

CONHECIMENTO SOBRE ANTICONCEPCIONAIS ORAIS ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA

KNOWLEDGE ABOUT ORAL CONTRACEPTIVE AMONG MEDICINE STUDENTS

AMANDA DUARTE E DUARTE¹, CINTHIA GRISOLIA BARBOSA¹, LETICIA TAFF CARVALHO SILVA¹, PIERA CHAVES TERRA¹, CAROLINE KISSILA PEREIRA PASCOAL², ANALINA FURTADO VALADÃO³

1. Acadêmicos do curso de Medicina da faculdade União Educacional do Vale do Aço S.A (Univaco); 2. Professora do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES) e Mestre em Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde da Criança e da Mulher, pelo IFF/FIOCRUZ; 3. Graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Ouro Preto (1996), Mestrado em Bioquímica e Imunologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (1998) e Doutorado em Bioquímica e Imunologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (2002). Professora titular da UNIVACO, Ipatinga, MG.

* Veneza I, Rua João Patrício Araújo, 179, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-251. analina.valadao@univaco.edu.br

Recebido em 08/03/2021. Aceito para publicação em 26/04/2021

RESUMO

Introdução: a contracepção hormonal é um método utilizado por mulheres de diferentes idades. Existem vários contraceptivos, sendo o anticoncepcional oral (ACO) o método mais utilizado. A anticoncepção atua prevenindo uma gravidez não desejada, porém apresenta contraindicações que, quando negligenciados, colocam a saúde em risco. O objetivo é analisar o uso de contracepção hormonal pelas acadêmicas de Medicina, assim como avaliar os fatores de risco e o conhecimento sobre o uso da contracepção hormonal. **Método:** estudo transversal, descritivo; para a coleta dos dados, utilizou-se um formulário composto de quatro partes. Os testes estatísticos utilizados foram o teste qui-quadrado de Pearson, teste de correlação de Spearman e o teste exato de Fischer. **Resultados:** a amostra foi composta de 253 acadêmicas do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior. Destacou-se o anticoncepcional oral combinado como o mais utilizado. **Conclusão:** A maioria das entrevistadas são usuárias de ACO combinado por até 5 anos, sendo o principal motivo para o uso a contracepção. As alunas possuem conhecimento sobre os riscos. Sendo assim, mesmo se tratando de curso de Medicina, ainda existem alunas que não possuem conhecimento quanto à utilização dos ACO, o que demonstra a necessidade de haver auxílio de um profissional nesse momento.

PALAVRAS-CHAVE: Anticoncepcional oral; hormônios; método contraceptivo; estudantes.

ABSTRACT

Introduction: hormonal contraception is a method widely used by women of different ages. There are several contraceptives, the oral contraceptive (OC) being the most used method. Hormonal contraception works to prevent unwanted pregnancies, but it has contraindications that, when neglected, put health at risk. **Objective:** to analyse the use of hormonal contraception by students, as well as to evaluate risk factors and knowledge about the use of contraception. **Method:** a cross-sectional, descriptive study is used to collect data using a form composed of four parts. The statistical tests used were Pearson's chi-square test, Spearman's correlation

test and Fischer's exact test. Results: the sample consisted of 253 students of the medical course at the Instituto Metropolitano de Ensino Superior. The combined oral contraceptive stood out as the most used. Conclusion: the majority of interviewees are combined users of OC for up to 5 years, being the main reason for using contraception. The students have knowledge about risks. So, even if it is a medical course, there are still students who do not have knowledge about the use of OC, demonstrating the need to have the help of a professional at that time.

KEYWORDS: oral contraceptive; hormones; contraceptive method; students.

1. INTRODUÇÃO

A contracepção hormonal é um método amplamente utilizado por mulheres de diferentes idades. Existem vários contraceptivos no mercado, sendo o anticoncepcional oral (ACO) o método mais utilizado e com excelente eficácia, se usado de forma correta¹.

A anticoncepção hormonal atua prevenindo uma gravidez não desejada ou não programada, sem qualquer restrição às relações sexuais, e é também utilizada, dentre outras funções, para controle de ciclo menstrual e distúrbios hormonais, porém apresenta contraindicações e efeitos colaterais que, quando negligenciados pelas usuárias, colocam a saúde em risco².

A escolha pelo método contraceptivo se associa a fatores que incluem custo, conhecimento, acesso, efeitos colaterais e desejo de manter-se em amenorreia. Devido a isso, é importante orientar sobre as diferentes opções contraceptivas, possibilitando à paciente a escolha mais apropriada, de acordo com suas necessidades³.

