correto do AOC, considerando o quantitativo analisado na presente pesquisa (n= 264), é preocupante saber que 90 (34%) mulheres não souberam dizer sob que condições se deve iniciar uma cartela de AOC de baixa dose; 154 (58,3%) não relataram acertadamente o intervalo que deve ser obedecido entre o término de uma cartela de AOC de baixa dose e o início de outra; 41 (17%) não tomavam a pílula diariamente e/ou no mesmo horário e 51(19,4%) mulheres erraram ou não souberam o que fazer no caso de esquecimento de uma ou duas pílulas de AOC de baixa dose.

Lacunas no conhecimento foram detectadas mediante a referência equivocada acerca desses itens, que na verdade refletiram crenças existentes entre as mulheres. A partir da organização dos relatos das participantes, pôde-se separar em temáticas algumas incoerências ditas, como, por exemplo: falta de conhecimento sobre início das cartelas, falta de conhecimento sobre regularidade no horário das tomadas e falta de conhecimento sobre o que fazer mediante o esquecimento de uma ou mais pílulas.

Quanto à falta de conhecimento sobre o início da cartela, apreendeu-se que,

no item referente ao intervalo entre as cartelas, houve confusão entre o intervalo requerido para seu início, na primeira vez de uso e para cartelas subsequentes, no uso continuado.

Em meio as que relataram de forma incorreta esse intervalo (154; 58,3%), foi observado que: quando elas não iniciavam o uso da cartela em dias aleatórios, seguindo o fluxo das setas nela desenhadas, elas começavam-na desconsiderando o período menstrual. Contudo, não usavam método complementar por sete dias, como é requerido.

Em contrapartida, os dias de fluxo menstrual eram considerados quando terminados os 21 comprimidos da cartela; muitas esperavam a “regra descer” e contavam 5 dias para o início da próxima. Outras vezes, este intervalo era estendido para 10,12 ou mais dias.

No primeiro mês de uso, deve-se ingerir o 1º comprimido no 1º dia do ciclo menstrual ou, no máximo, até o 5º dia. Ao final da cartela, deve-se fazer pausa de 7 dias e iniciar nova cartela, independentemente do dia de início do fluxo menstrual (BRASIL, 2002).

Quanto à falta de conhecimento sobre a regularidade no horário das tomadas (41; 17%), usuárias acreditavam que as pílulas podem ser tomadas em horários diferentes sem acarretar em maiores consequências.

Um dos pontos básicos a serem considerados para o uso do AOC, é a tomada diária da pílula, e para sua maior eficácia, esse deve ser um costume diário. Os profissionais da saúde podem discutir com suas clientes dicas relacionadas à ingestão das pílulas, tais como associar o horário de tomada com alguma atividade diária, como a escovação dos dentes, por exemplo. Além disso, é importante que seja reforçado que a ingestão horária das pílulas pode reduzir seus efeitos colaterais (OMS, 2007).

Quanto ao proceder em caso de esquecimento na tomada de pílulas, algumas mulheres afirmaram descartar a pílula esquecida, outras param de tomar a cartela e esperam o próximo ciclo e outras não souberam responder o que fariam, pois nunca haviam esquecido de tomar “o comprimido”.

Paniz, Fassa e Silva (2005) abordaram questões semelhantes às abordadas no presente estudo; eles viram que 86,9% (3542) das mulheres pesquisadas souberam que o AOC deve ser tomado todos os dias. Todavia, 70% delas não referiram corretamente o que deve ser feito em caso de esquecimento. Esses

autores concluíram que, a despeito de haver certo conhecimento em mulheres com maior escolaridade, renda e entre as que vivem em união estável e apesar da alta prevalência de utilização de algum método ao longo da vida, ainda é limitado o conhecimento sobre uso correto e adequado dos métodos mais utilizados, assim como a respeito do conhecimento sobre modificações fisiológicas do organismo feminino tais como ciclo menstrual e período fértil.

A prática incorreta de uso do AOC por parte das mulheres, as torna vulneráveis à gravidez não planejada, visto que a eficácia do método nestas circunstâncias está comprometida. A OMS (2007) afirma que a eficácia do método depende da usuária, podendo ocorrer oito gravidezes para 100 usuárias quando se considera o uso típico do método. Todavia, se não houver erros na ingestão desses, menos de uma gravidez ocorrerá para uma centena de mulheres (OMS, 2007).

Partindo-se para o conhecimento sobre efeitos colaterais, um nível substancial de conhecimento (mediana=4,00; IQ =1,00) foi evidenciado. O subitem mais frequentemente conhecido foi o que disse respeito às alterações no sistema nervoso, sendo reconhecidas por 204 mulheres (77,3%; IC95% =71,7- 82,2). As alterações no padrão menstrual foram citadas por 116 (43,6%; IC 95%=37,9-50,2), que dentre os efeitos colaterais citados foram os que apresentaram menor frequência, todavia ainda relativamente elevada.

Por serem sensações desagradáveis, é possível que mulheres se interessem mais em estar esclarecendo sua ocorrência junto aos profissionais da saúde ou até mesmo no convívio social. É provável também, que profissionais da saúde em suas consultas de PF, orientem as mulheres sobre os efeitos mais comuns, a fim de evitar a interrupção do uso do método, visto que, o uso dos contraceptivos pretendidos pelas mulheres, pode ser dificultado por fatores que se centram na falta de conhecimento e obstáculos ao acesso do método, além de preocupação com efeitos colaterais (WILLIAMSON *et al.* 2009).

Presume-se assim, que neste aspecto (efeitos colaterais), está havendo informação adequada às usuárias e isto oportuniza a eleição informada e voluntária do método anticoncepcional, direito básico a ser assegurado às mulheres, consoante legislação do PF (OMS, 2005).

Todavia, assim como ocorreu com o uso correto, também houve lacunas no conhecimento referente aos efeitos colaterais em um considerável número de mulheres: 148 (56%) mulheres não reconheceram que o uso de AOC pode causar

alterações menstruais (redução, irregularidade e ausência do fluxo menstrual); 60 (23%) mulheres desconheciam que alterações no sistema nervoso (alteração de humor, irritabilidade, tontura e cefaleia) podem ocorrer após o uso de AOC; 97(37%) não sabiam que mudanças gastrointestinais (epigastria, náusea e vômito) podem surgir; e ainda, 87(33%) mulheres não se reportaram à mastalgia e alteração do peso (alterações sistêmicas) como possíveis modificações em virtude do uso de AOC.

No que concerne às complicações relacionadas ao uso do AOC, obteve-se (mediana=1,00; IQ= 0,00), nível de conhecimento “nenhum” para até 75% das mulheres. Nesse contexto, aumento da pressão arterial e trombose venosa profunda foram as complicações de maior e menor conhecimento, reportadas por 15 (5,7%; IC95% = 3,2 - 9,2) e 5 (1,9%; IC95% = 0,6 - 4,4%) participantes, respectivamente.

Este tipo de conhecimento foi o que obteve menor nível. Os riscos referidos pelas mulheres dissociaram dos expostos na literatura (OMS, 2007; BRASIL, 2002) e, ao contrário das complicações sistêmicas como TVP, IAM e AVC, as mulheres “perceberam” complicações focadas para o sistema reprodutor feminino (como pode ser observado nas falas apresentadas no tópico dos resultados).

Das participantes deste estudo, 50% (132) referiu complicações, tais como: acúmulo de massa no útero, que, segundo algumas mulheres, o “médico disse”; “raladura”, cistos ou tumor, infertilidade, inflamação e perda de ação pelo uso prolongado.

É válida a reflexão de que as percepções errôneas acerca desse tipo de conhecimento perpassam indivíduo-usuário, comunidade, mas podem também permear profissionais da saúde, que, ou por não saberem ou por negligenciarem o repasse de informação à sua clientela acabam contribuindo para a sedimentação desses mitos, perpetuando, assim, a desinformação, quando a desmistificação é que deveria ocorrer (HAMANI *et al.*,2007).

