



ARTIGO ORIGINAL

CONTRACEPTIVOS HORMONAIS ORAIS: UTILIZAÇÃO E FATORES DE RISCO EM UNIVERSITÁRIAS**HORMONAL CONTRACEPTIVE PILLS: USAGE AND RISK FACTORS AMONG COLLEGE STUDENTS**

Ana Paula Panato Steckert¹
Sabrina Figueredo Nunes²
Graziela Modolon Alano³

RESUMO

Contraceptivo Hormonal Oral (CHO) é um dos métodos mais utilizados pelas mulheres e mais eficazes. O Objetivo do estudo foi investigar o uso de CHO por estudantes de uma Instituição de Ensino Superior, Brasil. Trata-se de estudo epidemiológico tipo transversal quantitativo, realizado por meio de questionário autoaplicativo em abril de 2015. Participaram 197 mulheres entre 18 e 43 anos, 76,65% faziam uso de CHO sendo que destas, 94,04% faziam uso do método combinado. Das universitárias 74,83% ingerem álcool, maioria consumo não frequente, mas quando consomem, 83,84% ultrapassa o limite recomendável. Para 21,32% houve presença de fator de risco pré-estabelecido, sendo mais frequente a enxaqueca e 15,17% tinham IMC elevado, o que pode conferir riscos às usuárias; ainda houve casos de utilização de medicamento com risco de interação com CHO. Entre as universitárias 25,16% relataram apresentar efeito adverso, sendo mais frequente o aumento de peso. Em 80,13% dos casos o CHO foi indicado pelo médico. Somente 22,15% receberam alguma informação no momento da compra. 89,40% das entrevistadas conhecem sobre a não prevenção de doenças sexualmente transmissíveis pelo CHO, porém destas, apenas 64,10% usam de fato preservativo. O estudo mostrou a existência de fatores que podem diminuir a eficácia e, mesmo, aumentar os riscos à saúde.

Descritores: Anticoncepcionais (comprimidos). Universitárias. Fatores de risco. Doenças Sexualmente Transmissíveis.

ABSTRACT

Birth control pills are the most commonly prescribed hormonal treatment for the prevention of pregnancy among women, and are one of the most effective methods. The aim of the study was to investigate the use of hormonal contraceptives among college students from a higher education institution, Brazil. It is an epidemiological cross-sectional quantitative study. A self-administered questionnaire was completed by 197 women aged 18-43 years in April 2015. Of the participants, 76.65% were taking hormonal contraceptive pills, and 94.04% of these were using a combined method. The majority (74.83%) reported occasional alcohol consumption, but 83.84% of those who drank exceeded maximum recommended consumption levels. There was pre-established risk factors for 21.32% of them, especially migraines; 15.17% had high BMI, which can be risky to users; and there were cases of drug-threatening interaction with hormonal contraceptives. Of the participants, 25.16% reported having adverse effect, more frequent weight gain. In 80.13% of cases, birth control pills were prescribed by their doctors. Only 22.15% received some kind of information at the time of

¹ Discente do Curso de Farmácia, Universidade do Sul de Santa Catarina. Tubarão, SC, Brasil

² Discente do Curso de Farmácia, Universidade do Sul de Santa Catarina. Tubarão, SC, Brasil

³ Docente e membro do Núcleo de Atenção Farmacêutica e Estudos da Utilização de Medicamentos (NAFEUM) – Curso de Farmácia – Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).



the purchase. Of the respondents, 89.40% reported being aware that contraceptives did not prevent sexually transmitted diseases, but only 64.10% of them actually used condoms. The study showed several factors that may decrease hormonal contraception effectiveness and even increase health risks.

Keywords: Contraceptives (pills). College students. Risk factors. Sexually transmitted diseases.

INTRODUÇÃO

A contracepção é uma prática amplamente realizada por mulheres de todas as partes do mundo. Atualmente existem vários métodos contraceptivos no mercado, sendo o contraceptivo hormonal oral (CHO) o método mais utilizado e bastante eficaz, se usado de forma correta ⁽¹⁻³⁾.

No Brasil 81% das mulheres da faixa etária entre 15 e 49 anos com parceiro fixo, utilizam algum método contraceptivo, sendo 25% delas usuárias de contraceptivo hormonal oral ⁽⁴⁾. A escolha do CHO ideal para uma mulher envolve diversos fatores, entre eles as necessidades e condições de saúde da paciente, os efeitos colaterais e as contraindicações do contraceptivo ^(1-3,5).

O contraceptivo hormonal oral pode ser classificado de acordo com a composição hormonal, dosagem e tipo do hormônio ^(1-3,5). Quanto à composição hormonal, pode ser dividido em método combinado, contendo neste um estrógeno e uma progesterona, e método isolado, contendo apenas a progesterona ^(1,2,5). São classificados também quanto à dosagem e o tipo do hormônio, sendo divididos em primeira, segunda e terceira geração ^(2,3). Alguns estudos classificam o CHO contendo a drospirenona como sendo de quarta geração ⁽⁶⁾, entretanto, esta classificação ainda não se encontra claramente definida.