Os contraceptivos hormonais orais foram um grande avanço na contracepção. De acordo com a composição, eles são classificados como combinados (compostos por associação de progestágenos e

estrogênios) e não combinados (compostos por progestágenos isolados, as minipílulas). De acordo com a dose de etinilestradiol, um tipo de estrogênio, são também classificados em contraceptivos de dose baixa ($\leq 30 \mu\text{g}$), dose média (> 30 e $< 50 \mu\text{g}$) e dose alta ($\geq 50 \mu\text{g}$). Existe também a classificação em primeira, segunda, terceira e quarta geração, de acordo com o tipo de progestogênio. No Brasil, os ACO são usados por aproximadamente 30% das mulheres em idade reprodutiva e seu uso prolongado apresenta vantagens que contribuem para a adesão ao tratamento, como redução da tensão pré-menstrual, alívio das cólicas menstruais e melhora do hirsutismo e acne^{4,5}.

Todavia, o uso da medicação associado a algumas comorbidades, como a hipertensão arterial, pode elevar o risco de a usuária apresentar um acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM) e outros desfechos negativos. O diabetes *mellitus* associado à doença vascular, o tabagismo em mulheres com 35 anos ou mais, doenças cardiovasculares e o tromboembolismo são também considerados fatores que devem ser levados em consideração para eleição do melhor método contraceptivo⁶.

Apesar da baixa concentração hormonal e do surgimento de formulações com componentes hormonais próximos aos endógenos, a prescrição sem critérios de ACO ainda merece atenção devido a possíveis efeitos deletérios. Dessa forma, devem-se avaliar os riscos e os benefícios antes de iniciar o uso de tais medicações, buscando as melhores opções de formulações e vias de administração mais seguras⁷.

Para que a prescrição do método contraceptivo seja feita de maneira segura, a OMS divulgou “critérios de elegibilidade”, por meio de diretrizes referentes ao planejamento familiar, que certificam a utilização segura dos métodos contraceptivos, segundo evidências científicas⁷.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar o conhecimento das acadêmicas de Medicina sobre o uso de contraceptivos.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo. A amostra foi composta por acadêmicas acima de 18 anos, sendo estas do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior - Ipatinga/MG. Foram convidadas alunas da 1º à 9º fase do curso.

As alunas foram abordadas em sala de aula e para participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a coleta dos dados, foi utilizado um formulário elaborado pelos autores e composto de quatro partes, com dados sobre: identificação pessoal; perfil do uso de contraceptivos; conhecimento sobre o uso e fatores de risco individual.

Os dados foram inseridos em um banco de dados utilizando-se o *software GraphPad PRISM® 6*, versão 6.01. Os testes estatísticos utilizados foram o teste qui-quadrado de *Pearson*, teste de correlação de *Spearman* e o teste exato de *Fischer*. Para inferências estatísticas,

utilizou-se intervalo de confiança de 95%, considerando significativos valores de $p < 0,05$. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais, sob o parecer de número 3.053.921.

3. RESULTADOS

Participaram do estudo 253 acadêmicas, das quais 159 (62,8%) apresentavam a faixa etária entre os 18 e 22 anos, e 91,3% delas relataram ser solteiras. Grande parte das participantes era do 1º período do curso de Medicina, representando 19% dos questionários, seguidas pelas alunas do 3º período representando 14,23%. De acordo com o peso corporal, 47% delas apresentaram entre 50 e 59 kg e 57% uma estatura média de 1,60 m a 1,69 m, demonstrando que grande parte das alunas (76,70%) possui um IMC entre 18,5 e 25, ou seja, estão no peso ideal para seus padrões. Dados detalhados estão apresentados na tabela 1.

Os dados apresentados na tabela 2 mostram que o método contraceptivo mais utilizado foi o ACO combinado (66,3%), seguido pelo preservativo (7,2%) e preservativo com ACO combinado (5,5%). O DIU mais utilizado foi o de progesterona, e nenhuma das estudantes informou o tempo de uso dele. A maioria das entrevistadas (64,2%) utiliza ACO por até cinco anos, sendo que 50,0% utilizam entre 1 a 5 anos, 35,0% utilizam mais que este tempo e 0,8% não informou o tempo de uso desse contraceptivo. Três participantes tiveram filhos e as três usam ACO.

Tabela 1: Características demográficas das participantes (N = 253).

