

Determinantes Sociais da Saúde e sua influência na escolha do método contraceptivo

Social Determinants of Health and their influence on the choice of birth control methods
Determinantes Sociales de la Salud y su influencia en la elección del método anticonceptivo

Hellen Livia Oliveira Catunda Ferreira¹

ORCID: 0000-0001-6125-6796

Denise de Fátima Fernandes Barbosa¹

ORCID: 0000-0002-6847-8575

Vivianne Melo Aragão¹

ORCID: 0000-0003-0228-5399

Tyane Mayara Ferreira de Oliveira¹

ORCID: 0000-0002-5453-7087

Régia Christina Moura Barbosa Castro¹

ORCID: 0000-0002-0673-9442

Priscila de Souza Aquino¹

ORCID: 0000-0003-4976-9817

Ana Karina Bezerra Pinheiro¹

ORCID: 0000-0003-3837-4131

¹Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Como citar este artigo:

Ferreira HLOC, Barbosa DFF, Aragão VM, Oliveira TMF, Castro RCMB, Aquino PS, Pinheiro AKB. Social Determinants of Health and their influence on the choice of birth control methods. Rev Bras Enferm. 2019;72(4):1044-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0574>

Autor Correspondente:

Hellen Livia Oliveira Catunda Ferreira
E-mail: hellen_enfermagem@yahoo.com.br

Submissão: 10-08-2017 **Aprovação:** 23-02-2018

RESUMO

Objetivo: Verificar a associação entre os Determinantes Sociais da Saúde e o método contraceptivo utilizado por mulheres em idade fértil. **Métodos:** Estudo documental e retrospectivo, realizado em um Centro de Parto Natural com avaliação dos prontuários de pacientes atendidas entre 2003 e 2011 (n=2410). Foram coletados dados de identificação e histórico geral, ginecológico, sexual e obstétrico. **Resultados:** Destacaram-se os métodos hormonais como os mais utilizados entre as participantes da pesquisa (25,0%), seguido pelos métodos de barreira (21,5%) e pelos métodos cirúrgicos (19,3%). Foram observadas associações estatísticas acerca da idade, menarca, início da vida sexual, gravidez, aborto, tabagismo, hipertensão, estado civil, cuidado ginecológico e escolaridade com a escolha dos métodos. **Conclusão:** Os resultados ratificam a importância de estudos envolvendo os Determinantes Sociais da Saúde, visto que interferem na forma como as mulheres escolhem os métodos contraceptivos e os riscos que essa escolha pode representar para a sua saúde. **Descritores:** Saúde da Mulher; Anticoncepção; Enfermagem; Determinantes Sociais da Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: To verify the association between Social Determinants of Health and birth control methods used by women of childbearing age. **Methods:** Documentary and retrospective study, performed at a Brazilian Natural Birth Center with evaluation of the medical records of patients seen between 2003 and 2011 (n=2410). Data were collected on identification and general history, gynecological, sexual and obstetric. **Results:** Hormone birth control methods were the most used among participants (25.0%); followed by barrier methods (21.5%) and surgical methods (19.3%). Statistical associations were observed regarding age, menarche, onset of sexual activity, pregnancy, miscarriage, smoking, hypertension, marital status, gynecological care and schooling with the choice of methods. **Conclusion:** The results confirm the importance of studies involving Social Determinants of Health, since they interfere in the way women choose birth control methods and the risks that this choice may pose to their health. **Descriptors:** Women's Health; Contraception; Nursing; Social Determinants of Health; Public Health.

RESUMEN

Objetivo: Verificar la asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y el método anticonceptivo utilizado por mujeres en edad fértil. **Métodos:** Estudio documental y retrospectivo, realizado en un Centro de Parto Natural con evaluación de los prontuarios de pacientes atendidos entre 2003 y 2011 (n=2410). Se recogieron datos de identificación e histórico general, ginecológico, sexual y obstétrico. **Resultados:** Se destacaron los métodos hormonales como los más utilizados entre las participantes de la investigación (25,0%), seguido por los métodos de barrera (21,5%) y por los métodos quirúrgicos (19,3%). Se observaron asociaciones estadísticas sobre edad, menarquia, inicio de la vida sexual, embarazo, aborto, tabaquismo, hipertensión, estado civil, cuidado ginecológico y escolaridad con la elección de los métodos. **Conclusión:** Los resultados ratifican la importancia de estudios que involucran a los Determinantes Sociales de la Salud, Determinantes Sociales de la Salud que interfieren en la forma en que las mujeres escogen los métodos anticonceptivos y los riesgos que esa elección puede suponer para su salud. **Descriptores:** Salud de la Mujer; Anticoncepción; Enfermería; Determinantes Sociales de la Salud; Salud Pública.

INTRODUÇÃO

O planejamento reprodutivo contribui para uma prática sexual mais saudável e constitui-se em um direito, devendo considerar o contexto de vida individual e as decisões de cada um, conforme suas necessidades.

No Brasil, até a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, não havia uma política pública instituída nesse campo, sendo incluído no elenco mínimo de ações voltadas para a atenção integral à saúde da mulher. A Constituição Federal regulamentou o planejamento familiar, e, em 1996, as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, passaram a ter obrigação de garantir a assistência à concepção e à contracepção como respeito aos direitos sexuais e reprodutivos⁽¹⁾.

A atenção em anticoncepção pressupõe a oferta de informações, aconselhamento, acompanhamento clínico e um leque de métodos e técnicas anticoncepcionais, cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde. É importante oferecer diferentes opções de métodos anticoncepcionais para todas as etapas da vida reprodutiva de modo que os indivíduos tenham a possibilidade de escolher o método mais apropriado às suas necessidades e circunstâncias de vida⁽¹⁾.