O uso de CHO pode apresentar benefícios, além da contracepção, como o tratamento da dismenorreia, acne, tensão pré-menstrual, cistos ovarianos, endometriose, dentre outros ^(2,5,7). Por outro lado, estes mesmos contraceptivos podem apresentar efeitos adversos como, discreto aumento na pressão arterial, tromboembolismo, diabetes mellitus, eventos cardiovasculares e alterações na libido ^(8,9).

Em certas situações, o uso de CHO por mulheres com certos hábitos ou particularidades pode acarretar riscos à saúde da mesma. O abuso de álcool e cigarros, bem como um índice de massa corpórea (IMC) acima de 30 kg/m², são por vezes fatores que potencializam ou diminuem a ação do CHO alterando a sua efetividade e segurança ⁽⁷⁾. O uso concomitante de certas substâncias, como o álcool e alguns medicamentos, por exemplo, anticonvulsivantes e antirretrovirais, podem comprometer a eficácia do CHO ^(7,10-11). Doenças pré-existentes como a hipertensão arterial, problemas cardíacos ou tromboembólicos, também podem elevar os riscos atribuídos ao CHO e devem ser avaliados quanto à relação risco-benefício para a paciente ⁽⁷⁻⁹⁾.

Visto que o CHO costuma ser ingerido pelas mulheres por um longo período de tempo é importante que obtenham conhecimento sobre indicações, contraindicações, modo correto de uso, bem



como a importância da adoção de um método preventivo para as doenças sexualmente transmissíveis (DST), entre outras informações vinculadas ⁽¹²⁾.

Diante disso, este estudo teve como objetivo investigar o uso de contraceptivos hormonais orais por estudantes de uma instituição de ensino superior do Sul do Estado de Santa Catarina com o intuito de conhecer a utilização deste método contraceptivo na população feminina de estudantes desta instituição, a fim de permitir uma análise quanto ao conhecimento destas mulheres acerca do método adotado, bem como a investigação de fatores de risco que possam afetar a eficácia e a segurança do CHO, dentre outras informações.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal quantitativo realizado por meio de questionários autoaplicativos. A população estudada envolveu mulheres do primeiro ano de graduação de quatro cursos de uma instituição de ensino superior do Sul do estado de Santa Catarina, localizada a 130 quilômetros da capital Florianópolis. A instituição é composta por 41 cursos presenciais organizados em quatro grupos: Produção, Construção e Agroindústria; Saúde e Bem Estar Social; Sociais, Direitos, Negócios e Serviços; e, Educação, Humanidades e Artes. Adotando-se o procedimento de amostragem, com base em estudos anteriores ^(13,14), foi realizado o sorteio de quatro cursos, sendo a amostra composta por um curso representante para cada uma das áreas apresentadas anteriormente. O critério de inclusão foi pertencer a um dos cursos sorteados, cursar o primeiro ou o segundo semestre e estar presente na sala de aula no momento da aplicação do questionário. O critério de exclusão foi possuir idade inferior a 18 anos ou não aceitar participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O questionário estruturado iniciou com a identificação do curso, idade e outras informações sobre o perfil da entrevistada, seguido do questionamento quanto à utilização de algum método contraceptivo, sendo solicitado o tipo de método adotado. Em seguida, somente aquelas que usavam contraceptivos hormonais orais continuaram a preencher o questionário, sendo então coletadas informações quanto ao nome comercial e a utilização do método, bem como hábitos de vida e presença de doenças concomitantes. Também foram abordados questionamentos referentes à aquisição do produto nas farmácias e ao comportamento sexual (utilização de preservativo).

Baseado no estudo de Oliveira *et al* ⁽¹⁵⁾ foi adotado para este estudo, categorias de consumo de bebidas alcoólicas, as quais foram: “uso ocasional” quando consome bebidas alcoólicas somente em festas ou comemorações eventuais; “uso frequente” quando consome bebidas alcoólicas nos finais de semana ou mais vezes na semana; e ainda as opções “não consumo” e “consumo diário”.

Ainda sobre o consumo de álcool e de acordo com Haddad ⁽¹⁶⁾ estima-se que a quantidade limite para o consumo diário de álcool seja de 0,3 g/Kg, para que não ocorra possível interação entre o



álcool e o CHO. Segundo este mesmo autor, o cálculo para a conversão do número de copos ingeridos em grau alcoólico deve considerar os seguintes parâmetros: densidade do álcool = 0,7894g/l, teor alcoólico do destilado 50 °GL e bebida fermentada 7°GL. O cálculo utilizado na conversão segue a seguinte fórmula: quantidade de bebida em um copo (250 ml) x grau alcoólico da bebida x densidade/peso corporal^{11,16}.

Foi realizado um pré-teste do questionário envolvendo 38 mulheres a fim de avaliar a legibilidade e aplicabilidade do instrumento de pesquisa. Os dados do pré-teste não foram incluídos na pesquisa.