Ainda referenciando Hamani *et al.* (2007), foi visto, assim como neste estudo, que há uma crença de que o uso prolongado do AOC causa infertilidade e câncer. Houve ainda confusão que pairou sobre benefícios ou efeitos colaterais de AOC. Um terço dos adolescentes desse estudo, acompanhado de 14% dos médicos, atribuiu o surgimento de hirsutismo e acne ao uso de AOC, quando na verdade, os AOC podem ser utilizados para tratar tais manifestações de alterações hormonais (OMS, 2007).

Reportando-se doravante à associação entre os fatores do conhecimento e os Centros de Saúde da Família (CSF), fatores sociodemográficos e concernentes à pílula que encontraram relação estatisticamente significativa, prossegue-se a discussão considerando a variável CSF.

A aplicação de testes estatísticos revelou um maior conhecimento referente ao uso correto de AOC direcionado para o CSF 4. Quanto aos efeitos colaterais, um maior conhecimento esteve sobre os CSF 3 e 7, quando comparados aos demais. O conhecimento sobre as complicações advindas do uso de AOC foi “nenhum” (mediana=1,00; IQ=0,00) em mais de 75% da amostra, isto para os sete CSF analisados.

A diferença encontrada entre os CSF, apesar de pertencerem a um mesmo município (Fortaleza-Ce) e apresentarem usuárias com semelhante caracterização social, pode ser devido à forma pela qual se efetiva a atuação profissional em PF, o que varia de equipe para equipe de saúde, conforme dito:

Há uma dissociação entre as práticas educativas e a rotina de atenção ao planejamento familiar; restrições qualitativas e quantitativas de acesso aos métodos contraceptivos (...). Ficam evidentes as condições de comprometimento do exercício da autonomia das mulheres quanto a livre escolha dos métodos contraceptivos (MOURA; SILVA, p.82, 2005).

Em estudo cearense, Moura e Silva (2005) avaliaram a competência técnica de profissionais que atuam no cuidado em anticoncepção. No ano de 2003, coletaram-se dados com 29 enfermeiros e 50 usuários do Programa Saúde da Família (PSF). Os resultados obtidos mostraram que, no geral, os enfermeiros haviam participado de atualização no referente à anticoncepção e normas técnicas. Contudo, foi visto a existência de barreiras profissionais que repercutem negativamente na comunicação e informação quanto a técnicas e manejo dos anticoncepcionais. As autoras concluíram que há lacunas na competência profissional que acabam por gerar distorções na qualidade da atenção em PF.

Poderia se pensar que esta é uma realidade que se restringe somente ao Brasil. Entretanto, viu-se em estudo realizado em Israel que médicos não só possuem concepções errôneas a respeito do AOC como negligenciam o repasse de informações básicas, mas consideradas importantes para prevenção de gravidez

indesejada por parte de sua clientela (HAMANI *et al.*, 2007).

Sumarizando a análise entre os tipos de conhecimento com as variáveis acima discutidas, os resultados deste estudo permitiram inferir que houve maior conhecimento sobre uso correto para as mulheres mais instruídas e com melhor situação econômica; quanto melhor foram estas condições, melhor também foi o nível para esse tipo de conhecimento (correlação de Spearman positiva).

Houve também uma correlação positiva entre o conhecimento sobre as principais complicações advindas do uso de AOC e o conhecimento acerca de seu uso correto. Assim, as mulheres que apresentaram melhor conhecimento para o uso correto de AOC, também o tiveram para as complicações.

A PNDS (Brasil, 2008) mostrou que 99,6% das mulheres entrevistadas (n= 15.575) conheciam ou já tinham ouvido falar acerca da pílula anticoncepcional (Brasil, 2008) e mais da metade dessas mulheres tinha cursado, no mínimo, o ensino fundamental completo.

Paniz, Fassa e Silva (2005), em pesquisa realizada na cidade de Pelotas (RS), avaliaram o conhecimento sobre uso correto, indicações, contra-indicações e reversibilidade dos métodos anticoncepcionais, dentre eles o anticoncepcional oral. Essa pesquisa, que avaliou 1.991 mulheres mostrou que um maior conhecimento esteve relacionado com maior idade, maior escolaridade e melhor nível sócio-econômico, o que confirma os resultados deste estudo, a exceção da variável idade, que não apresentou associação estatisticamente significativa com relação ao conhecimento sobre uso correto de AOC.

Espejo *et al.* (2003) também encontraram dados semelhantes aos da discussão do parágrafo anterior. Eles avaliaram a associação entre variáveis socioeconômicas e demográficas e o conhecimento sobre métodos anticoncepcionais. Neste estudo, realizado com 472 mulheres na cidade de Campinas-SP, foi visto que o conhecimento se associou com as variáveis escolaridade e renda familiar. Tanto maior eram essas, maior também era o escore de conhecimento.

Belo e Silva (2004) relataram em seu estudo que o conhecimento adequado dos métodos anticoncepcionais foi alto (156; 94,2%) na população estudada (adolescentes grávidas) e mostrou uma relação direta com a classe econômica e a idade.

Espejo *et al.* (2003) também classificaram em adequado ou inadequado o conhecimento de 472 paulistas pesquisadas. Para tal classificação, utilizou-se uma pontuação por escores, mas as questões abordadas diferiram das contempladas neste estudo, em que foram considerados aspectos específicos do uso de AOC. No estudo de Espejo *et al.* (2003) foram elaborados itens mais gerais que concerniam a diversos MAC.

Mas, ainda em relação ao estudo anterior, 95,1% das mulheres referiram conhecer a pílula anticoncepcional. Contudo, os autores puseram em discussão que esse conhecimento se limita ao “ouvir falar”.

Hamani *et al.* (2007) viram, em um quantitativo de 5254 adolescentes, que recebiam atendimento em clínica de Israel, que foi elevada a prevalência de crenças incorretas, mas o tempo de uso da pílula não influenciou nessa variável.

Neste estudo, ao contrário de Hamani *et al.* (2007), relacionou-se o conhecimento sobre efeitos colaterais de AOC com tempo de uso da pílula, encontrando-se uma correlação positiva entre essas variáveis.

Williamson *et al.* (2009) realizaram uma revisão sistemática sobre a visão das mulheres jovens sobre suas escolhas contraceptivas e os fatores limitantes para seu uso. Os resultados encontrados foram os de que o uso do AOC foi limitado por fatores que se centralizam na falta de conhecimento, na falta de acesso e preocupação das usuárias para com os efeitos colaterais, principalmente a noção errônea da infertilidade advinda do uso prolongado de AOC.

Sousa e Gomes (2009) realizaram estudo com 278 adolescentes na cidade de Teresina (Piauí). Elas aplicaram questionário e utilizaram escalas a fim de medir o conhecimento objetivo e percebido das adolescentes acerca do uso de anticoncepcional hormonal oral. Para serem consideradas como detentoras de conhecimento objetivo adequado, era necessário o acerto de todos os quatro itens contidos na escala, que abordavam aspectos de uso correto do AHO. O conhecimento percebido foi assim classificado a partir da confiança de acerto que as participantes tinham ao responder cada item. Como resultado, foi visto que 98,2% destas adolescentes possuíam baixo conhecimento objetivo e percebido. As autoras concluíram que

O inexpressivo conhecimento objetivo e percebido acerca de anticoncepcionais orais que foi observado neste estudo aponta que é preciso investir em educação sexual nas escolas, bem como, em técnicas mais acessíveis de informação a fim de se alcançar o público adolescente e assegurar-lhes alto conhecimento objetivo. O sucesso dessas metas estaria refletido no conhecimento percebido satisfatório, que assim permitiria à adolescente ciência de seu conhecimento e, portanto, segurança em utilizar os contraceptivos” (SOUSA; GOMES, 2009, p.652).

Martins *et al.* (2006) em estudo conduzido na área urbana de São Paulo, do tipo inquérito Conhecimento, Atitude e Prática, com 1594 alunos, entre adolescentes de escolas públicas e privadas, avaliaram o conhecimento sobre modo de uso, efeitos colaterais, vantagens e desvantagens de MAC, mediante a elaboração de questionário com 20 questões tratando desses aspectos. Assim, o adolescente que acertava 10 ou mais questões (escore 5) era considerado como tendo conhecimento satisfatório. Com a obtenção dos resultados dessa pesquisa foi evidenciado que 25,7% dos adolescentes das escolas públicas e 40,8% das privadas apresentaram escore superior ou igual a cinco. Contudo, o nível de conhecimento adequado sobre métodos anticoncepcionais foi considerado baixo para os adolescentes de ambos os tipos de escolas porque menos da metade desses alcançaram um conhecimento satisfatório.