Nos últimos 10 anos, de acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006, a qual traça um perfil da população feminina em idade fértil, verificou-se que as mulheres estão iniciando a atividade sexual precocemente, bem como a prática da anticoncepção. É fato que a maioria das mulheres em idade fértil e sexualmente ativas já fez uso de algum método anticoncepcional, sendo o preservativo masculino e a pílula os métodos mais citados⁽²⁾.

Para que haja essa escolha livre e informada, é necessário manter a oferta de métodos anticoncepcionais na rede pública de saúde e contar com profissionais capacitados para auxiliar o casal a fazer sua opção contraceptiva em qualquer momento da vida. Todavia, são inúmeros os fatores que influenciam nessa escolha e na adesão aos métodos contraceptivos, como os aspectos socioeconômicos e culturais⁽³⁾.

As condições sociais sempre influenciaram a saúde, porém o conceito de determinantes sociais surgiu no final da década de 1970 e no início da década de 1980. Trata-se, de uma maneira geral, das condições de vida e de trabalho dos indivíduos e de grupos da população que estão relacionadas com sua situação de saúde⁽⁴⁾.

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), de acordo com o modelo de Dahlgren e Whitehead (2007), estão dispostos em camadas concêntricas em que os indivíduos estão no centro do modelo, a saber: Camada 1 (determinantes individuais: idade, sexo, herança genética); Camada 2 (determinantes proximais: comportamentos e estilos de vida individuais); Camada 3 (influência das redes sociais); Camada 4 (determinantes intermediários: condições de vida, trabalho, alimentos, acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde, educação, saneamento, habitação); Camada 5 (determinantes distais ou macrodeterminantes: condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo determinantes supranacionais como a globalização)⁽⁵⁾.

Assim, o presente estudo tem como intuito entender quais determinantes sociais interferem na escolha do método contraceptivo e contribuir positivamente na assistência à mulher em planejamento reprodutivo.

OBJETIVO

Verificar a associação entre os Determinantes Sociais da Saúde e o método contraceptivo utilizado por mulheres em idade fértil.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), e foram respeitados os princípios éticos para pesquisa com seres humanos presentes na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil⁽⁶⁾. Foi solicitada ainda a aprovação da diretoria do Centro de Parto Natural (CPN) Lígia Barros Costa para a realização do estudo por meio de prontuários.

Desenho, local do estudo e período

Estudo documental, transversal, retrospectivo com abordagem quantitativa, desenvolvido no CPN Lígia Barros Costa, um local de atendimento específico de Enfermagem vinculado à Pró-Reitoria de Extensão da UFC, o qual oferece atendimento às mulheres na área de Saúde Sexual e Reprodutiva.

População, amostra, critérios de inclusão e exclusão

A população do estudo foi composta por mulheres atendidas na unidade, no setor de consulta de Enfermagem Ginecológica, desde o início do seu funcionamento, outubro de 2003, até dezembro de 2011. Foram identificados 3357 prontuários. Os critérios de inclusão foram: ter pelo menos uma consulta na instituição para realização do teste de Papanicolau; e ter vida sexual ativa. Os critérios de exclusão foram: não ter iniciado atividade sexual; não ter realizado a coleta do teste de Papanicolau; e prontuários com informações insuficientes para a análise do estudo. Selecionou-se como amostra final 2410 prontuários.

Protocolo do estudo

Os dados foram coletados dos prontuários elegíveis no período de março a setembro de 2013, por meio de um formulário estruturado composto por variáveis de identificação, histórico geral, ginecológico, sexual e obstétrico das pacientes e avaliação da descontinuidade na detecção precoce do Câncer de Colo Uterino (CCU). Definiu-se como descontinuidade do cuidado ginecológico a mulher não realizar o exame colpocitológico com a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde e/ou não retornar para buscar o laudo. No intuito de conferir maior credibilidade ao instrumento, foi realizada uma validação de face e conteúdo com três juízes especialistas na área, e aplicação do formulário com 332 prontuários do CPN, verificando sua adequabilidade.

Análise dos resultados e estatística

Para atingir o objetivo do presente estudo, foram investigadas associações entre a variável dependente: Tipo de método contraceptivo utilizado (hormonal, barreira, cirúrgico, comportamental ou Dispositivo

Intrauterino (DIU)) e variáveis independentes selecionadas de acordo com o Modelo de DSS (MDSS) de Dahlgren e Whitehead (2007)⁽⁵⁾, sendo disposto em quatro camadas, a saber: 1) idade, antecedentes familiares e menarca; 2) início da vida sexual, antecedentes pessoais, número de parceiros, gestações e aborto; 3) situação conjugal, número de filhos, se mora perto da unidade e se apresenta cuidado ginecológico adequado; 4) escolaridade e se trabalha fora.

Ressalta-se que o formulário considerou as Camadas 1, 2, 3 e 4 do MDSS, enquanto a Camada 5 foi utilizada na discussão dos achados, pois faz referência aos determinantes distais ou macrodeterminantes, envolvendo as condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, as políticas vigentes, os determinantes supranacionais e a globalização, não estando relacionado diretamente às características pessoais dos participantes do estudo.

Os dados foram processados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. Verificaram-se as associações por meio do teste Qui-quadrado de Pearson, considerando uma significância estatística quando $p < 0,05$. A análise de regressão múltipla (modelo *stepwise* ou passo-a-passo) foi utilizada para determinar quais variáveis puderam ser consideradas preditoras para a escolha do método contraceptivo, ou seja, para avaliar a força da associação entre elas. No que diz respeito à análise de regressão múltipla, quando o coeficiente de regressão B for maior que zero, pode-se afirmar a existência de um relacionamento positivo entre o preditor e o resultado, enquanto que um coeficiente menor que zero representa um relacionamento negativo.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a caracterização das mulheres conforme as Camadas 1, 2, 3 e 4 do MDSS.