Para a coleta dos dados, inicialmente foi realizada a apresentação do estudo aos coordenadores dos cursos sorteados e solicitada sua autorização. Posteriormente, houve um levantamento das mulheres matriculadas nos dois primeiros semestres. Após estas etapas o questionário foi aplicado dentro da sala de aula, nos cursos sorteados, às universitárias que aceitaram participar do estudo assinando o TCLE. O tempo aproximado para aplicação foi entre 10 a 20 minutos para cada turma e ocorreu no mês de abril de 2015. Foi obtida uma amostra total de 246 mulheres, sendo que destas, foram excluídas 49 alunas por terem idade inferior a 18 anos.

A partir da coleta foi criado um banco de dados no programa Excel e analisados utilizando-se o programa EpiInfo versão 7.1.3.[®]. Foram calculadas a média, mediana e desvio padrão para as variáveis contínuas e proporções para as variáveis categóricas. Para análise da associação entre a variável de desfecho (uso de contracepção hormonal oral) e as variáveis de exposição (perfil das entrevistadas) foi adotado o teste do Qui-quadrado exato de Fisher. O nível de significância pré-estabelecido foi de 95% e o valor de “p” menor que 0,05 considerado estatisticamente significativo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade em estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 197 mulheres com idade média de 21,26 (\pm 4,81) anos, variando entre 18 e 43 anos. Da amostra obtida, 76,65% (151) das mulheres faziam uso de CHO concordando com dados já existentes que afirmam que este é o método contraceptivo mais utilizado pelas mulheres⁵. Não usavam o método CHO 23,35% (46) mulheres da amostra, onde 17,26% (34) mulheres não faziam uso de nenhuma forma contraceptiva, e 6,09% (12) usavam algum método diferente do CHO, como o preservativo masculino ou feminino (5), o Dispositivo Intra-Uterino (4), o contraceptivo injetável (2) e o adesivo com hormônios (1).

Além da principal ação de contracepção, o CHO foi utilizado para outros fins terapêuticos e o Gráfico 1 apresenta os principais motivos citados pelas entrevistadas, em número absoluto, para utilização do método. Tratamento da dismenorreia foi o segundo motivo mais citado pelas



entrevistadas, e de acordo com a literatura, o método tem eficácia de 90% dos casos de tratamento deste sintoma⁽¹⁷⁾. Na categoria “outros” o uso para regulação do ciclo menstrual foi o mais citado.

Entre as mulheres que usavam CHO (151), 96,03% (145) informaram o nome do medicamento e destas, 97,93% (142) fazia uso do método combinado, e apenas 1,99% (3) das mulheres faziam uso do método isolado.

De acordo com a Tabela 1, que descreve o perfil das universitárias, 15,17% (22) das usuárias de CHO apresentaram IMC igual ou acima de 25 kg/m², o que pode causar diminuição da eficácia do CHO, levando ao aumento no risco de gravidez. Esta diminuição de efetividade do medicamento ocorre devido ao peso corporal elevado, pois o tecido adiposo contribui para o depósito dos hormônios nestes tecidos, favorecendo a diminuição das concentrações séricas de hormônio⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Estudos realizados por Holt *et al.*⁽²¹⁻²²⁾ observou maior número de gestantes entre as mulheres com peso elevado. Estudos como os de Carolyn *et al.*⁽²³⁾ e Edelman *et al.*⁽²⁴⁾ realizando a comparação dos níveis de hormônios entre mulheres obesas e não obesas usuárias de CHO encontraram resultados semelhantes, havendo menor concentração dos hormônios em mulheres obesas.

A obesidade afeta negativamente a farmacocinética de pílulas de baixa dosagem. Entretanto, o impacto destas alterações sobre a eficácia do contraceptivo hormonal ainda está em debate. Sugere-se em usuárias obesas optar pelo uso contínuo ou evitar o uso de comprimidos de baixa dosagem⁽²⁴⁾, porém neste estudo, as entrevistadas usavam CHO de baixa dosagem (segunda e terceira geração) e somente duas entrevistadas faziam uso contínuo do método.

Além disso, 17,65% (3) tinham IMC maior que 30 kg/m² e utilizavam contraceptivo oral combinado (COC) sendo que, nestes casos, os riscos podem superar os benefícios devido ao aumento de riscos para o desenvolvimento de eventos tromboembólicos, tornando o método contraindicado a essas mulheres^(8,19,25). Para esta situação recomenda-se evitar o uso de um de contraceptivo de terceira ou quarta geração⁽²⁵⁾, sendo que neste estudo duas delas faziam uso do COC de terceira geração.

Quanto ao consumo de álcool pelas universitárias (Tabela 1), uma parcela considerável de mulheres consome álcool, apesar da maioria não consumir de modo frequente. Das 74,83% (113) que ingerem álcool, 87,61% (99) responderam a quantidade média de álcool consumida em uma ocasião. Quando analisadas estas informações, 83,84% (83) destas ultrapassam o limite de álcool (0,3g/kg) recomendado por Haddad⁽¹⁶⁾, proporcionando assim possível interação entre o álcool e o contraceptivo, pois o metabolismo de medicamentos se altera de forma distinta quando há o consumo de bebidas alcoólicas^(11,16). Entretanto, estudos mais aprofundados poderiam esclarecer essa relação e os reais riscos para as mulheres que utilizam CHO.