Tendo contemplado os aspectos propostos para avaliação do conhecimento de usuárias de AOC e fatores associados, segue-se direcionando o olhar para as condições clínicas nas quais se enquadraram as participantes desta pesquisa. Como já foi dito, considerou-se situações que as classificaram nas categorias 2, 3, e 4 conforme a OMS (2004).

A categoria 2 não contra-indica a utilização de AOC de baixa dose e as condições nela vista perpassaram as modalidades das condições pessoais e reprodutivas, cardiovasculares, sistêmicas e ginecológicas. Dentre essas, a mais relatada foi cefaleia sem enxaqueca (112; 42,4%; IC95%= 36,4 - 48,6), seguida por NIC (62; 23,5%; IC 95% = 18,5 - 29,1). Ainda dentro dessa categoria, foram menos vistos os casos de doença de vesícula biliar tratada (6; 2,3%; IC 95% = 0,8 - 4,9) e diabetes sem complicação (1;0,4%;IC 95%= 0,0 – 2,1).

Além da supressão da ovulação e influência na espermomigração e outras alterações restritas ao trato reprodutivo feminino, os AOC de baixa dose provocam

alterações em outros sistemas do corpo, gerando efeitos adversos. Dentre esses, os que mais parecem incomodar as mulheres, chegando a causar descontinuidade de uso, são as alterações no padrão de sangramento menstrual e cefaleia (AMY; TRIPATHI, 2009).

Harris e Kaneshiro (2009) destacaram em seu estudo que a cefaleia é comum em mulheres férteis. Por conta disso, é esperado que os médicos estejam familiarizados com critérios que abranjam essa condição clínica. Eles expõem também, que o uso de AOC na vigência de cefaleia isolada é seguro. No entanto, devido ao aumento no risco para o AVC, o uso deve ser evitado em mulheres que, associados à cefaleia, tenham outros fatores considerados de risco.

A segunda condição clínica mais evidenciada dentro da categoria 2 foi a Neoplasia Intra Cervical (NIC). Nas evidências postas pela OMS (2004) é descrito que em mulheres com infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) persistente (comum agente causador de NIC), o uso de AOC por mais de 5 anos pode aumentar o risco de câncer do colo do útero.

É válido destacar que se considerou o evento de NIC quando as mulheres se reportaram a ocorrência de “raladura no útero que precisou queimar”, já que foi inexequível a constatação por exame no momento da entrevista.

Ainda focando o trato reprodutor feminino, viu-se que 11 (4,2%) mulheres citaram sangramento vaginal inexplicável. Padrões irregulares de sangramento, sangramento não programado e amenorreia são efeitos associados com o uso de AOC, especialmente durante os primeiros meses de uso. Esses padrões de sangramento são influenciados pela dose do estrógeno, pelo tipo de progesterona e pelo equilíbrio dos dois hormônios em cada comprimido (HAMPTON *et al.* 2009).

A OMS (2004) ressalta que, na presença de sangramento vaginal inexplicável, caso haja suspeita de gravidez ou condição patológica subjacente (tal como câncer no colo do útero), a mulher deve ser avaliada e a categoria, ajustada após a avaliação (OMS, 2004).

Já que os sangramentos persistentes necessitam de investigação clínica, é importante que o profissional da saúde que acompanha mulheres usuárias de AOC, as informe que devem se atentar para sangramentos constantes, e em sua ocorrência, deve orientá-las à busca por profissional especializado.

É conveniente o comentário de que uma mulher que se enquadre em uma categoria 2 de elegibilidade médica não deva negligenciar consultas regulares ao

serviço de saúde, tendo em vista sua manutenção ou correção precoce de eventuais agravos. Todavia, para as mulheres deste estudo, foi visto que a busca pelo serviço de saúde para tratar de aspectos e efeitos relacionados ao uso do MAC, ocorreu em menos da metade dos casos (47,7%).

Não somente para esta condição clínica, mas também para as demais, é mister que o médico e/ou enfermeiro que atue em PF considere os critérios médicos já discutidos antes de prescreverem algum AOC. Além disso, de tamanha importância ainda, é passar essas orientações às clientes, visto que, na existência de alguma dessas condições, estariam essas, “sensibilizadas” a procurar o profissional devido.

Tomando para discussão fatores de risco para doenças cardiovasculares, como resultado desta pesquisa, encontrou-se que nas condições cardiovasculares, 11 (4,1%) mulheres em uso de AOC foram classificadas nas categorias 3 ou 4, destacando 8 (3,0%) na categoria 4, de risco inaceitável.

Muito se tem discutido acerca dos efeitos do uso de AOC no aumento da pressão arterial, no risco para IAM e TVP. Pode haver risco relativo aumentado para TVP e embolismo pulmonar, o qual pode variar de 2.1 a 4.4. Tal risco se relaciona a dose do estrogênio e ao tipo de progestogênio. As pílulas que contêm o desogestrel ou gestodene são associadas com um maior risco quando comparadas as que são compostas por levonorgestrel ou noretisterona. Aqueles que contêm o acetato de ciproterona possuem ainda maior risco (AMY; TRIPATHI, 2009).

Neste estudo, dentre os AOC mais frequentemente utilizados, estiveram o Ciclo 21[®](160; 61%); Microvlar[®] (39; 15%) e Nociclin[®] (19; 7,2%), que contém em suas formulações, o etinilestradiol em baixa dose combinado com Levonogestrel. Foram encontradas também, frequências consideráveis de mulheres utilizando formulações de etinilestradiol combinadas com Desogestrel e Gestodeno e ainda Acetato de ciproterona (Femina[®], Diminut[®] e Selene[®]).

É válido reforçar aqui, a necessidade de constantes atualizações (Prática Baseada em Evidências) por parte da equipe de saúde que lida com usuárias de AOC, e dentre os disponíveis pelo serviço público, devem ser oferecidos os que possuem componentes que envolvam menores riscos.

Felizmente, isso se aplicou às mulheres estudadas, visto que a maioria obteve o Ciclo 21[®] ou formulações que possuem progestogênios de menor risco. As demais formulações com combinações não tão recomendadas (Femina[®], Diminut[®] e

Selene[®]) foram as obtidas por conta própria ou outra fonte que não o profissional da saúde.

Na ausência de uma história de fumo e de outros fatores de risco convencionais, as formulações modernas de AOC podem não implicar em risco aumentado para IAM. As usuárias atuais possuem um pequeno risco para doença cardíaca isquêmica e este risco, na maior parte dos casos, se associa a presença de outros fatores também considerados de risco (tabagismo, hipertensão, enxaqueca). Há, todavia, forte consistência para afirmação de risco elevado de tromboembolismo venoso entre usuárias de AOC de baixa dose. O risco é substancialmente elevado entre mulheres com vários defeitos herdados de fator de coagulação (HANNAFORD, 2000).

Carr e Ory (1997) já diziam que a incidência para doenças cardiovasculares associada ao uso de contraceptivos orais que contenham menos de 50 mcg de etinilestradiol seria de aproximadamente 2 mulheres por 100.000 ao ano. Entre as não tabagistas com menos de 35 anos sem histórico hipertensivo, esse valor tenderia a decrescer.

Quanto às condições sistêmicas, 49 (18,6%) foram avaliadas na categoria 3, com 47 (17,8%) apresentando cefaleia com enxaqueca e idade < que 35 anos e 2 (0,8%) apresentando doença hepática. Outras 26 (9,8%) foram avaliadas na categoria 4, sendo 14 (5,3%) portadoras de cefaleia com enxaqueca e idade > que 35 anos e 12 (4,5%) sendo portadoras de cefaleia com aura.

A enxaqueca constitui fator de risco para AVC isquêmico em mulheres com idade fértil, e o risco aumenta na presença de aura. Em estudo de caso-controle multicêntrico, investigou-se a relação entre enxaqueca e AVC em mulheres com idade entre 20 e 44 anos. Foi visto que, dos 86 casos de derrame isquêmico e 214 controles, o risco ajustado para esse agravo foi significativamente associado com: enxaqueca de mais de 12 anos de duração e enxaqueca inicial com aura. Em nenhum caso a correção para o uso da contracepção oral alterou significativamente essa razão de chance. Estes dados somente confirmaram relatos de uma relação entre acidente vascular cerebral isquêmico e enxaqueca com aura, a despeito do uso de AOC.