Idade (anos) *	Total (N=253)		Usam N=181 (71,5%)		Não usam N=72 (28,5%)		P
	N	%	N	%	N	%	
18 a 22	159	62,8	112	70,4	47	29,6	0,0268
23 a 28	57	22,5	47	82,5	10	17,5	
29 a 34	17	6,7	13	76,5	4	23,5	
35 a 40	6	2,4	1	16,7	5	83,3	
40 a 45	1	0,4	1	100	0	0,0	
45 a 60	1	0,4	0	0,0	1	100	
Não informada	12	4,7	7	58,3	5	41,7	
Ano**							
1º ano	81	32,0	46	56,8	35	43,2	0,0833
2º ano	58	22,9	38	65,5	20	34,5	
3º ano	52	20,6	46	88,5	6	11,5	
4º ano	43	17,0	33	76,7	10	23,3	
5º ano	19	7,5	18	94,7	1	5,3	
IMC							
< 18,5	22	8,7	16	72,7	6	27,3	0,7749
18,5 a 24,9	194	76,7	141	72,7	53	27,3	
25,0 a 29,9	24	9,5	16	66,7	8	33,3	
30,0 a 39,9	6	2,4	3	50,0	3	50,0	
> 40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Não informado	7	2,8	5	71,4	2	28,6	

Estado civil***							
Solteira	231	91,3	166	71,9	65	39,2	0,9585
Casada	16	6,3	10	62,5	6	37,5	
União estável	1	0,4	1		0		
Outros (Divorciada, Viúva)	4	1,6	3	75,0	1	33,3	
Não informado	1	0,4	1		0		

Fonte: Dados da pesquisa. *Qui-quadrado de Pearson, as duas últimas faixas etárias não entraram na análise devido ao reduzido número de representantes. **Teste de correlação de Spearman, agrupando os períodos em anos. ***Analisadas apenas solteiras x casadas

Tabela 2: Perfil dos MAC utilizados considerando o tipo e a duração.

Tipo e N	Menos de 1 ano		1 a 5 anos		> 5 anos		Não informado	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Anticoncepcional Oral								
Combinado (120)	17	14,2	60	50,0	42	35,0	1	0,8
Preservativo (13)	1	7,7	0	0,0	1	7,7	1	84,6
Preservativo/ACO Combinado (10)	2	20,0	3	30,0	5	50,0	0	0,0
DIU de progesterona (Mirena) (9)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	100
Anticoncepcional Oral só progesterona (8)	1	12,5	4	50,0	2	25,0	1	12,5
Outros:								
Drospirenona+ Etinilestradiol/ Gestodeno + Etinilestradiol (8)	1	12,5	5	62,5	1	12,5	1	12,5
Não informado (6)	0	0,0	1	16,7	1	16,7	4	66,7
DIU de cobre (3)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,
Injetável combinado (2)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100
Outros: Drospirenona+ Etinilestradiol (2)	0	0,0	0	0,0	1	50,	1	50,0
Total (181)	22	12,2	73	40,3	53	29,3	3	18,2

Fonte: Dados da pesquisa.

Nos dados apresentados na tabela 3, é possível observar que a contracepção foi o principal motivo (65,7%) para o uso de MAC, seguido pelo desejo de regular o ciclo menstrual (23,2%).

Tabela 3: Motivos relacionados ao uso ou não uso de MAC.

Motivos	N	%
Para o uso da MAC		
Contracepção	119	65,7
Amenorreia	4	2,2
Outros. Especificar	12	6,6
Regular ciclo menstrual	42	23,2
Não especificado	4	2,2
Total	181	100,

Para o não uso de MAC

Estátendo engravidar	4	5,6
Receio dos efeitos adversos	31	43,1
Outros. Especificar	37	51,4
Total	72	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

O receio dos efeitos adversos (43,1%) foi o principal motivo apresentado para não usarem MAC e a maioria (51,4%) apresentou motivos diversos.

Das usuárias de ACO, apenas 148 responderam sobre como tiveram a indicação de seu uso e sobre o seu conhecimento acerca dos riscos associados. De acordo com os dados apresentados abaixo na tabela 4, a maioria dessas estudantes (85,8%), realiza o uso de ACO por meio de prescrição médica, e 93,9% possuem conhecimento sobre os riscos em relação ao uso desses medicamentos. Pelo teste exato de Fisher não foi observada uma associação significativa em relação à indicação do uso e o conhecimento sobre os riscos associados.

Tabela 4: Indicação e informação sobre o uso de ACO.