Usuárias de contraceptivo combinado têm risco dobrado de desencadear infarto agudo do miocárdio e, principalmente trombose venosa profunda^(3,18). O aumento no risco trombótico aparenta ser consequência do aumento nas proteínas C e nos fatores de coagulação (fatores VII, IX, X, XII e



XIII), além da redução de anticoagulantes (proteína S e antitrombina III) ⁽²⁶⁾. A progesterona também pode favorecer eventos desta natureza dependendo do hormônio utilizado, as formulações que contenham um progestogênio de terceira geração (por exemplo, gestodeno e desogestrel) associam-se a um risco duas vezes maior de trombose do que as que contenham progestogênios de segunda geração (levonorgestrel) ^(8,9). Ou seja, estes efeitos tromboembólicos estão relacionados à quantidade de estrógeno na formulação, e conforme o tipo de progesterona contida no medicamento ^(2,9,18,26).

Nesta pesquisa, 59,15% (84) das mulheres utilizavam um CHO de terceira geração, enquanto os de segunda geração representaram 40,84% (58) das usuárias. A terceira geração apresenta risco de evento tromboembólico duas vezes maior quando comparado ao CHO de segunda geração ^(8,9). Esta informação deve ser criteriosamente avaliada, considerando-se a pré-existência de fatores de riscos pré-estabelecidos pela literatura, como a hipertensão e outras doenças cardiovasculares, obesidade, enxaqueca, histórico de tromboembolismo, dentre outros ^(7,18,25). Sendo que, neste estudo, ao menos um fator de risco estava presente em 21,32% (42) das entrevistadas e, destas, 80,95% (34) utilizavam um contraceptivo com risco de TEV atribuído. O Gráfico 2 apresenta os fatores de risco, em número absoluto, auto referido pelas entrevistadas.

O fator de risco mais prevalente na amostra foi a presença de enxaqueca, que tem concordância com o estudo feito por Hardy *et al* ⁽²⁷⁾, onde a maior parte das entrevistadas relatou a presença de dores de cabeça fortes e de repetição. Entretanto, este mesmo autor encontrou uma prevalência de mulheres em uso de CHO apresentando um ou mais fator de risco consideravelmente maior (41,9%) quando comparado ao presente estudo. Apesar de ter sido realizado há mais de vinte anos, o estudo de Hardy *et al* ⁽²⁷⁾ foi um estudo encontrado avaliando também a presença de fatores de risco em usuárias de CHO. Os resultados comparativos podem sugerir uma ação mais afetiva da política de serviços de assistência à saúde da mulher no país, visto que somente 64,9% das entrevistadas no estudo de Hardy *et al* ⁽²⁷⁾ consultaram um médico ao iniciarem o CHO, enquanto neste estudo 80,13% o fizeram.

Quando a mulher sofre de enxaqueca, ela tem propensão a desenvolver Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico. O contraceptivo hormonal pode modificar e desencadear crises de enxaqueca, além de conferir risco de desenvolvimento de eventos tromboembólicos e quando utilizado por mulheres que apresentam enxaqueca o risco de levar a um AVC pode aumentar ^(19,28-30).

O segundo fator de risco pontuado pelas universitárias foi o histórico familiar de câncer de mama. Uma das principais pré-disposições para desenvolver câncer de mama é ter tido uma parenta de primeiro grau com a neoplasia ⁽³¹⁾. Existem ainda controvérsias sobre o uso de CHO e sua propensão a desenvolvimento do câncer de mama. Estudos como de Tessaro *et al* ⁽³²⁾ e Junior *et al.* ⁽³³⁾ não associaram o uso de CHO ao aumento das chances de desenvolvimento de câncer de mama. Entretanto, Souza *et al.* ⁽³⁴⁾ e Vieira *et al.* ⁽³⁵⁾ comentam que o CHO pode aumentar a proliferação de



células epiteliais normais e também as células malignas já presentes no tecido mamário, o que pode contribuir ao desenvolvimento do câncer de mama. Pereira *et al.* ⁽³⁶⁾ afirma que, o CHO com baixa dose de estrogênio pode apresentar reduzido potencial de desenvolver o câncer mamário.

Nesta pesquisa, foram categorizados os contraceptivos combinados com risco de desenvolvimento de eventos tromboembólicos, em especial, o Tromboembolismo Venoso (TEV). Este estudo encontrou que, das universitárias que utilizavam COC, 92,96% (132) utilizam uma associação de progestógeno e estrógeno com potencial para o TEV, destacando-se a composição etinilestradiol associado a ciproterona 33,80% (48) ou a drospirenona 28,87% (41).