A média de idade das mulheres foi de 30,98 anos ($\pm 9,684$). Destacou-se a faixa etária a partir dos 20 anos (86,3%). A média da menarca dessas mulheres foi de 12,96 anos ($\pm 1,654$). Sobre os antecedentes familiares de câncer ginecológico, o mais presente entre as participantes foi o câncer de útero (5,2%), seguido pelo câncer de mama (4,6%). A maioria delas iniciou a vida sexual com mais de 15 anos (64,6%), com uma média de 17,91 anos ($\pm 3,534$). Aproximadamente metade das participantes (48,2%) teve um parceiro sexual na vida, com média de 1,69 ($\pm 0,745$). A maioria das participantes não morava com o companheiro durante o estudo (50,2%), residia próximo ao serviço (57,7%), possuía nove ou menos anos de escolaridade (59,0%), ou seja, até o ensino fundamental, não trabalhava fora de casa (67,6%), já havia engravidado (78,6%), tinha em média 2,16 filhos ($\pm 1,872$), nunca tinha tido um aborto (72,5%) e apresentava descontinuidade no cuidado ginecológico (87,8%). Sobre os antecedentes pessoais, o mais presente entre a população estudada foi o uso nocivo do álcool

Tabela 1 – Caracterização das mulheres em idade fértil de acordo com as Camadas 1, 2, 3 e 4 do Modelo de Determinantes Sociais da Saúde (MDSS), Fortaleza, CE, Brasil, 2016

Camadas do MDSS	n (%)	Média \pm Desvio Padrão (DP)
1. Determinantes individuais		
Faixa etária (em anos) (n=2410)		30,98 \pm 9,684
Até 19 anos	329 (13,7)	
20 anos ou mais	2081 (86,3)	
Menarca (n=2364)		12,96 \pm 1,654
Até 12 anos	994 (42,0)	
13 anos ou mais	1370 (58,0)	
Antecedentes familiares (n=2410)		
Câncer de Mama	111 (4,6)	
Câncer de Útero	125 (5,2)	
Câncer de Ovário	10 (0,4)	
Câncer de Colo	24 (1,0)	
2. Determinantes proximais		
Início da vida sexual (em anos) (n=2335)		17,21 \pm 3,534
≤ 15	826 (35,4)	
> 15	1509 (64,6)	
Número de parceiros na vida (n=2020)		1,69 \pm 0,745
1	975 (48,2)	
2-3	702 (34,8)	
> 3	343 (17,0)	
Gravidez (n=2410)	1894 (78,6)	2,16 \pm 1,872
Aborto (n=2410)	663 (27,5)	0,39 \pm 0,769
Antecedentes pessoais (n=2410)		
Doença cardíaca	05 (0,2)	
Diabetes	36 (1,5)	
Câncer	15 (0,6)	
Uso nocivo do álcool	333 (13,8)	
Tabagismo	233 (9,7)	
Hipertensão	177 (7,3)	
Infecções Sexualmente Transmissíveis	298 (12,4)	
3. Influência das redes sociais		
Mora com o parceiro (n=2410)	1199 (49,8)	
Mora próximo ao serviço (n=2410)	1390 (57,7)	
Descontinuidade no cuidado ginecológico (n=2409)	2117 (87,8)	
4. Determinantes intermediários		
Escolaridade (Em anos) (n=2104)		
≤ 9	1242 (59,0)	
> 9	862 (41,0)	
Trabalha fora (n=170)	55 (32,4)	

Nota: MDSS - Modelo de Determinantes Sociais da Saúde.

(13,8%), seguido pelas Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (12,4%), tabagismo (9,7%) e hipertensão (7,3%).

A Tabela 2 demonstra a distribuição dos métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres em idade fértil.

Tabela 2 – Distribuição dos métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres em idade fértil, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016

Métodos contraceptivos (N=2410)	n (%)
Métodos hormonais	602 (25,0)
Métodos de barreira	520 (21,5)
Métodos cirúrgicos	465 (19,3)
Métodos comportamentais	59 (2,5)
Dispositivo Intrauterino	42 (1,7)
Não informado	722 (30,0)

Sobre os métodos contraceptivos, destacaram-se os métodos hormonais como os mais utilizados entre as participantes da pesquisa (25,0%). Os métodos de barreira foram o segundo grupo mais utilizado (21,5%), seguido pelos métodos cirúrgicos (19,3%). Já os métodos comportamentais e o DIU foram os menos utilizados, com 2,5% e 1,7%, respectivamente. Nota-se subnotificação dessa informação nos prontuários em 30,0% dos dados.

Tabela 3 – Distribuição das mulheres em idade fértil de acordo com as Camadas 1, 2, 3 e 4 do Modelo de Determinantes Sociais da Saúde (MDSS) com os métodos contraceptivos, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016