Na investigação de cefaleia em consultas iniciais de PF, é importante constatar a presença ou não de enxaqueca, pois qualquer nova cefaleia ou agravos devem ser avaliados; e ainda mais se houver os fatores de risco já referidos para

AVC. A análise das evidências feitas pela OMS e que culminaram com a publicação dos critérios de elegibilidade para uso de MAC permitiu a afirmação consistente de que, entre as mulheres com enxaqueca, as que possuem aura correm maiores riscos de sofrerem AVC, e entre as que utilizam AOC, esse risco aumenta de 2 a 4 vezes (OMS, 2004).

Dessa forma, a OMS estabelece critérios de indicação ou contra-indicação para início ou continuidade do método, a partir do agravo da cefaleia ou ocorrência de enxaqueca na vigência de uso do AOC.

Nesta pesquisa, para afirmação da presença de cefaleia com, ou sem enxaqueca e ainda com, ou sem aura, considerou-se o relato da participante, a partir da resposta positiva às seguintes indagações: suas dores de cabeça fazem com que se sinta enjoada? Quando você tem uma dor de cabeça, a luz e o barulho incomodam você, bem mais do que quando você não está com dor de cabeça? Você tem dores de cabeça que a impedem de trabalhar ou de realizar suas tarefas habituais? Você já teve uma luz brilhante nos seus olhos que durou algum tempo, com perda de visão clara e geralmente de um lado só, e, em seguida, teve uma dor de cabeça?

Quanto à doença hepática, foi encontrada uma pequena frequência de casos em que duas mulheres referiram hepatite viral ativa, o que as enquadraram em uma categoria de risco para uso do AOC. Ressalta-se aqui, que não se exime a possibilidade de confundimento quanto a esta variável em uma condição de doença viral ativa ou, tão somente, uma condição de portadora, pois não se constatou, no momento da entrevista, sinais de comprometimento hepático, e as mulheres relataram estado de higidez e não uso de qualquer medicação além do AOC.

A respeito das condições ginecológicas, apenas o passado de câncer de mama comprometeu a segurança do uso do AOC (categoria 3), estando presente na história de 1 (0,4%; IC 95%=0,0-2,1) mulher.

Sobre o risco de câncer de mama associado ao uso de AOC, a OMS (2007) descreve que os resultados são de difícil interpretação, em virtude da existência de divergências. Enquanto estudos constatarem que mulheres que usaram AOC por um período superior a 10 anos apresentam o mesmo risco de câncer de mama que mulheres que não utilizaram AOC, ainda é posto que, quando esse tipo de tumor é detectado em usuárias, ele se apresenta em estágio menos avançado que em outras mulheres (OMS, 2007).

Ao se agregar as condições clínicas consideradas e as categorias para elas estabelecidas, vê-se que neste estudo, 91(35%) mulheres utilizam o AOC quando os riscos a sua saúde são maiores que os benefícios ou até mesmo inaceitáveis, ou seja, o utilizam de forma insegura. Assim, compete aos médicos e enfermeiros responsáveis pela indicação segura do AOC, melhorar as práticas de avaliação clínica dessa clientela prévia à prescrição e durante o acompanhamento, aspecto que pode ser alcançado com investimento em educação continuada dirigida aos conhecimentos, habilidades e atitudes profissionais. Também é fundamental que os três níveis de governo possam investir em políticas de promoção da saúde que reduzam a automedicação do AOC, englobando o uso orientado por amigas e outros atores que não, médicos e enfermeiros.

Reforça-se a necessidade de se considerar além dos critérios médicos para o uso do AOC, o histórico de saúde pregresso, o histórico obstétrico, o contexto socioeconômico e cultural, pois tão importante quanto “enquadrar as usuárias” em categorias que não envolvam riscos (categorias 1 e 2), é assegurar tanto quanto possível o acesso e manutenção do método, para que gravidezes indesejadas, principalmente em mulheres com riscos para conceber, sejam evitadas.

Como as categorias (1, 2, 3, ou 4) consideram fatores do estilo de vida, podendo estes oferecer riscos a saúde da usuária de AOC, uma contínua avaliação deve acontecer a cada consulta de PF e a prática de hábitos de vida saudáveis deve ser encorajada.

Como houve mulheres que utilizam o AOC sob condições inseguras para sua saúde, pensa-se que deve haver um reforço e atualização profissional em PF no sentido de se aprofundar o conhecimento acerca dos riscos aqui discutidos. Seria de grande significância, inclusive, haver a elaboração de instrumentos de consultas em PF que incluíssem os critérios da OMS, a fim de direcionar o olhar profissional para condições clínicas que não podem ser negligenciadas ao se indicar AOC, tais como: prática tabagista, histórico de doença cardiovascular, tromboembolismo venoso, hipertensão, relato de AVC, cefaleia com enxaqueca, doenças hepáticas, biliares, histórico de câncer de mama, dentre outros.

Para a mudança de realidades semelhantes a encontrada neste estudo, se faz necessário reforçar as estratégias e políticas públicas que almejam o alcance das metas vigentes no que diz respeito à saúde reprodutiva da mulher, na perspectiva do Planejamento Familiar (PF), a saber: proporcionar a compreensão

da eficácia relativa do MAC de escolha; uso correto; como o mesmo funciona; efeitos colaterais comuns; riscos e benefícios para a saúde; sinais e sintomas que demandam um retorno ao serviço de saúde, dentre outros (OMS, 2004). Esse conhecimento deve ser adquirido tanto por profissionais quanto por usuárias.

O conjunto desses resultados remete, necessariamente, à discussão acerca do acesso que as mulheres têm à informação de boa qualidade quanto aos MAC. Ao mesmo tempo, também impõe o debate sobre o que é uma informação de boa qualidade, que seja assimilável e significativa para quem está buscando alternativas anticoncepcionais (ESPEJO *et al.*, 2003.p.589).

Esse desconhecimento constitui problema de saúde pública porque as pílulas anticoncepcionais, atualmente, constituem o método mais amplamente utilizado pela população feminina brasileira. Ao se comparar os resultados das Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde, nos anos de 1996 e 2006, vê-se o aumento do uso da pílula em 4 % e a reversão da hegemonia da esterilização neste público.

Desse modo, apesar de haver um contexto multifacetado que perpassa fatores sociais, econômicos, culturais e desenvoltura profissional, que interfere na aquisição de conhecimento, escolha e manutenção de MAC, há uma necessidade e urgência em se despender esforços a fim de assegurar uso seguro e correto dos MAC, levando em consideração as recomendações sobre práticas selecionadas de uso dos métodos bem como os critérios médicos de elegibilidade.

Mulheres que usam AOC precisam saber que o MAC eleito para seu uso não lhes causa massa no útero, raladura, infertilidade ou inflamação, mas que pode aumentar o risco de complicações mais graves, apesar de mais raras, contudo passíveis de prevenção. Nessa perspectiva, estratégias devem extrapolar as instituições físicas de saúde, o fornecimento de insumos e a capacitação técnico-científica dos profissionais envolvidos e direcionar também o olhar para a clientela assistida, que pode ampliar as perspectivas do controle da fecundidade mediante o recebimento de informações e estratégias educativas que agreguem os fatores acima considerados, contribuindo para um agir (diferente de passividade) conducente à saúde.

Por fim, como limitação deste estudo, esclarece-se que alguns itens de checagem baseados nos critérios da OMS não puderam ser verificados, em virtude da dificuldade de certificação junto às participantes. Outras condições, como níveis

pressóricos elevados, doenças valvulares e hepáticas podem ter tido frequência superestimada pelas mesmas razões ora expostas. O diagnóstico de hipertensão não pode e nem poderia ser feito em um contato pontual com as participantes. Contudo, aferiu-se a pressão arterial seguindo diretrizes propostas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Como contribuição adicional, acredita-se que este estudo pôde oferecer um perfil integral do uso do AOC nas mulheres pesquisadas. Enquanto estudos anteriores abordaram questões superficiais e generalizadas para variados tipos de MAC, neste foi possível focar no AOC e, de forma acurada, considerar todos os aspectos práticos de uso, se estavam a ocorrer de forma adequada ou não.