Parte das mulheres relataram efeitos adversos sendo mais frequente o aumento de peso (Tabela 2). O CHO contendo ciproterona em sua composição, usado por 48 mulheres neste estudo, apresenta como efeito adverso importante a retenção de líquidos, o que poderia estar associado a uma maior prevalência do aumento de peso, porém, foram avaliados os dados coletados neste estudo e não houve relação entre uso de anticoncepcionais contendo ciproterona com aumento de peso referido.

Apenas uma usuária declarou fazer uso de mais de 15 cigarros por dia, entretanto fazia uso de desogestrel de forma isolada, sendo esta a escolha adequada, considerando o risco da associação de cigarros com o método combinado em desenvolver eventos tromboembólicos ^(7,10,19,37).

No momento da pesquisa, 5,3% (8) das mulheres faziam uso de medicamentos via oral com potencial para interação com o COC, capazes até mesmo de diminuir a eficácia do método (Tabela 2). Tatro ⁽³⁸⁾ analisa as interações medicamentosas segundo uma escala de significância clínica (1 à 5), considerando a severidade e o nível de evidência científica documentada para ocorrência da interação, sendo nível 1 para interação de gravidade severa e bem documentada, até 5 onde a interação não está bem conhecida ou documentada. Dos medicamentos encontrados neste estudo em uso simultâneo com CHO, o anticonvulsivante apresenta nível 1; o antifúngico nível 2 e o antibiótico nível 4³⁸. É necessário que as usuárias deste método tenham conhecimento destes efeitos e que, enquanto estiverem em tratamento, a utilização de outro método de suporte poderá evitar uma gravidez não planejada.

Das participantes da pesquisa que usam CHO, apenas 22,85% (33) receberam algum tipo de informação no momento da compra do medicamento, sendo a orientação mais prevalente relatada, em 84,85% (28) dos casos, foi sobre a forma de uso do CHO. A informação quanto ao procedimento no caso de esquecimento de dose pode ser algo relevante, visto que 29,14% (44) das entrevistadas relataram ter esquecido de tomar o CHO em algum momento (Tabela 2). Quando questionadas sobre qual procedência tomaram em casos de esquecimentos, as entrevistadas citaram atitudes como: tomar o comprimido assim que lembrar; continuar a cartela normalmente, e ainda, tomar dois comprimidos no outro dia.



Duas universitárias que participaram da pesquisa relataram terem ficado grávidas durante o uso do CHO e uma delas relatou que o motivo foi por esquecimento da tomada do comprimido. A segunda entrevistada não soube descrever a causa relacionada à gravidez. Estas mulheres representam 1,32% da amostra neste estudo, demonstrando que o índice de gravidez utilizando CHO neste estudo foi maior que o previsto quando há o uso correto do método, de acordo com Trussell ⁽³⁹⁾.

Parcela considerável das entrevistas declarou ter iniciado o uso do contraceptivo por indicação do profissional médico, e parte menor por orientação de amigos ou parentes. Este resultado vem de encontro aos dados levantados por Aragão *et al.* ⁽⁴⁰⁾ onde 47,9% (102) selecionaram por conta própria e apenas 39,9% (85) das universitárias tiveram indicação médica para a escolha do método contraceptivo, dentre todos os disponíveis, usado em sua iniciação sexual, destacando-se que o método mais utilizado neste mesmo estudo foi o preservativo ⁽⁴⁰⁾.

Das entrevistadas que utilizam CHO, 89,40% (135) declararam saber que o uso de CHO não previne DST, 6,62% (10) acreditam que ao utilizá-lo há prevenção de DTS's, e outras 3,97% (6) mulheres não souberam definir. Dessa forma, 10,59% (16) das mulheres não tem conhecimento sobre o assunto, o que pode servir de alerta, visto que, estas mulheres estão expostas a estas doenças de forma não intencional. Segundo o estudo de base populacional realizado por Paniz *et al.* ⁽⁴¹⁾, 44,8% das mulheres entrevistadas nos domicílios no Rio Grande do Sul, acreditavam que existem outros métodos além do preservativo que podem evitar DST, índice este, bem maior que o encontrado neste estudo. A maior escolaridade deveria refletir no melhor conhecimento sobre saúde reprodutiva por facilitar o acesso à informação, entretanto, alguns estudos recentes não têm demonstrado essa relação positiva ^(14,42), assim como neste presente.

Nesta pesquisa, as entrevistadas em uso de CHO abandonaram o uso do preservativo após início de uso do CHO em 30,46% (46) dos casos, 64,23% (97) relataram não ter deixado de usar e 4,63% (7) já não utilizavam o preservativo; uma delas não respondeu a questão. Dentre os motivos citados pelas acadêmicas para o não uso de preservativos, os mais frequentes incluíram ter somente um parceiro e não sentir necessidade. Motivos estes não diferentes dos citados no estudo de Galvão *et al.* ⁽¹²⁾ com mulheres casadas, bem como na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, onde confiar no parceiro foi o motivo mais relatado ⁽⁴⁾. Essa situação demonstra um comportamento sexual de risco adotada por algumas mulheres, pois tendem a utilizar menos o preservativo quando utilizando o método CHO levando a uma maior vulnerabilidade para contaminação por DST e infecção pelo vírus HIV.