Conhece os riscos em relação ao uso de ACO?	Sim		Não		Total geral		Valor de P*
	N	%	N	%	N	%	
Por conta própria	19	90,5	2	9,5	21	14,2	0,6156
Prescrito Por médico	120	94,5	7	5,5	127	85,8	
Total geral	139	93,9	9	6,1	148	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre as participantes, 139 responderam ter conhecimento sobre os riscos do uso de ACO e que a fonte dessas informações foi o médico em 57,6%, seguidas de 18% vindo de amigos e familiares e 14,4% em aulas da faculdade. Internet e televisão foram os meios menos citados como fonte desse tipo de informação.

Os dados apresentados na tabela 5 mostram que a grande maioria (n 106) das usuárias de ACO combinado iniciou o uso deste método seguindo prescrição médica.

Tabela 5: Indicação x Tipo de Contraceptivo

Tipo de MAC	Médico		Conta própria	
	N	%	N	%
Anticoncepcional Oral Combinado	106	81,5	14	66,7
Preservativo/ACO Combinado	7	5,4	3	14,3
ElaniCiclo/Gestinol28	6	4,6	1	4,8

Minipílula	5	3,8	3	14,3
ElaniCiclo	2	1,5	0	0,0
Não informado	2	1,5	0	0,0
Injetável combinado	1	0,8	0	0,0
Preservativo	1	0,8	0	0,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à manifestação de efeitos colaterais associados ao uso de ACO e o tempo de uso, os resultados da tabela 6 mostram que, entre as 144 estudantes, a maioria (57,7%) relatou não apresentar efeito colateral ao usar ACO. Pelo teste do qui-quadrado não foi observada uma associação significativa entre o tempo de uso de ACO e a manifestação de efeitos colaterais associados.

Tabela 6: Tempo de uso de ACO e a manifestação de efeitos colaterais associados.

Tempo de uso de ACO	Apresentou efeito colateral associado ao uso de ACO				Valor de P*
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Menos de 1 ano	10	45,5	12	54,5	0,5980
Entre 1 e 5 anos	36	51,4	34	48,6	
Mais de 5 anos	22	42,3	30	57,7	

Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre as 55 alunas que relataram os sintomas apresentados pelo uso de ACO, o aumento de peso, náuseas, cefaleias e libido diminuída foram apresentados de forma equivalente, nenhum dos sintomas relatados apresentou associação significativa com o tempo de uso de ACO (P=0,5980 – teste qui-quadrado). Não houve diferença significativa entre os sintomas associados ao uso de ACO combinado, já que cada um apresentou uma prevalência média de 8,9%. Dados completos podem ser vistos na tabela 7.

Tabela 7: Tempo de uso de ACO e efeitos colaterais associados.

	Aumento de peso	Náuseas	Cefaleia	Libido diminuído			Outros	Total
				N	%	N		
Até 1 ano	6	2	0	0	2	0	0	10
	37,5	15,4	0	0	,0	,0	,0	18,2
De 1 a 5 anos	5	7	9	7	6	6	2	29
	31,3	53,8	,0	,0	,0	,0	,0	52,7
Mais de 5 anos	5	4	3	2	2	2	2	16
	31,3	30,8	,0	,0	,0	,0	,0	29,1
Total	16	1	1	1	1	1	4	55
	29,1	3	2	,8	,0	,2	,3	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Dezesseis alunas que utilizam MAC têm parente em primeiro grau que possui doença tromboembólica, sendo que nove utilizam ACO combinado (tabela 2).

Dessas, 9 (56,3%) relatam apresentar algum efeito colateral associado ao aumento de peso (4), cefaleia (2), náusea (1), outro (2).

Em relação às contraindicações, a prevalência do uso de cigarro foi de 1,2%, apenas 3 alunas de 253 relataram o uso de cigarro, e uma delas relatou consumir menos do que 15 cigarros ao dia. As outras duas não informaram a quantidade consumida ao dia. As três fazem uso de ACO combinado.

Dentre as três, uma possui parente de primeiro grau com doença tromboembólica e relatou não ter conhecimento sobre os riscos e iniciou o uso de ACO por indicação médica. Essa aluna está na faixa etária entre 18 e 22 anos e não possui HAS nem DM. Dessa forma, das 253 estudantes participantes deste estudo, apenas uma realizava o uso inadequado por fumar e possuir um parente de primeiro grau com doença tromboembólica. As outras duas que associavam fumo com ACO não possuíam HAS/DM, e ambas estavam na faixa etária entre 23 e 28 anos.