Assim, com maior propriedade, acredita-se, puderam-se fazer inferências e caracterizar o conhecimento das participantes. O uso seguro também foi checado tendo o cuidado de investigar o maior número possível das condições clínicas propostas pela OMS.

Esta pesquisa também ofereceu “um diagnóstico de base” das mulheres das SER de Fortaleza, mostrando o que elas mais desconhecem sobre o AOC e quais são suas crenças em relação à prática e complicações deste, o que indiscutivelmente, corrobora para uma prática educativa direcionada e eficaz.

7 CONCLUSÃO

As mulheres em uso vigente de Anticoncepcionais Orais Combinados apresentaram, como principais riscos gestacionais, o intervalo gestacional menor que dois anos (42; 15,9%) e freqüente ocorrência de gravidez na adolescência (95; 36,0%), portanto, o fator de risco mais predominante. Estes fatores são evitáveis, devendo constituir foco da educação em saúde voltada ao PF, de modo a proporcionar que os casais planejem as gestações fora destes riscos.

A indicação da pílula atual (com prevalência majoritária para o Ciclo 21®) foi em grande parte feita pelo profissional médico (138; 52,3%) e foi grande a variação para o tempo de uso do AOC encontrada (DP=± 48,1).

As participantes apresentaram nível “Substancial” de conhecimento para o uso correto e efeitos colaterais, e “Nenhum” conhecimento para complicações com o uso do AOC. Ainda assim, equívocos prevaleceram sobre início da cartela, intervalo que deve ser obedecido entre o término de uma cartela e o início de outra, sobre a regularidade da tomada horária e diária da pílula, e sobre o procedimento em caso de esquecimento de uma ou duas pílulas de AOC de baixa dose.

O risco aumentado de morbidades sistêmicas oferecido pelo uso de AOC, que são complicações raras, todavia, graves (Infarto Agudo do Miocárdio, Trombose Venosa Profunda e Acidente Vascular Cerebral), não foi reconhecido por até 75% das mulheres, antes, se observou crenças que envolviam o uso de AOC com o surgimento de massa no útero, raladura, inflamação e infertilidade. Junto ao desconhecimento acerca dessas complicações, verificou-se entre essas mulheres que o uso do AOC oferecia riscos a saúde para 91 delas (35%). Viu-se então, que a escolha segura e consciente apregoada pela legislação que rege a política de Planejamento Familiar no Brasil não foi garantida para uma porção considerável das mulheres em estudo.

Se as usuárias desconheceram essas complicações, presume-se que a falha (aqui considerada como a frequência observada de mulheres que se enquadraram nas categorias 3 e 4 de elegibilidade médica da OMS) deve ter ocorrido no repasse de informação, negligência na avaliação clínica e orientação profissional na

oportunidade da indicação do contraceptivo oral combinado. Uma vez que foi relativamente incipiente a difusão de informações sobre a prática segura e correta do AOC, teme-se que crenças, mitos e tabus se consolidem no ambiente em estudo.

Assim sendo, ratifica-se o exposto na discussão da presente dissertação: a despeito do contexto multifacetado que perpassa fatores sociais, econômicos, culturais e desenvoltura profissional, que interfere na aquisição de conhecimento, escolha e manutenção de MAC, há uma necessidade e urgência em se despender esforços a fim de assegurar o uso seguro e correto dos MAC, levando em consideração as recomendações sobre práticas selecionadas de uso dos métodos, bem como os critérios médicos de elegibilidade. Esses podem estar direcionados à realização de práticas de educação em saúde que abordem as principais lacunas do conhecimento encontradas.

8 RECOMENDAÇÕES

A promoção da saúde, na vertente do planejamento familiar, pode ser oferecida mediante o incentivo da clientela para o uso correto e seguro de AOC de baixa dose através da instituição de estratégias delineadas para conduzir ações voluntárias conducentes à saúde, tendo a clientela assistida como agente ativo nesse processo.

As ações voltadas à anticoncepção e que envolvam o uso do AOC devem incluir oportunidades de bem informar à clientela quanto ao uso correto do método, efeitos colaterais e complicações, tanto por meio de aconselhamento ou orientação individual, quanto em pequenos grupos.

A aquisição de conhecimento pode gerar mudança de comportamento, reflexão crítica e minimizar a passividade do indivíduo no recebimento de quaisquer informações, além de contribuir para mitigar o uso do AOC na presença de contra-indicações clínicas. Ademais, uma população crítica e ciente de sua situação, em qualquer contexto de sua saúde, instiga o profissional à constantes atualizações e à desempenhar uma consulta mais acurada, além da relação profissional-cliente, que pode ser melhorada pela maior exigência do cliente.

É inaceitável que o uso de AOC ainda represente risco à saúde de mulheres em plena idade reprodutiva e produtiva pela ausência de informação, falta de tomada de decisão consciente e escassez de acompanhamento clínico (por enfermeiro ou médico) adequado e seguro. Para tanto, é necessário que a Política Municipal de Saúde da Mulher desenvolvida pela Secretaria Municipal da Saúde, enquanto ator governamental responsável por esta ação, cumpra com o papel de gestão local da Equipe Saúde da Família: capacitar, supervisionar e oferecer logística necessária ao seu funcionamento, destacando que o PF é uma prioridade nacional para esse contexto.

As ações voltadas ao PF na atenção básica devem ter caráter intersetorial, ou seja, estar associadas ou ser potencializadas por ações sociais de geração de renda, moradia e educação, pois parte significativa das usuárias dos CSF (participantes da pesquisa) apresentou condições socioeconômicas desfavoráveis à saúde familiar e, em particular, à saúde reprodutiva, com presença de fatores de

riscos reprodutivos evitáveis por meio de tecnologia leve de promoção da saúde e educação da população.

A avaliação e o acompanhamento clínico das usuárias de AOC implantados na rede básica pesquisada precisam considerar os critérios médicos de elegibilidade da OMS, pois, inclusive, é a recomendação do MS. Para tanto, deve envolver enfermeiros e médicos, por meio de um processo amplo de educação continuada.

É preciso nivelar a qualidade da atenção ao planejamento familiar no Sistema Municipal de Saúde, em que as SER, por meio de seus CSF, possam oferecer as mesmas ações de PF, ou seja, clínicas, educativas e de seguimento, na perspectiva da dinâmica socioeconômica de cada indivíduo e/ou família.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G.; SILVA, L. B. **Juventude e sexualidade**. Brasília: UNESCO Brasil, 2004.

ALLEN, K. Catching up on contraception. **Australian Family Physician**, v.38, n. 6, p.380-382, 2009.

AMY, J. J.; TRIPATHI, V. Contraception for women: an evidence based overview. **BMJ**, v. 339, p. 563-568, 2009.

ARMOND, S. C. Abordagem do tromboembolismo venoso durante a gravidez. **Rev. Femina**, v. 29, p. 297, 2000

BELO, M. A. V.; SILVA, J. L. P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p.479-487, 2004.

BORREGO, R. S.; CALVO, C. G. Spanish women's attitudes towards menstruation and use of a continuous,daily use hormonal combined contraceptive regimen. **Contraception**, v. 77, p.114-117, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência farmacêutica básica**. Disponível em:< http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29995>. Acesso em: 11 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. 2. ed. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento Familiar**: manual para o gestor. Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNDS 2006- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar**: Manual Técnico. 4. ed. Brasília, 2002.

CARR, B. R.; ORY, H. Estrogen and progestin components of oral contraceptives: relationship to vascular disease. **Contraception**, v. 55, n. 5, p. 267-272, 1997.

CARRENO, I.; DIAS DA COSTA, J. S.; OLINTO, M. T. A.; MENEGHEL, S. Uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1101-1109, 2006.

CEARA. Secretaria da Saúde do Estado. **Indicadores**. 2004. Disponível em:<<http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/indicadores/ceara%20-%20uf.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2009.