Realizando-se as análises de associação (Qui-quadrado exato Fisher), constatou-se que quanto menor a idade (menos de 30 anos) maior a utilização de CHO, sendo este o único fator que apresentou valor significativo ($p= 0,0026$). Não foi encontrada relação significativa entre as demais variáveis analisadas. O estudo de Hardy *et al.* ⁽²⁷⁾ também encontrou uma prevalência maior de uso de CHO entre



as mais jovens. Diante da pouca idade e fase de vida ainda em formação profissional e por isso, muitas vezes, com certa instabilidade financeira, o planejamento para uma gravidez é algo eminentemente relevante. Entre as entrevistadas com idade acima de 30 anos, mais da metade (56,25%;9) relataram não utilizar nenhum método contraceptivo.

O estudo apresentou limitações provenientes do fato de obter informações retrospectivas, o que devido à sua natureza, poderia estar sujeito ao viés de memória. Porém, tal situação não invalida os resultados obtidos, permitindo que o estudo forneça subsídios para a avaliação do uso de CHO pelas universitárias. Novos estudos nesta área, para uma investigação complementar acerca das possíveis interações entre CHO e bebidas alcoólicas, bem como com outros medicamentos, podem ser importantes.

CONCLUSÃO

Neste estudo, o método mais adotado pelas mulheres foi o contraceptivo hormonal oral combinado, sendo a composição etinilestradiol associado a ciproterona ou a drospirenona, a mais frequente. O modo de uso mais prevalente foi o mensal e o principal motivo para uso foi para prevenir uma gravidez. Verificou-se a presença de alguns efeitos adversos e de fatores de risco, ambos auto referido pelas entrevistadas, sendo principalmente, o aumento de peso e a enxaqueca, respectivamente.

A maioria das mulheres entrevistadas fez a escolha do CHO por indicação médica. Foram encontradas mulheres com IMC elevado, capaz de promover a perda de eficácia do contraceptivo e, em certos casos, contribuir para que os riscos superassem os benefícios do uso.

Nesta pesquisa, algumas das entrevistadas relataram o abandono do preservativo após início de uso do CHO, embora muitas afirmem ter o conhecimento sobre o risco de contaminação de DST/AIDS. Entretanto, o fato de existirem universitárias que declararam não ter conhecimento sobre a não prevenção de DST/HIV pelo método é relevante diante dos riscos atribuídos.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico. 4ª ed. Brasília; 2002.
2. Loose-Mitchell DS, Stancel GM. Estrogênios e Progestogênios. In: Goodman LS, Gilman A. *Goodman e Gilman as bases Farmacológicas da Terapêutica*. 12ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil LTDA; 2012. p.1201-1229.
3. Duncan B, Schmidt MI, Giugliani ERJ. *Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
4. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. PNDS 2006. Brasília, DF. 2009. 298p.



5. Fuchs FD, Wannmacher L, Ferreira MBC. *Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
6. Ávila WS, Tedoldi CL. Planejamento familiar e anticoncepção. *Arq Bras Cardiol* 2009; 93(6 Supl 1):S172-178.
7. Base de dados *Dynamed* [Internet] Oral contraceptives. 2014 [Acessado 2014 set 5] Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/dynamed/detail?sid=b7dcdf42-7b1e-4e6ebdca081781f5f224%40sessionmgr198&vid=6&hid=122&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1keW5hbWVklWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#db=dme&AN=116852&anchor=anc-1981696966>.
8. Brito MB, Nobre F, Vieira CS. Contracepção Hormonal e Sistema Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 96(4):e81-e89.
9. Vieira CS, Oliveira LCO, Silva de Sá MF. Hormônios femininos e hemostasia. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007; 29(10):538-47.
10. Delgado P, Martinez FM, Marmol AP, Franch NC, Fernandez JI. Guia de utilizacion de medicamentos. Anticonceptivos hormonales. Cátedra Sandoz, Universidad de Granada [Internet] 2006; 72 p. [Acessado 2015 jun 8] Disponível em: http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_ANT_IHORMO.pdf
11. Oliveira DAG, Soares VCG, Benassi Jr M. O consumo de bebidas alcólicas entre estudantes universitárias e o conhecimento dos riscos entre seu uso combinado com contraceptivos orais. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2009; 27(4):366-73.
12. Galvão MTG, Cerqueira ATAR, Machado JM. Medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/Aids. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(2):194-200.
13. Souza FG, Bona JC, Galato D. Comportamento de jovens de uma universidade do Sul do Brasil frente à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2007; 19(1):22-29.
14. Alano GM, Costa LN, Miranda LR, Galato D. Conhecimento, consumo e acesso à contracepção de emergência entre mulheres universitárias no sul do Estado de Santa Catarina. *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(9):2397-2404 .
15. Oliveira TR, Simões SMF. O Consumo de bebida alcoólica pelas gestantes: Um estudo exploratório. *Rev Enferm*. 2007; 11(4):632-8.
16. Haddad L, Milke P, Zapata L, Fuente JR, Vargas-Vorácková F, Lorenzana-Jiménez M, Corte G, Tamayo J, Kaplan M, Márquez M, Kershenevich D. Effect of the menstrual cycle in ethanol pharmacokinetics. *J App Toxicol*. 1998;27(4):366-73. *apud* Oliveira DAG, Soares VCG, Benassi Jr. M. O consumo de bebidas alcólicas entre estudantes universitárias e o conhecimento dos riscos entre uso combinado com contraceptivos orais. *Rev Inst Ciênc Saúde* 2009; 27(4):366-73.
17. Santiago RC, Schor E, Melo NR. Dismenorreia. Projeto diretrizes. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia [Internet] 2002; p.215-19 [Acessado 2015 jun 8] Disponível em: http://www.projetoDiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/041.pdf