Camadas do MDSS	Métodos de barreira n (%)		Métodos hormonais n (%)		Métodos cirúrgicos n (%)		Dispositivo Intrauterino n (%)		Métodos comportamentais n (%)	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Determinantes individuais										
Faixa etária (em anos) (n=2410)										
Até 19 anos	106 (32,2)	223 (67,8)	100 (30,4)	229 (69,6)	03 (0,9)	326 (99,1)	00 (0,0)	329 (100,0)	09 (2,7)	320 (97,3)
20 anos ou mais	414 (19,9)	1667 (80,1)	502 (24,1)	1579 (75,9)	462 (22,2)	1619 (77,8)	42 (2,0)	2039 (98,0)	50 (2,4)	2031 (97,6)
Valor de p	<0,001		0,015		<0,001		0,009		0,717	
Menarca (n=2364)										
Até 12 anos	209 (21,0)	785 (79,0)	288 (29,0)	706 (71,0)	168 (16,9)	826 (83,1)	14 (1,4)	980 (98,6)	20 (2,0)	974 (98,0)
13 anos ou mais	305 (22,3)	1065 (77,7)	306 (22,3)	1064 (77,7)	289 (21,1)	1081 (78,9)	27 (2,0)	1343 (98,0)	39 (2,8)	1331 (97,2)
Valor de p	0,472		<0,001		0,011		0,301		0,199	
Determinantes proximais										
Início da vida sexual (em anos) (n=2335)										
≤ 15	193 (23,4)	633 (76,6)	250 (30,3)	576 (69,7)	133 (16,1)	693 (83,9)	13 (1,6)	813 (98,4)	16 (1,9)	810 (98,1)
> 15	315 (20,9)	1194 (79,1)	332 (22,0)	1177 (78,0)	312 (20,7)	1197 (79,3)	28 (1,9)	1481 (98,1)	42 (2,8)	1467 (97,2)
Valor de p	0,163		<0,001		0,007		0,620		0,209	
Gravidez (n=2410)										
Sim	364 (19,2)	1530 (80,8)	436 (23,0)	1458 (77,0)	455 (24,0)	1439 (76,0)	41 (2,2)	1853 (97,8)	51 (2,7)	1843 (97,3)
Não	156 (30,2)	360 (69,8)	166 (32,2)	350 (67,8)	10 (1,9)	506 (98,1)	01 (0,2)	515 (99,8)	08 (1,6)	508 (98,4)
Valor de p	<0,001		<0,001		<0,001		0,002		0,137	
Aborto (n=2410)										
Sim	129 (19,5)	534 (80,5)	140 (21,1)	523 (78,9)	179 (27,0)	484 (73,0)	14 (2,1)	649 (97,9)	17 (2,6)	646 (97,4)
Não	391 (22,4)	1356 (77,6)	462 (26,4)	1285 (73,6)	286 (16,4)	1461 (83,6)	28 (1,6)	1719 (98,4)	42 (2,4)	1705 (97,6)
Valor de p	0,119		0,007		<0,001		0,394		0,820	
Antecedentes pessoais										
Tabagismo (n=2408)										
Sim	44 (18,9)	189 (81,1)	45 (19,3)	188 (80,7)	59 (25,3)	174 (74,7)	07 (3,0)	226 (97,0)	06 (2,6)	227 (97,4)
Não	475 (21,8)	1700 (78,2)	557 (25,6)	1618 (74,4)	406 (18,7)	1769 (81,8)	34 (1,6)	2141 (98,4)	53 (2,4)	2122 (97,6)
Valor de p	0,297		0,035		0,014		0,106		0,897	
Hipertensão (n=2409)										
Sim	38 (21,5)	139 (78,5)	26 (14,7)	151 (85,3)	66 (37,3)	111 (62,7)	03 (1,7)	174 (98,3)	03 (1,7)	174 (98,3)
Não	482 (21,6)	1750 (78,4)	576 (25,8)	1656 (74,2)	399 (17,9)	1833 (82,1)	39 (1,7)	2193 (98,3)	56 (2,5)	2176 (97,5)
Valor de p	0,969		0,001		<0,001		0,959		0,500	
Influência das redes sociais										
Mora com o parceiro (n=2410)										
Sim	223 (18,6)	976 (81,4)	288 (24,0)	911 (76,0)	305 (25,4)	894 (74,6)	27 (2,3)	1172 (97,7)	38 (3,2)	1161 (96,8)
Não	297 (24,5)	914 (75,5)	314 (25,9)	897 (74,1)	160 (13,2)	1051 (86,8)	15 (1,2)	1196 (98,8)	21 (1,7)	1190 (98,3)
Valor de p	<0,001		0,279		<0,001		0,057		0,023	
Descontinuidade no cuidado ginecológico (n=2409)										
Sim	445 (21,0)	1672 (79,0)	502 (23,7)	1615 (76,3)	411 (19,4)	1706 (80,6)	37 (1,7)	2080 (98,3)	48 (2,3)	2069 (97,7)
Não	75 (25,7)	217 (74,3)	99 (33,9)	193 (66,1)	54 (18,5)	238 (81,5)	05 (1,7)	287 (98,3)	11 (3,8)	281 (96,2)
Valor de p	0,069		<0,001		0,709		0,965		0,120	
Determinantes intermediários										
Escolaridade (em anos) (n=2104)										
≤ 9	244 (19,6)	998 (80,4)	278 (22,4)	964 (77,6)	298 (24,0)	944 (76,0)	20 (1,6)	1222 (98,4)	31 (2,5)	1211 (97,5)
> 9	208 (24,1)	654 (75,9)	239 (27,7)	623 (72,3)	108 (12,5)	754 (87,5)	15 (1,7)	847 (98,3)	27 (3,1)	835 (96,9)
Valor de p	0,014		0,005		<0,001		0,819		0,381	

Nota: MDSS - Modelo de Determinantes Sociais da Saúde

A Tabela 3 traz a distribuição dos DSS das mulheres, de acordo com as Camadas 1, 2, 3 e 4, em relação aos métodos contraceptivos.

Na análise da associação entre os métodos contraceptivos e as camadas do MDSS, observou-se significância estatística em algumas situações. Na Camada 1, correspondente aos determinantes individuais, notou-se a idade como uma influência direta na escolha dos métodos contraceptivos, apresentando significância estatística com os métodos de barreira ($p < 0,001$), métodos hormonais ($p = 0,015$), métodos cirúrgicos ($p < 0,001$) e o DIU ($p = 0,009$). Ou seja, dependendo da faixa etária, esses métodos podem ser mais ou menos utilizados. A maioria das mulheres que tiveram a menarca precoce, com menos de 12 anos (71,0%), não fazia uso de métodos hormonais ($p < 0,001$) nem cirúrgicos ($p = 0,011$).