CEOLIN, T.; CASARIN, S. T.; HECK, R. M. Fatores associados às falhas de Planejamento Familiar. **Rev. Enferm. UFPE On Line**, v. 2, n. 4, p. 329-334, 2008.

COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS GYNECOLOGY (ACOG). Use of Hormonal Contraception in Women with Coexisting Medical Conditions. **Obstetrics & Gynecology**, v.102, n.6, p.1453 -1472, 2006.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; SILVER, L. D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 6, n.1, p. 75-84, 2006.

DIAS-DA-COSTA, J. S.; GIGANTE, D. P.; MENEZES, A. M. B.; OLINTO, M. T. A.; MACEDO, S.; BRITTO, M. A. P.; FUCHS, S. C. Uso de métodos anticoncepcionais e adequação de contraceptivos hormonais orais na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: 1992 e 1999. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.1, p. 93-99, 2002.

DIRUBBO, N. E. Counsel Your Patients About Contraceptive Options. **Nurse Practitioner**, v. 31, n. 4, p. 40-44, 2006.

DONABEDIAN, A. Special article - The quality of care: How can it be assessed?. **Arch. Pathol. Lab. Med.**, v. 121, n. esp.11, p. 1145-1150, Nov. 1997.

ESPEJO, X.; TSUNECHIRO, M. A.; OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; BAHAMONDESE, L.; SOUSA, M. H. Adequação do conhecimento sobre métodos

anticoncepcionais entre mulheres de Campinas, São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 583-560, 2003.

FORTALEZA. Secretaria Municipal da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher e Gênero. **Relatório de Gestão 2005**. Fortaleza, 2006.

FORTALEZA. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de Gestão 2007**. Fortaleza, 2007.

FREITAS, G. L.; VASCONCELOS, C. T. M.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B. Discutindo a política de atenção a saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 2, p. 424-429, 2009.

GARCIA-NUNÉZ, J. **Avaliação em Planejamento Familiar**: um guia para administradores e avaliadores. Salvador: Pathfinder Internacional/Brasil, 1993.

GILLUM, L. A.; MAMIDIPUDI, S. K.; JOHNSTON, S. C. Ischemic Stroke Risk With Oral Contraceptives. **JAMA**, v. 284, p. 72-78, 2000.

HAMANI, Y.; SCIAKI-TAMIR, R.; DERI-HASID, T.; HAIMOV-KOCHMAN, R. Misconceptions about oral contraception pills among adolescents and physicians. **Human Reproduction** v.22, n.12, p.3078–3083, 2007.

HAMPTON, R. M.; FISHER, A. C.; PAGANO, S.; LA GUARDIA, K. D. Scheduled and unscheduled bleeding patterns with two combined hormonal contraceptives: application of new recommendations for standardization. **Fert. Steril.**, v. 92, p. 434-440, 2009.

HANNAFORD, P. Cardiovascular events associated with different combined oral contraceptives: a review of current data. **Drug Saf.**, v.22, n.5, p.361- 371, 2000.

HANNAFORD, P.; IVERSEN, L.; MACFARLANE, T. V.; ELLIOTT, A. M.; ANGUS, V.; LEE, A. J. Mortality among contraceptive pill users: cohort evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. **BMJ**, v. 927, n. 340, p. 1-9, 2010.

HANNAFORD, SELVARAI, S.; ELLIOT, A. M.; AGNUS, V.; IVERSEN, L.; LEE, A. J. Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioner's oral contraception study. **BMJ**, p.1 - 8, 2007.

HARDY E. E.; MORAES, T. M.; FAÚNDES, A.; VERA, S.; PINOTTI, JOSÉ A. Adequação do uso de pílula anticoncepcional entre mulheres unidas. **Rev. Saúde Públ.**, v. 25, n. 2, p. 96-102, 1991.

HARRIS, M.; KANESHIRO, B. An evidence-based approach to hormonal contraception and headaches. **Contraception**, v. 80, n. 5, p. 417-421, 2009

HILLMAN, J. B.; NEGRIF, S.; DORN, L. D. Perceived competence and contraceptive use during adolescence. **Contraception**, v. 81, p. 249-253, 2010.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T.B. **Delineamento da pesquisa clínica: um abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores sócio-demográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009

KAPP, N.; CURTIS, K. M.; Hormonal contraceptive use among women with liver tumors: a systematic review. **Contraception**, v. 80, p. 387-390, 2009.

KAPP, N.; TILLEY, I. B.; CURTIS, K. M. The effects of hormonal contraceptive use among women with viral hepatitis or cirrhosis of the liver: a systematic review. **Contraception**, v.80, p.381- 386, 2009.

KRASZEWSKI, S. Contraception update: part 1: combined hormonal contraception. **Practice Nurse**, v.35, n.7, p. 24-25, 2008.

LIZARELLI, P. M.; MARTINS, W. P.; VIEIRA, C. S.; SOARES, G. M.; FRANCESCHINI, S. A.; FERRIANI, R. A.; PATTA, M. C. Both a combined oral contraceptive and depot medroxyprogesterone acetate impair endothelial function in young women. **Contraception**, v. 79, p. 35- 40, 2009.

MARTINS, L. B. M.; COSTA-PAIVA, L.; OSIS, M. J. D.; PINTO NETO, M. H. A.; TADINI, V. Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 57-64, 2006.

MEENDERING, J. R.; TORGRIMSON, B. N.; MILLER, N. P.; KAPLAN, P. F.; MINSON, C. T. Ethinyl estradiol-to-desogestrel ratio impacts endothelial function in young women. **Contraception**, v. 79, p. 41 - 49, 2009.

MIDDELDORP S. Oral contraceptives and the risk of venous thromboembolism. **Gend. Med.**, v. 2, p. s3-s9, 2005.

MOREIRA, M. H. C.; ARAÚJO, J. N. G. Planejamento Familiar: autonomia ou encargo feminino? **Psicol. Est.**, v. 9, n. 3, p. 389-398, 2004.

MORRISON, C.S.; TURNER, A. N.; JONES, L.B. Highly effective contraception and acquisition of HIV and other sexually transmitted infections. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, v.23, n.2, p.263 - 284, 2009

MOTIVALA, A.; PITT, B. Drospirenone for oral contraception and hormone replacement therapy: are its cardiovascular risks and benefits the same as other progestogens? **Drugs**, v.67, n.5, p.647- 655, 2007.

MOURA, E. R. F. **Avaliação da assistência prestada em planejamento familiar no contexto do Programa Saúde da Família**. Fortaleza, 2007.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M.; GALVÃO, M. T. G. Dinâmica do atendimento em Planejamento Familiar do Programa Saúde da Família no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 961-970, 2007.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. Competência profissional e assistência em anticoncepção. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 795-801, 2005.

MURTA, E. F.; CANDIDO, H. G. F.; CARNEIRO, M. C.; CAETANO, M. S. S. G.; ADAD, S.J.; SOUZA, M. A.H. Câncer do Colo Uterino: Correlação com o Início da atividade Sexual e Paridade. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 21, n. 9, p. 555-559, 1999.

MYER, L.; DENNY, L.; WRIGHT, T. C.; KUHN, L. Prospective study of hormonal contraception and women's risk of HIV infection in South Africa. **Int. J. Epidemiol.**, v. 36, n. 1, p.166-174, 2007.

NOMURA, R. M. Y.; CABAR, F. R.; MACHADO, T. R. S.; MARTINS, A. N.; RUOCCO, R. M. S. A.; ZUGAIB, M. Fatores maternos e resultados perinatais no descolamento prematuro da placenta: comparação entre dois períodos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 28, n. 6, p. 324-330, 2006.

OLINTO, M. T.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; TOMASI, E. Determinantes da desnutrição infantil em uma população de baixa renda: um modelo de análise hierarquizado. **Cad. Saúde Pública**, v. 9, supl. 1, p. S14-S27, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ESCOLA BLOOMBERG DE SAÚDE PÚBLICA. **Planejamento Familiar**: um manual global para prestadores de serviços de saúde. Baltimore, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Critérios Médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais**. 3. ed. Geneva, 2004.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Recomendaciones sobre Prácticas Seleccionadas para el Uso de Anticonceptivos**. 2. ed. Ginebra, 2005.

PANIZ, V. M. V.; FASSA, A. G.; SILVA, M. C. Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p.1747-1760, 2005.