18. Joseph TD, Robert LT, Gary CY, Gary RM, Barbara GW, Michael P. *Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach*. 8th Edition. United States of American 2011: MacGraw-Hill Companies.
19. Silveira CO, Mendes SSM, Dias JA, Ferreira MCF, Paiva SPC. Contracepção em mulheres com condições clínicas especiais. Critérios médicos e elegibilidade. *Reprod Clim*. 2014; 29(1):13–20.
20. Amitasrigowri SM. Obesity and Contraception: Emerging Issues. *Semin Reprod Med*. 2010; 28(2):156-163.
21. Holt VL, Cushing-Haugen KL, Darling JR. O peso corporal e o risco de falha do método contraceptivo oral. *Obstet Gynecol*. 2002; 99(5Pt 1):820-827.
22. Holt VL, Scholes D, Wicklund KG, Cushing-Haugen KL, Darling JR. Índice de massa corporal, peso e risco falha do método contraceptivo oral. *Obstet Gynecol*. 2005; 105(1):46-52.
23. Carolyn LW, Anupama HT, Elizabeth RM, Malcolm CP, Frank ZS. Pharmacokinetics of a combined oral contraceptive in obese and normal weight women. *PMC*. 2010; 81(6):474–480.
24. Edelman AB, Cherala G, Munar MY, McInnis M, Stanczyk FZ, Jensen JT. Correcting oral contraceptive pharmacokinetic alterations due to obesity: a randomized controlled trial. *Contraception* 2014;90(Supl.5):550-6. *apud* Portland OR. Tips for Increasing Contraceptive Pill Effectiveness in Obese Women [Internet] 2014 [Acessado 2014 agos 28] Disponível em: http://www.uspharmacist.com/weekly_news_update/nl/49717.
25. Vigo F, Lubianca JN, Corleta HE Progestógenos: farmacologia e uso clínico. *Femina*. 2011 mar;39(3):128-137.
26. Padovan FT, Freitas G. Anticoncepcional oral associado ao risco de trombose venosa profunda. *Braz. J. Surg. Clin. Res*. 2015;9(1):73-77.
27. Hardy EE, Moraes TM, Faúndes A, Vera S, Pinotti JA. Adequação do uso de pílula anticoncepcional entre mulheres unidas. *Rev de Saúde Pública*. 1991;25:96-102.
28. Associação AVC. A Enxaqueca e o Acidente Vascular Cerebral. [Internet] 2009; [Acessada 2015 jun 9] Disponível em: http://www.associacaoavc.pt/images/downloads/pdfs/AAVC_A4_ENXAQUECA_P.pdf
29. Silberstein DS, Peres Mario FP. Cefaleia nas mulheres. *Einstein*. 2004; 2 Supl.1:S67-72. [Internet]. [Acessada 2015 jun 9] Disponível em: <http://www.einstein.br/biblioteca/artigos/Suplemento/cefaleias%20nas%20mulheres.pdf>
30. Sociedade Portuguesa de Ginecologia, Sociedade Portuguesa da Contracepção, Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução. Consenso sobre Contracepção 2011. *Frist News* 2011;111 p.
31. Matos JC, Pelloso SM, Carvalho MDB. Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná, Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18 Supl.3:57-64.
32. Tessaro S, Béria, JU, Tomasi E, Barros AJD. Contraceptivos orais e câncer de Mama: Estudo de casos e controle. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(1):32-8.