Ao analisar a Camada 2, referente aos determinantes proximais, pode-se observar uma associação do início da vida sexual com a escolha dos métodos. Grande parte das mulheres que iniciou a atividade sexual com 15 anos ou menos, não utilizou métodos hormonais ($p < 0,001$) nem cirúrgicos ($p = 0,007$). Já em relação à gravidez, os maiores índices de mulheres que já engravidaram estavam associados com a não utilização dos métodos de barreira ($p < 0,001$), dos métodos hormonais ($p < 0,001$), cirúrgicos ($p < 0,001$) e do DIU ($p = 0,002$). Das que já haviam sofrido algum aborto, 78,9% não fazia uso de métodos hormonais ($p = 0,007$) e 73,0% não utilizava métodos cirúrgicos ($p < 0,001$).

Sobre os antecedentes pessoais, ainda situados na camada dos determinantes proximais de acordo com o MDSS, o tabagismo associou-se significativamente à escolha do método. Aproximadamente 80% das mulheres que fumavam não utilizavam métodos hormonais ($p = 0,035$) e 74,7% delas não utilizavam métodos cirúrgicos ($p = 0,014$). Das participantes que apresentavam histórico de hipertensão arterial, 85,3% não utilizavam métodos hormonais ($p = 0,001$) e 62,7% não utilizavam métodos cirúrgicos ($p < 0,001$).

A Camada 3 agrupa a influência das redes sociais. O fato de morar com o parceiro apresentou associação com a escolha dos métodos. A maioria das mulheres (96,8%) que morava com o parceiro não utilizava métodos comportamentais ($p = 0,023$), 81,4% não utilizava métodos de barreira ($p < 0,001$) e 74,6% não utilizava métodos cirúrgicos ($p < 0,001$). Em relação ao cuidado ginecológico, 76,3% das mulheres que apresentavam descontinuidade no cuidado ginecológico não faziam uso de métodos hormonais ($p < 0,001$).

Ao se associar os determinantes sociais da Camada 4, ou determinantes intermediários, com os métodos contraceptivos, observou-se significância em relação à escolaridade. A maior parte das mulheres que possuía nove anos de estudo ou menos não utilizava métodos de barreira (80,4%; $p = 0,014$), hormonais (77,6%; $p = 0,005$) nem cirúrgicos (76,0%; $p < 0,001$).

A Tabela 4 mostra os resultados das análises de regressão múltipla com as variáveis de previsão e o tipo de método contraceptivo. Ressalta-se que apenas os determinantes sociais que apresentaram associação estatisticamente significativa na análise bivariada foram incluídos no modelo de regressão múltipla.

Percebeu-se que a idade foi um preditor positivo ($B = 0,081$) para os métodos de barreira, enquanto que se relacionou negativamente ($B = -0,121$) com os métodos cirúrgicos. Já o início da vida sexual, foi considerado preditor para os métodos hormonais ($B = 0,095$). O número de gestações relacionou-se negativamente com os métodos de barreira ($B = -0,073$) e hormonais ($B = -0,079$), enquanto que foi considerado preditor positivo para os métodos cirúrgicos ($B = 0,120$) e o Dispositivo Intrauterino ($B = 0,016$). O número de abortos foi considerado preditor dos métodos cirúrgicos ($B = 0,042$). Ter apresentado antecedente pessoal de hipertensão foi preditor para os métodos hormonais ($B = 0,085$) e relacionou-se negativamente com os métodos cirúrgicos ($B = -0,160$). Em relação ao estado civil, morar com o parceiro foi considerado preditor negativo para os métodos comportamentais ($B = -0,014$), ao passo que a descontinuidade do cuidado ginecológico relacionou-se negativamente com os métodos hormonais ($B = -0,102$) e cirúrgicos ($B = -0,080$). Por fim, a escolaridade foi considerada preditora negativa para os métodos hormonais ($B = -0,051$), e positiva para os métodos cirúrgicos ($B = 0,077$).

DISCUSSÃO

Os determinantes individuais estão na base do modelo de Dahlgreen e Whithead (2007), com características particulares de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde⁽⁴⁻⁵⁾.

Observa-se que, dependendo da faixa etária, métodos contraceptivos podem ser mais ou menos utilizados. No caso, quanto maior a idade, mais chance de se utilizar métodos de barreira

Tabela 4 – Regressão múltipla (stepwise) entre Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e método contraceptivo, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016

Variáveis predictoras	Métodos de barreira			Métodos hormonais			Métodos cirúrgicos			Dispositivo Intrauterino			Métodos comportamentais		
	B	SE	β	B	SE	β	B	SE	β	B	SE	β	B	SE	β
1- Determinantes Individuais															
Faixa etária (em anos)*	0,081	0,028	0,068	-	-	-	-0,121	0,026	-0,107	-	-	-	-	-	-
2- Determinantes Proximais															
Início da vida sexual (em anos)*	-	-	-	0,095	0,021	0,103	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gravidez*	-0,073	0,024	-0,072	-0,079	0,26	-0,074	0,120	0,024	0,123	0,016	0,007	0,049	-	-	-
Aborto*	-	-	-	-	-	-	0,042	0,020	0,047	-	-	-	-	-	-
Hipertensão*	-	-	-	0,085	0,036	0,051	-0,160	0,032	-0,106	-	-	-	-	-	-
3- Influência das redes sociais															
Mora com o parceiro*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-0,014	0,006	-0,046
Descontinuidade no cuidado ginecológico*	-	-	-	-0,102	0,028	-0,080	-0,080	0,017	-0,102	-	-	-	-	-	-
4- Determinantes Intermediários															
Escolaridade*	-	-	-	-0,051	0,020	-0,058	0,077	0,017	0,097	-	-	-	-	-	-

Nota - *Variáveis que apresentaram correlação significativa - $p < 0,05$; B - Coeficiente de regressão parcial; SE - Erro padrão; β - Coeficiente de regressão padronizado.