PHILLIPS, C. B.; SACKETT, D.; BADENOCH, D.; STRAUS, S.; HAYNES, B.; DAWES, M. **Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence**. Disponível em: <http://www.mcw.edu/FileLibrary/User/fvastalo/Oxford_Levels.pdf>. Acesso em: 30 Nov. 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTAL de Periódicos da Capes. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br/portugues/index.jsp>>. Acesso em: 25 jun. 2010.

PORTH, C. M. **Fisiopatologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

RAVIN, C.R.; BRUCKER, M.C.; HOBBS, D.; LEVER, K.A.; MOORE, A.; MURPHY, P.A.; SMITH, J. What Practitioners Are Saying When it Comes to the Pills, Patches, Rings and More. **AWHONN Lifelines**, v.10, n.2, p.122-128, 2006.

SÁ, P. G. P; OLIVEIRA, H. C. Planejamento familiar em mulheres portadoras de doenças cardiovasculares - aspectos atuais. **Rev. SOCERJ**, v. 15, n. 1, p. 39-50, 2002.

SCHOR, N.; FERREIRA, A. F.; MACHADO, V.; FRANÇA, A. P.; PIROTTA, K. C. M.; ALVARENGA, A. T.; SIQUEIRA, A. A. F. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 377-384, 2000.

SCHOR, N.; LOPEZ, A. F. Adolescência e anticoncepção: 1. Estudo de conhecimento e uso em puérperas internadas por parto ou aborto. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 506-511, 1990.

SILVA, E. P. B. C.; CECATTI, J. G. Associação entre intervalo interpartal e situações maternas e perinatais adversas. In: Congresso Interno de Iniciação Científica da UNICAMP, 11., 2003, Campinas. Disponível em:<<http://www.prp.unicamp.br/pibic/congressos/xicongresso/cdrom/pdfN/493.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2010.

SOCIEDADE BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM). **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**. Rio de Janeiro, 1997.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. 2006.

SOUSA, M. C. R.; GOMES, K. R. O. Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 645-654, mar. 2009 .

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, pt. 1, p.102-106, 2010.

SPENCER, A. L.; BONNEMA, R.; Mc NAMARA, M. C. Helping Women Choose Appropriate Hormonal Contraception: Update on Risks, Benefits, and Indications. **Am. J. Med.**, v, 122, n. 6, p 497-506, June 2009.

TRUSSEL, J.; GUTHRIE, K. A.; SCHWARZ, E. B. Much ado about little: obesity, combined hormonal contraceptive use and venous thrombosis. **Contraception**, v. 77, p.143-146, 2008.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VESSEY, M.; YEATES, D. Oral contraceptives and benign breast disease: an update of findings in a large cohort study. **Contraception**, v. 76, p. 418-424, 2007.

VESTERGAARD, P.; REJNMARK, L.; MOSEKILDE, L. Fracture risk in very young women using combined oral contraceptives. **Contraception**, v. 78, p 358- 364, 2008.

WHITEMAN, M. K.; KISSIN, D. M.; SAMARINA, A.; CURTIS, K. M.; AKATOVA, N.; MARCHBANKS, P. A.; JAMIESON, D. J.; MARTIROSYAN, M.; REVZINA, N.; HILLIS, S. D. Determinants of contraceptive choice among women with HIV. **AIDS**, v. 23, suppl. 1, p. s 47-54, 2009.

WILLIAMSON, L. M.; PARKES, A.; WIGHT, D., PETTICREW, M.; HART, G. J. Limits to modern contraceptive use among young women in developing countries: a systematic review of qualitative research. **Reprod. Health**, v. 6, n. 3, p. 1-12, 2009. 2009.

WOMACK, J. A.; SCHERZER, R.; COLE, S. R.; FENNIE, K.; WILLIAMS, A. B.; GREY, M.; MINKOFF, H.; ANASTOS, K.; COHEN, M. H.; TIEN, P. C. Hormonal Contraception and Metabolic Outcomes in Women With or at Risk for HIV Infection. **J. Acquir. Immune Defic, Syndr.**, v. 52, p. 581- 558, 2009.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista

Centro de Saúde : _____ SER: _____

I. Dados sobre condições socioeconômicas das participantes

1. Idade: _____ (anos completos) 2. Escolaridade (série concluída): _____

3. Renda familiar mensal: R\$ _____ 4. No. de pessoas na família: _____

5. Ocupação: _____

6. Condição de união: 1 () Com companheiro fixo 2 () Com companheiro eventual
3 () Com companheiro fixo e eventual 4 () Sem companheiro**II. Dados obstétricos**

7. Partos: _____

8. História de gesta em idade < 19 anos 1. () Sim 2. () Não 3. () Não se aplica

9. História de gesta em idade > 35 anos 1. () Sim 2. () Não 3. () Não se aplica

10. História de intervalo interpartal < 2 anos 1. () Sim 2. () Não

III. Dados relacionados ao uso atual de AOC de baixa dose

11. Tempo de uso da pílula (atual)? _____

12. História de falha do uso da pílula: 1 () Sim 2 () Não. Caso sim, a que atribui a falha?

13. Indicação da pílula atual: 1 () uso por conta própria 2 () Médico 3 () Enfermeiro
4 () Amiga 5 () Companheiro
6 () Outros. Especificar: _____14. Através de que ou de quem você obteve informações sobre a pílula que você utiliza?

15. Você sente ou já sentiu algum (ns) desses efeitos colaterais depois que iniciou o uso da pílula?

- | | |
|--|--------------------------------|
| 1. () menor quantidade de sangue na menstruação | 8. () sensibilidade nas mamas |
| 2. () menos dias de menstruação | 9. () ganho de peso |
| 3. () menstruação irregular | 10. () alteração de humor |
| 4. () menstruação ausente | 11. () acne |
| 5. () dor de cabeça | |
| 6. () tontura | |
| 7. () náusea | |

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

7 _____

8 _____

9 _____

10 _____

11 _____

12 _____

13 _____

14 _____

15 _____

16 _____

17 _____

18 _____

19 _____

20 _____

IV Avaliação do conhecimento de mulheres quanto ao uso correto do AOC de baixa dose

16. Conhecimento sobre o uso correto do ACO 1.Nenhum 2.Escasso 3.Moderado 4.Substancial 5.Extenso	
Relata que o início do AOC deve ser nos cinco primeiros dias após menstruação ou em qualquer tempo desde que não esteja grávida.se após esse período iniciar em qualquer tempo, desde que esteja razoavelmente segura de que não está grávida, associando um método completar por sete dias.	0() Não 1() Sim
O início de cartela subsequente deve ocorrer após sete dias do término da anterior.	0() Não 1() Sim
A pílula deve ser tomada diariamente e sempre no mesmo horário.	0() Não 1() Sim
Ao esquecer-se de tomar uma ou duas pílulas, tomar uma assim que possível e seguir no horário habitual; ou tomar as duas no mesmo horário; ou reconhece que se há vomito até duas horas após a ingestão da pílula deve tomar outra pílula.	0() Não 1() Sim

Nenhum (não citar nenhuma das ações); Escasso (citar pelo menos uma das ações); Moderado (citar duas das ações); Substancial (citar três das ações); e Extenso (citar todas as ações).

V Avaliação do conhecimento de mulheres acerca dos principais efeitos colaterais relacionados ao uso de AOC de baixa dose

17. Conhecimento sobre efeitos colaterais advindos do uso de AOC de baixa dose 1.Nenhum 2.Escasso 3.Moderado 4.Substancial 5.Extenso	
Reconhece alterações no padrão menstrual (redução, irregularidade e ausência do fluxo menstrual);	0() Não 1() Sim
Reconhece alterações no sistema nervoso (alteração de humor, irritabilidade, tontura e cefaleia)	0() Não 1() Sim
Reconhece alterações no sistema gastrointestinal (epigastria, náusea e vômito)	0() Não 1() Sim
Reconhece outras alterações sistêmicas (mastalgia, alteração de peso)	0() Não 1() Sim

Nenhum (não citar nenhuma das ações); Escasso (citar pelo menos uma das ações); Moderado (citar duas das ações); Substancial (citar três das ações); e Extenso (citar todas as ações).