Para observar as diferenças entre as escolhas do método contraceptivo ao longo dos anos da faculdade (tabela 8), foi utilizado o teste de correlação de Pearson. Para essa correlação tomou-se como base o 2º, 3º e 4º ano, sendo que o valor de P destes foi respectivamente, 0,4076; 0,0343 e 0,0397. Foram excluídos o 1º e o 5º por uma divergência significativa relacionada à representatividade, sendo o primeiro ano com n:81 (32%) e o quinto com n:19 (7.5%).

Não foi observada diferença na escolha do anticoncepcional oral como método contraceptivo ao longo dos anos na faculdade. No segundo ano, 44.8% escolheram o anticoncepcional, no terceiro ano 69.2% e no quarto ano 55.8%

Em relação à escolha do DIU como MAC, houve aumento significativo durante os anos. No segundo 0%, no terceiro ano 7.7% e no quarto 16.3%. Este fato corrobora a hipótese de conhecimento mais aprofundando ao longo dos anos no curso de Medicina. Entretanto, quanto ao uso de preservativo (associado ou não ao uso de ACO) como MAC, houve significativa redução. O segundo ano com 8.6%, o terceiro com 5.8% e o quarto com 2.3%.

Tabela 8: Escolha do método contraceptivo ao longo dos anos cursados na faculdade

	Anticoncepcional		DIU		Preservativo (com ou sem uso de ACO)		Valor de P*
	N	%	N	%	N	%	
2º ano	26	44,8	0	0,0	8	8,6	0,4076
3º ano	36	69,2	4	7,7	5	5,8	0,0343
4º ano	24	55,8	7	16,3	1	2,3	0,0397

Fonte: Dados da pesquisa.

4. DISCUSSÃO

A maior parte das entrevistadas faz uso de algum método anticoncepcional. Corroborando nossa hipótese, a maioria utiliza ACO. De acordo com vários estudos,

ACO é o método mais utilizado, destacando-se os estudos de Olsen *et al.* (2018)⁸, Marques *et al.* (2017)⁹, Farias *et al.* (2016)¹⁰, Santos *et al.* (2018)¹¹, Borges *et al.* (2018)¹², e Delatorre & Dias (2015)¹³.

Nota-se um aumento significativo do uso de dispositivo intrauterino (DIU) em mulheres que cursam anos mais avançados na faculdade. Machado *et al.*¹⁴ confirmam isso em seu artigo recente, no qual citam um estudo alemão em que um número grande de mulheres entrevistadas considera o uso de DIU como uma opção atual caso recebam mais informações sobre eles por parte de profissionais de saúde. Ainda assim, o ACO é o MAC mais utilizado e, segundo Santos *et al.* (2018)¹¹, o fato de as mulheres utilizarem majoritariamente contracepção hormonal deve-se à elevada eficácia e facilidade de uso⁸.

De acordo com o perfil do uso das acadêmicas, constatou-se que o principal motivo do uso de MAC é a contracepção. Em seu estudo, Delatorre & Dias (2015)¹³ e Machado *et al.* (2020)¹⁴ também notaram que evitar a gravidez era o desejo primordial para o uso de MAC. A regulação do ciclo menstrual é o segundo motivo para o uso de MAC, segundo as entrevistadas. Os ACO são usados de maneira frequente em mulheres com distúrbios do ciclo menstrual, como oligomenorreia causada pela síndrome dos ovários policísticos e sangramento uterino anormal¹⁵.

No estudo de Demaria, observou-se que “mulheres acreditam que a menstruação regular é natural e fornece evidências de prevenção da gravidez”, ou seja, há mulheres que veem a menstruação como sinal necessário para a constatação de não concepção².

Já na pesquisa de Vieira *et al.* (2016)¹⁶, indicou-se que o principal motivo para a utilização de MAC era evitar doenças sexualmente transmissíveis, e esse motivo não foi evidenciado em nossa pesquisa. Segundo Vieira *et al.* (2016)¹⁶, há ainda as mulheres que não utilizam MAC por receio dos efeitos adversos. Na pesquisa em questão, as entrevistadas não adeptas de anticoncepcionais relataram como motivo o medo de efeitos colaterais.

Os efeitos colaterais de MAC podem ser inúmeros. Especificamente de ACO, pode-se encontrar sensibilidade mamária, náuseas, cefaleia, ganho de peso, sangramentos não programados, alterações de humor e libido^{15, 17, 18}. Das preocupações frequentes, a mais vista em estudos foi a obesidade.