($B=0,081$). Há também uma relação negativa dos métodos cirúrgicos ($B=-0,121$) com a menor idade.

Estudo apontou que adolescentes do sexo feminino com menos idade e residentes em área urbana foram aquelas em que se identificou menor prevalência de uso do preservativo⁽⁷⁾. Porém, entre jovens no Brasil, observou-se maior prevalência na utilização de preservativos⁽⁸⁾.

A adolescência se encontra em uma faixa etária particular, geralmente compreendida entre 12 e 19 anos e, quando se analisa percepções de adolescentes ao uso do preservativo, entende-se que, muitas vezes, existe dependência das adolescentes à decisão do parceiro, seja por oposição dele ou pelo fato de estar em um relacionamento sério. Verifica-se ainda a iniciativa da própria adolescente em não utilizar o método de barreira por referir incômodo⁽⁹⁾. Então, é fundamental que ações de orientação e de prevenção sejam direcionadas a essa população específica, tanto feminina quanto masculina, pois há uma responsabilidade conjunta nesse aspecto.

Na faixa etária entre 20 e 29 anos, sai-se da adolescência e passa a considerar-se jovem. Vale ressaltar que essa maturidade pode tender a utilização dos métodos de barreira e de outros tipos, como os cirúrgicos e o DIU. Para a laqueadura, existe maior participação entre as mulheres de 25 a 29 anos, 18% na Colômbia e 16% no Brasil⁽⁸⁾.

Nesse sentido, a educação em saúde constitui um dos componentes vitais no cuidado, pois garante o exercício da sexualidade de forma plena, saudável e responsável. Contudo, salienta-se a importância de direcionar ações conforme a faixa etária, visto que há influência da idade na escolha do método contraceptivo.

Os determinantes proximais representam comportamento e estilos de vida individuais, baseando-se em escolhas pessoais realizadas por livre arbítrio e geralmente condicionadas pela sociedade ou pelo que é disponibilizado por ela⁽⁴⁾.

As participantes do estudo que iniciaram atividade sexual até os 15 anos não utilizaram métodos hormonais ($p<0,001$), nem cirúrgicos ($p=0,007$), em sua maioria. Entretanto, o início da vida sexual foi considerado preditor para os métodos hormonais ($B=0,095$).

Sabe-se que a vida sexual da maioria dos brasileiros inicia-se durante a adolescência, mais precisamente entre 13 e 15 anos de idade⁽¹⁰⁾, e muitos ainda não apresentam suporte e conhecimento adequado para escolha e utilização de métodos preventivos contra IST e gravidez não planejada.

Dos adolescentes que participaram de um estudo para estimar as prevalências de iniciação sexual e de utilização de métodos contraceptivos, houve prevalências crescentes do início da vida sexual a partir dos 12 anos de idade, e chegando a 56,4% entre aqueles com 17 anos (IC95% 53,9-58,9). O uso do preservativo masculino foi utilizado por 68,8% dos adolescentes. Já o uso da pílula anticoncepcional oral foi bem menos frequente, 13,4%⁽⁷⁾.

Todavia, observa-se maior prevalência de utilização dos métodos hormonais entre os jovens⁽⁸⁾. Em estudo que analisou a prevalência do uso atual de métodos hormonais por mulheres brasileiras, identificou-se que o uso de contraceptivos orais predominava em relação aos contraceptivos injetáveis mensais ou trimestrais e ambos foram mais prevalentes na faixa etária entre 20 e 29 anos (49,5%; IC95% 46,9-52,0)⁽¹¹⁾.

Esses dados podem refletir na insuficiência de informação acerca dos métodos contraceptivos disponíveis e de seu uso

adequado devido a uma baixa adesão dos adolescentes ao planejamento reprodutivo. Muitas vezes, pela inexperiência somada à desinformação, eles tendem a escolher o método mais acessível e difundido na sociedade, a camisinha. Porém, à medida que se tornam jovens sexualmente ativos, surgem outros fatores que interferem nessa escolha, fazendo com que optem por alternativas, como os métodos hormonais.

Verificou-se ainda relação negativa do número de gestações com os métodos de barreira ($B=-0,073$) e hormonais ($B=-0,079$). Em contrapartida, quanto maior o número de gestações, mais elevada a probabilidade de se utilizar o método cirúrgico ($B=0,120$) e o DIU ($B=0,016$).

No Brasil e na Colômbia, os hormônios orais e injetáveis e o preservativo são os mais utilizados por mulheres que tem menor número de filhos. O que se observa também é que os métodos cirúrgicos, como a laqueadura e a vasectomia, aumentam à medida que cresce o número de filhos, apresentando prevalência significativa. Tal fato era esperado, uma vez que um número maior de filhos pode indicar que o casal alcançou o número desejado ou, em alguns casos, vivenciou a experiência de uma gravidez não planejada, estimulando a procura por métodos mais eficazes⁽⁸⁾.

Outros fatores determinantes na escolha do método são o tabagismo e a hipertensão arterial. Conforme dados identificados nesse estudo, a maioria das mulheres que fumava ($p=0,035$) e com histórico de hipertensão ($p=0,001$) não utilizava métodos hormonais, contudo ter hipertensão arterial anterior estava relacionado positivamente ao uso desse tipo de método ($B=0,085$).