18. Conhecimento sobre complicações relacionadas ao uso de AOC 1.Nenhum 2.Escasso 3.Moderado 4.Substancial 5.Extenso	
Coágulo sanguíneo em veias profundas das pernas (Trombose venosa profunda)	0() Não 1() Sim
Derrame (acidente vascular cerebral)	0() Não 1() Sim
Infarto do miocárdio (coração)	0() Não 1() Sim
Aumento da pressão arterial	0() Não 1() Sim

Nenhum (não citar nenhuma das ações); Escasso (citar pelo menos uma das ações); Moderado (citar duas das ações); Substancial (citar três das ações); e Extenso (citar todas as ações).

VII. Verificação do uso atual de AOC consoante critérios de elegibilidade médica da OMS (2004).

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ PA: _____

19. Condição	Categoria
Idade a) > 40 anos	sim () não ()
Amamentação a) < 6 semanas pós-parto b) > 6 semanas a < 6 meses pós-parto c) > 6 meses pós-parto	sim () não () sim () não () sim () não ()
Tabagismo a) Idade < 35 anos b) Idade ≥ 35 anos (b.1) <15 cigarros/dia (b.2) ≥15 cigarros/dia	sim () não () sim () não () sim () não ()
Pós- parto (em mulheres que não amamentam) a) < 21 dias	sim () não ()
Obesidade - Índice de massa corporal (IMC) > 30kg/m ²	sim () não ()
Múltiplos fatores de risco para doença cardio vascular arterial (tais como idade ≥ 35 anos, tabagismo, diabetes e hipertensão)	sim () não ()
Níveis elevados de pressão arterial (medições feitas corretamente) (a) sistólica 140-159 ou diastólica 90-99 (b) sistólica >160 ou diastólica >100	sim () não () sim () não () sim () não ()
Doença vascular Antecedente pessoal de TVP Tromboflebite superficial Antecedente familiar de TVP (parentes de primeiro grau)	sim () não () sim () não () sim () não () sim () não ()
Doença cardíaca isquêmica atual ou progressa	sim () não ()
AVC (antecedente de acidente vascular cerebral)	sim () não ()
Doença cardíaca valvular complicada	sim () não ()
Cefaleia a) Sem enxaqueca (leve ou intensa) b) Com enxaqueca b.1) sem aura + Idade < 35 b.2) sem aura + Idade > 35 b.3) com aura, de qualquer idade	a) sim () não () b) sim () não ()
Sangramento vaginal inexplicável (antes da avaliação)	sim () não ()
NIC	sim () não ()
Câncer de colo uterino a espera de tratamento	sim () não ()
Doença mamária Massa não diagnosticada	sim () não ()
Câncer de mama a) Atual b) No passado ou sem evidência de doença por cinco anos	sim () não () sim () não ()
Terapia com ARV	sim () não ()
Diabetes Com nefropatia/ retinopatia/ neuropatia e com a doença por mais de 20 anos	sim () não () sim () não ()
Doença de vesícula biliar ou toma medicação para esta doença	sim () não ()
Cirrose, infecção ou tumor no fígado	sim () não ()

Uso de rifampicina ou anticonvulsivantes	sim () não ()
Griseofulvina	sim () não ()
Anemia Falciforme	sim () não ()

Você faz uso de alguma medicação, caso sim, cite. Você já teve alguma internação hospitalar, caso sim, por qual motivo? Quais são as doenças prevalentes na sua família?

20. Com que frequência você procura consulta médica ou de enfermagem para tratar sobre o uso da pílula?

ANEXO A - PRINCIPAIS ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINADOS EM USO NO BRASIL

Nome comercial	Componente	Dose
Anacyclin	Linestrenol Etinilestradiol	1,0mg 0,05mg
Anfertil Primovlar	Norgestrel Etinilestradiol	0,5mg 0,05mg
Biofim Megestran	Mestranol Noretindrona	0,1mg 0,5mg
Diane 35 Selene	Etinilestradiol Acetato de ciproterona	0,035mg 2mg
Evanor, Neovlar Normamor	Levonorgestrel Etinilestradiol	0,25mg 0,05mg
Femiane, Harmonet Diminut	Gestodene Etinilestradiol	0,075mg 0,02mg
Mercilon, Femina Primera 20	Desogestrel Etinilestradiol	0,15mg 0,02mg
Marvelon, Microdiol Primera 30	Desogestrel Etinilestradiol	0,15mg 0,03mg
Minulet Gynera	Gestodene Etinilestradiol	0,075mg 0,03mg
Nordette, Microvlar Levordiol, Ciclo 21, Ciclon, Gestrelan	Levonorgestrel Etinilestradiol	0,15mg 0,03mg
Ovorestá	Linestrenol Etinilestradiol	0,75mg 0,0375mg
Mirelle Minesse	Gestodeno + etinilestradiol	0,06mg 0,015mg

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

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

ANEXO B - PROCEDIMENTO DE MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL

Preparo do paciente para a medida da pressão arterial

1. Explicar o procedimento ao paciente;
2. Repouso de pelo menos 5 minutos em ambiente calmo;
3. Evitar bexiga cheia;
4. Não praticar exercícios físicos 60 a 90 minutos antes;
5. Não ingerir bebidas alcoólicas, café ou alimentos e não fumar 30 minutos antes;
6. Manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado;
7. Remover roupas do braço no qual será colocado o manguito;
8. Posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido;
9. Solicitar para que não fale durante a medida

Procedimento de medida da pressão arterial

1. Medir a circunferência do braço do paciente;
2. Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço;
3. Colocar o manguito sem deixar folgas acima da fossa cubital, cerca de 2 a 3 cm;
4. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
5. Estimar o nível da pressão sistólica (palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, desinflar rapidamente e aguardar 1 minuto antes da medida);
6. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula do estetoscópio sem compressão excessiva;
7. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica;
8. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 a 4 mmHg por segundo);
9. Determinar a pressão sistólica na ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é um som fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação;
10. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff);
11. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa;
12. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero;
13. Esperar 1 a 2 minutos antes de novas medidas;
14. Informar os valores de pressão arterial obtidos para o paciente;
15. Anotar os valores e o membro.

FONTE: SBC, 2006

ANEXO C
Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – FFOE
Rua Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo - Fortaleza – CE / CEP: 60430-160

PERFIL DE USO DE ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINADOS DE BAIXA DOSE E
FATORES ASSOCIADOS
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou a convidando a participar de um estudo que será desenvolvido sob minha responsabilidade. Neste estudo pretendo avaliar o que você sabe sobre a pílula anticoncepcional e verificar se você está a utiliza-la de forma segura para sua saúde. Além disso, pretendo coletar algumas informações sobre a sua história pessoal e de reprodução (número de filhos, idade nas gravidezes passadas, tempo que passou entre as gravidezes além de algumas perguntas sobre o uso da pílula anticoncepcional que você usa). Será necessário também medir sua altura, peso e pressão arterial. Neste sentido, solicito sua permissão para entrevistá-la e fazer as medições necessárias. O tempo previsto para nosso encontro será de vinte e cinco minutos.

O estudo lhe trará como benefício a aquisição de maior conhecimento sobre o uso correto e seguro da pílula anticoncepcional e você saberá seu peso, altura e pressão arterial logo após a entrevista. O estudo não lhe trará riscos ou desconfortos.

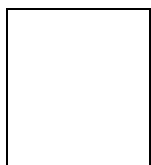
Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização da minha pesquisa, também lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao projeto, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem liberdade de retirar sua autorização a qualquer momento e não participar do estudo. Finalmente, lhe informo que, quando apresentar o meu trabalho, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-la. O estudo não lhe trará nenhuma despesa e todos os recursos utilizados serão gratuitos.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisadora) e a outra, com você (entrevistada). Em caso de dúvidas e/ou desistência da entrevista, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará por meio do telefone (85)3366-8338. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Camila Félix Américo
Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará
Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8448.
E-mail: cfamerico@yahoo.com.br

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____ RG nº _____, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.



Digital do sujeito da pesquisa
(carimbo ou nome legível)

Fortaleza, ____ de _____ de
2010.

Assinatura da participante

Assinatura do pesquisador

Testemunha

Assinatura de quem coletou os dados