33. Junior ES, Souza RT, Dória MT. Anticoncepção Hormonal e o Câncer de Mama. *Femina*. 2011; 39(4):231-235.
34. Souza MM, Winnikow EP, Moretti GP, Panatto APR, Rosa MI, Simões Pwta. Taxa de mortalidade por neoplasia maligna de mama em mulheres residentes da região carbonífera catarinense no período de 1980 a 2009. *Ciênc Saúde Colet*. 2013; 21 (4):384-90.
35. Vieira EM, Júnior GHY, Souza HCC, Mancini MPM, Perdoná GSC. História reprodutiva e sexual de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev Bras Ginec Obstet*. 2013; 35(2):78-83.
36. Pereira CM, Pinto BK, Muniz RM, Cardoso DH, Wexel WP. O adoecer e sobreviver ao câncer de mama: a vivência da mulher mastectomizada. *Rev Pesqu Cuid*. [on line] 2013; 5(2):3837-46.
37. Organização Mundial da Saúde. Critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais. 3ª ed. 2004; p. 324-334.
38. Tatro, DS (Ed.) Drug Interaction Facts 2014: The Authority on Drug Interactions. 1ª ed. USA: Wolters Kluwer Health. 2014.
39. Trussel, JM. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83(5):397-404.
40. Aragão JCS, Lopes CS, Bastos FI. Comportamento sexual de estudantes de um curso de medicina do Rio de Janeiro. *Rev Bras Educ Méd*. 2011; 35(3):334-340.
41. Paniz VMV, Fassa AG, Silva MC. Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(6):1747-1760.
42. Sant'Anna MJC, Carvalho KAM, Passarelli MLB, Coates V. Comportamento sexual entre jovens universitários. *Adolescência & Saúde*. 2008; 5(2):52-26.

**Tabela 1.** Perfil das entrevistadas.

Características	n	%
Curso (n=197)		
Direito	111	56,34
Arquitetura e Urbanismo	40	20,30
Nutrição	31	15,74
Letras	15	7,61
Índice de massa corporal (IMC) (n=145)		
< 25	123	84,83
≥ 25	22	15,17
Tipo de relacionamento (n=151)		
Namoro	89	58,94
Solteira	40	26,49
Casada/morando com parceiro	13	8,61
Encontro casual	09	5,96
Consumo de álcool (n=151)		
Ocasionalmente	100	66,22
Nunca	38	25,16
Frequentemente	13	8,60
Todos os dias	-	-

**Tabela 2.** Fatores relacionados ao consumo do contraceptivo pelas entrevistadas.

Fatores relacionados ao consumo	n	%
Medicamentos com potencial para interação (n=8)		
Antibiótico	05	62,5
Antifúngico	02	25
Anticonvulsivante	01	12,5
Efeitos adversos (n=151)		
Não	113	74,83
Sim	38	25,16
Tipo de efeito adverso (n=36)		
Aumento de peso	13	37,14
Cefaleia	05	14,28
Enjoo	03	8,57
Indicação (n=151)		
Médico	121	80,13
Amigos ou parentes	20	13,24
Farmacêutico	07	4,63
Balconista da Farmácia	02	1,32
Modo de uso do CHO (n=151)		
Mensal	121	80,13
Contínuo	18	11,92
Prolongado	12	7,95
Esquecimento do uso do CHO (n=151)		
Quase nunca	68	45,03
Nunca	39	25,83
Às vezes	35	23,18
Quase sempre	08	5,30
Sempre	01	0,66



Gráfico 1: Motivos do uso do contraceptivo hormonal oral, segundo relato das entrevistadas.

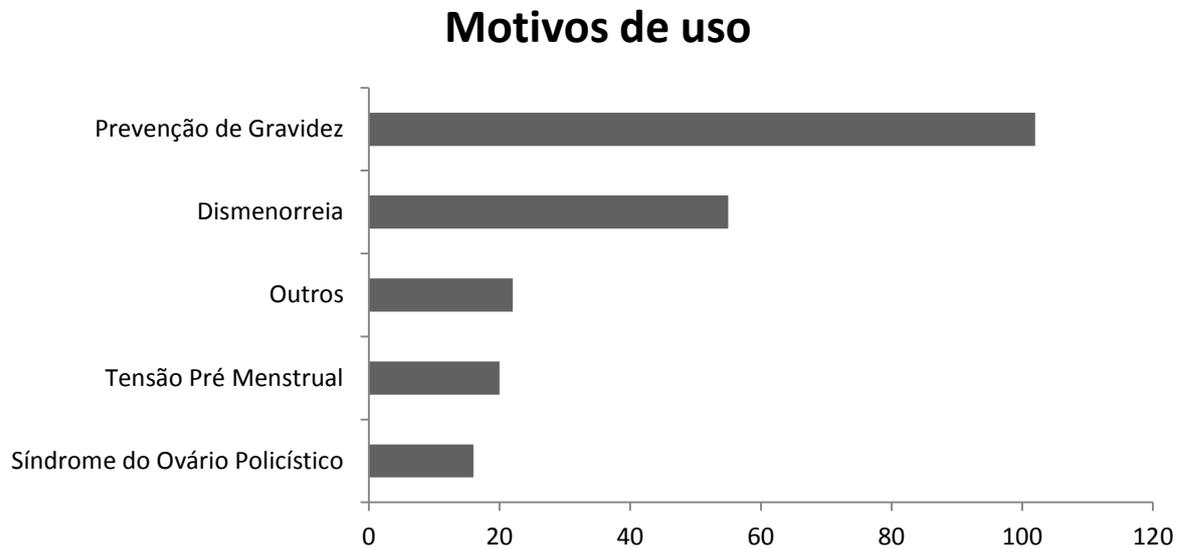


Gráfico 2: Fatores de risco auto referido pelas entrevistadas, considerando o uso de contraceptivo hormonal oral combinado.