De acordo com os critérios de elegibilidade para escolha de métodos contraceptivos da Organização Mundial da Saúde (OMS), para quem apresenta hipertensão ou é tabagista, de maneira geral, não se recomenda o uso de métodos hormonais combinados, pois há presença de etinilestradiol, hormônio que induz alterações significativas no sistema de coagulação e atua diretamente na parede vascular, podendo ser favorável ao desenvolvimento de eventos tromboembólicos, como o Acidente Vascular Cerebral (AVC)⁽¹²⁾.

Estudo buscou na literatura a influência do uso de anticoncepcionais hormonais na ocorrência do AVC, verificando que mulheres fumantes que utilizavam anticoncepcional oral combinado apresentavam 8,57 chances a mais e um risco relativo maior (4,9) de ter AVC quando comparado à chance das não fumantes (3,1) ou ao risco relativo das que nunca utilizaram esse tipo de método (4,2)⁽¹³⁾.

Por esse motivo, profissionais capacitados para identificar fatores de risco, orientar e realizar a conduta adequada são importantes no contexto do planejamento reprodutivo a fim de evitar possíveis complicações.

A Camada 3 destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cujo nível de coesão social é relevante para a saúde da população⁽⁴⁾. Houve relação estatística significativa entre morar com o parceiro e a escolha de métodos contraceptivos. Foi observado que, mesmo a mulher morando com o parceiro, a adesão aos métodos de barreira ($p<0,001$) e comportamentais ($p=0,023$; $B=-0,014$) foram baixos.

Essa não adesão ao método de barreira entre casais corrobora com estudo realizado com 1820 adolescentes de escolas públicas da cidade de Uberaba, MG, nos anos de 2005 e 2006, no qual

demonstrou que o uso de preservativo é relatado como inconveniente pelos adolescentes ($p=0,001$). Os principais motivos foram “desconforto/incômodo” para ambos os sexos ($p<0,001$) e “interferência no prazer/tesão” para os meninos ($p<0,001$)⁽¹⁴⁾.

Ressalta-se que as relações com parceiros fixos também foram identificadas como fatores para o não uso do preservativo, podendo estar relacionado com excesso de confiança, incapacidade de negociação entre parceiros advinda da dificuldade de comunicação, medo da atitude/pensamento do parceiro ou submissão às vontades masculinas, no caso das mulheres⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

É fundamental priorizar o diálogo entre o casal e o acesso à informação acerca dos benefícios do método, proporcionando liberdade de expressão e a possibilidade de inclusão de preservativos nas relações sexuais.

A dificuldade de utilização dos métodos comportamentais também é algo presente, pois o sentimento de medo e de insegurança na realização desse tipo de método geralmente ocorre pelo fato de ser uma prática que exige da mulher conhecimento de seu padrão de fertilidade para que não haja insucesso nos objetivos desejados⁽¹⁶⁾.

Para isso, é importante o apoio de um profissional da saúde para orientar adequadamente acerca da técnica correta do método, além de autoconhecimento, autonomia e emancipação da mulher e da participação do parceiro nesse processo.

Quando se refere a morar próximo ao serviço de saúde, no presente estudo não houve relação significativa com a escolha do tipo de método contraceptivo, mas admite-se que os jovens nos centros urbanos tenham maior facilidade de acesso aos serviços de saúde e às informações, favorecendo a escolha e o uso do método⁽³⁾. Vale reforçar que o serviço de saúde não deve apenas facilitar o acesso, mas também fornecer educação adequada sobre saúde reprodutiva de modo que o casal tenha segurança em suas escolhas.

Reportando-se ao cuidado ginecológico e à utilização do método contraceptivo, constatou-se que a maioria das mulheres que descontinuou esse cuidado utilizou menos métodos hormonais ($p<0,001$; $B=-0,102$) e cirúrgicos ($B=-0,080$).

Essa descontinuidade pode ser justificada pelo medo e/ou vergonha de ir aos serviços públicos que distribuem os métodos contraceptivos, dentre eles os hormonais, dificultando seu acesso, e pela falta de orientação profissional para realização de um método cirúrgico. Outros aspectos que também podem interferir são a insuficiência de dinheiro para adquirir o método, as crenças sobre seus efeitos colaterais, a desinformação sobre sua utilização correta, a burocracia, no caso do método cirúrgico, e não gostar do método em si⁽¹⁷⁾.

Representando os determinantes intermediários, têm-se os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, à disponibilidade de alimentos e ao acesso a ambientes e serviços essenciais, tais como saúde e educação, indicando que o fator social pode gerar diferenças entre indivíduos⁽⁴⁾.

Verificou-se que a escolaridade foi fator determinante para a escolha dos métodos de barreira ($p=0,014$), hormonal ($p=0,005$; $B=-0,051$) e cirúrgico ($p<0,001$; $B=0,077$). As mulheres que apresentaram menor nível de escolaridade, ou seja, até nove anos de estudo, tenderam a não utilizar os métodos de barreira e hormonal. Já o método cirúrgico foi mais utilizado por mulheres com maior escolaridade.

Segundo uma revisão integrativa realizada de agosto de 2012 a janeiro de 2013 para identificar os fatores que interferem na escolha do método contraceptivo em publicações dos últimos dez anos, evidenciou-se que a baixa escolaridade foi um dos fatores que contribuiu para a não adesão aos métodos contraceptivos, uma vez que mulheres com poucos anos de estudo regular não conseguiram assimilar as informações passadas pelo profissional de saúde, devido ao baixo grau de instrução⁽³⁾.

Assim, os baixos níveis de escolaridade podem influenciar na obtenção de ações preventivas de saúde, tornando a mulher mais vulnerável. Dessa forma, fica claro que o acesso à escola pode auxiliar em um conhecimento maior e melhor sobre os métodos contraceptivos.

Limitações do estudo

Pode-se citar como limitação do estudo a subnotificação de informações nos prontuários das pacientes, refletindo na coleta dos dados e, conseqüentemente, na diminuição do número amostral.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Saúde Pública

O estudo apresentado traz contribuição na área da Saúde Pública, ao buscar identificar Determinantes Sociais da Saúde relacionados à escolha dos métodos contraceptivos. A consulta ginecológica, bem como a de planejamento reprodutivo, é um momento importante para essa abordagem, uma vez que podem ser identificadas outras condições que influenciem nessa escolha, tais como antecedentes e queixas ginecológicas, assim como a prática sexual. Destarte, o enfermeiro como educador passa a ter papel ativo nesse processo de identificação e orientação.

CONCLUSÃO

A utilização do MDSS como ferramenta de avaliação da assistência à mulher no planejamento reprodutivo permitiu identificar a influência direta desses determinantes sobre a escolha dos métodos contraceptivos. Por meio dessa análise, entende-se que a simples oferta do método nos serviços de saúde não é o suficiente para que o planejamento reprodutivo seja implementado de maneira segura e eficaz na população feminina.

Estudos dessa natureza são pertinentes para entender o contexto no qual a população feminina está inserida, possibilitando, assim, intervenções mais efetivas. Associações estatísticas acerca da idade, menarca, início da vida sexual, gravidez, aborto, tabagismo, hipertensão, estado civil, cuidado ginecológico e escolaridade foram observadas, confirmando a importância dos Determinantes Sociais da Saúde, visto que interferem na forma como as mulheres escolhem os métodos contraceptivos e os riscos que essa escolha pode representar para a sua saúde.

Para melhorar as condições de saúde de uma população, são necessárias mudanças profundas dos padrões econômicos e intensificação de políticas sociais. Dessa forma, torna-se extremamente relevante a realização de estudos sobre condicionantes e Determinantes Sociais da Saúde para que as ações tenham impacto favorável sobre a qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2017 Mar 08]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd26.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2017 Mar 08]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf
3. Santos AAP, Ferreira CCF, Silva ML. Factors that interfere in the choice of contraceptive method by the couple: an integrative review. Rev APS [Internet]. 2015 [cited 2017 Mar 08];18(3):368-77. Available from: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2516/900>
4. Buss PM, Pellegrini FA. Health and its social determinants. Physis [Internet]. 2007 [cited 2017 Mar 09];17(1):77-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>
5. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Arbetsrapport/ Institutet for Framtidsstudier [Internet]. 2007 [cited 2017 Mar 07];14:01-69. Available from: <http://www.iffs.se/media/1326/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf>
6. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde. Resolução CNS nº 466/12. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF; 2012 [cited 2017 Mar 08]. Available from: <http://conselho.sau.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
7. Borges ALV, Fujimori E, Kuschnir MCC, Chofakian CBN, Moraes AJP, Azevedo GD, et al. ERICA: sexual initiation and contraception in Brazilian adolescents. Rev Saúde Pública [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 09];50(suppl 1):15s. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s1/0034-8910-rsp-S01518-87872016050006686.pdf>
8. Amorim F, Cavenaghi S, Alves J. Mudanças recentes no uso de métodos contraceptivos no Brasil e na Colômbia: com especial menção à esterilização masculina e feminina. In: Wong LR, (Ed.). Población y salud sexual y reproductiva en América Latina [Internet]. Rio de Janeiro: Asociación Latinoamericana de Población; 2008 [cited 2017 Dec 07]. Available from: http://www.alapop.org/alap/SerieInvestigaciones/InvestigacionesSI1aSI9/SSR_Partel-4.pdf
9. Silva MRB, Silva LA, Maturana HCA, Silva RB, Santos ME, Figueiredo Filho V. Why they do not use?: a study about the accession of adolescents not contraceptive methods and their Implications. Rev Saúde Redes [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr 08];1(4):75-83. Available from: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2015v1n4p75-83>
10. Lara LAS, Abdo CHN. [Aspects of early sexual activity]. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 07];37(5):199-202. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n5/0100-7203-rbgo-37-05-00199.pdf> Portuguese
11. Farias MR, Leite SN, Tavares NUL, Oliveira MA, Arrais PSD, Bertoldi AD, et al. Use of and access to oral and injectable contraceptives in Brazil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 25];50(Suppl-2):14s. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006176.pdf>
12. World Health Organization-WHO. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 5th ed. [Internet]. World Health Organization; 2015 [cited 2017 Oct 25]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf?ua=1
13. Lima ACS, Martins LCG, Lopes MVO, Araújo TL, Lima FET, Aquino PS, et al . Influence of hormonal contraceptives and the occurrence of stroke: integrative review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 25];70(3):647-55. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/0034-7167-reben-70-03-0647.pdf>
14. Valim EMA, Dias FA, Simon CP, Almeida DV, Rodrigues MLP. Condom use among adolescents in public schools of the city of Uberaba, State of Minas Gerais, Brazil: knowledge and attitudes. Cad Saúde Colet [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr 07];23(1):44-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n1/1414-462X-cadsc-23-01-00044.pdf>
15. Pires MRM, Balieiro CRB. Representations of heterosexual men on STD/AIDS and condom use in sexual relationships. Saúde Transf Soc [Internet]. 2012 [cited 2017 Apr 07];3(3):89-104. Available from: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1515/2603>
16. Magalhães AC, Pereira DSA, Jardim DMB, Caillaux M, Sales VBL. Woman's experience with the choice of the Billings Ovulation Method. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013 [cited 2017 Apr 07];66(4):485-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a04.pdf>
17. Patias ND, Dias ACG. First sexual intercourse, information and contraceptive use: a comparison between adolescents. Psicol USF [Internet]. 2014 [cited 2017 Apr 08];19(1):13-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v19n1/a03v19n1.pdf>