Uma das hipóteses do presente estudo era que a obesidade fosse um efeito colateral de muitas usuárias de ACO, mas constatou-se que esse número não foi relevante. Além disso, das entrevistadas, poucas, segundo o IMC, foram consideradas com sobrepeso e obesidade e faziam uso de ACO concomitantemente. Segundo Isley e Allen não há evidências de que os ACO causem ganho de peso¹⁵, e Dehlendorf *et al.* (2020)¹⁷, ao analisarem 49 estudos mostraram que não houve alteração significativa no peso, seja ganho, seja perda. O Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia recomenda que a obesidade não deve ser um motivo para suspender a contracepção hormonal¹⁹.

O artigo de Simmons & Edelman (2016)²⁰ descreve estudos que abordam a interferência do peso na eficácia do ACO. A conclusão é que os diferentes índices de massa corporal não interferem nos efeitos contraceptivos.

Em um outro estudo, com base em uma revisão da Cochrane de 2016, o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia afirmou que mulheres com obesidade podem receber todas as opções de métodos contraceptivos hormonais com a garantia de que a eficácia do ACO não é afetada pelo peso. Esta conclusão é apoiada por um estudo de coorte prospectivo de 1.523 mulheres que constatou que o risco geral de gravidez indesejada em mulheres que usaram a pílula hormonal combinada, adesivo ou anel não foi significativamente diferente nas categorias de IMC. Porém, evidenciou-se em uma coorte grande e prospectiva de um estudo com mais de 52.000 mulheres que ocorreu um leve aumento nas taxas de falha de ACOs combinados em pacientes com IMC maior que 35. Em seu estudo, Simmons & Edelman (2016)²⁰ citam:

Devido a uma série de alterações no metabolismo de medicamentos na obesidade, há plausibilidade biológica para alterações na eficácia da contracepção hormonal em mulheres obesas. No entanto, essas alterações farmacocinéticas não estão linearmente relacionadas ao índice de massa corporal ou peso, e não se sabe qual o grau de obesidade começa a afetar os processos farmacocinéticos ou farmacodinâmicos. No geral, a maioria dos estudos de maior qualidade não demonstra diferença na eficácia da pílula contraceptiva oral em obesos em comparação com mulheres não obesas.

O risco de eventos tromboembólicos na obesa usuária de contraceptivo hormonal é de 2 a 3 vezes maior do que na usuária não obesa. Baseado nessa informação, a Sociedade Europeia de Contracepção recomenda usar métodos de progestagênio isolado ou dispositivo intrauterino nessa população²¹.

Há muitas contra-indicações para o uso dos MAC e, por isso, em nosso questionário listamos algumas doenças prevalentes e fatores de risco, de acordo com os Critérios Médicos de Elegibilidade da Organização Mundial da Saúde para uso de MAC. Diabetes, hipertensão arterial sistêmica, trombose venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, mutações trombogênicas conhecidas, doença cardíaca isquêmica, hiperlipidemia, cefaleia recorrente, HIV, CA de mama são as comorbidades e fatores de risco escolhidos também encontrados frequentemente em outros estudos semelhantes¹⁵.

Para o profissional de saúde e para o paciente, saber escolher o MAC apropriado, que atende à necessidade do paciente, é de suma importância.

Apoio, suporte e conhecimento médico nessa circunstância são fundamentais. O profissional, durante o atendimento, irá informar a mulher a respeito do método, orientar sobre o modo de uso das pílulas, eficácia, efeito na menstruação (regularidade e fluxo), efeitos colaterais, benefícios não contraceptivos, privacidade, além de efeito na fertilidade futura¹⁷.

Na pesquisa realizada, não foi encontrado um número grande de pessoas com contraindicação ou fator de risco para o uso de ACO. No estudo do *American College of Obstetricians and Gynecologists*¹⁹ demonstra-se que “uma análise de dados secundários do Projeto ESCOLHA Contraceptiva constatou que, de 1.010 adolescentes e mulheres adultas que desejavam um método contraceptivo hormonal combinado, 70 mulheres (6,9%) relataram potencial contraindicação médica em seu questionário de base”.

A comorbidade mais encontrada em estudos, associada ao uso de ACO, é a trombose venosa. Em nossa pesquisa, algumas entrevistadas tinham histórico de doença tromboembólica. O que pudemos analisar é que a frequência não é muito elevada, e o risco de se usar ACO ou outro MAC é menor que o benefício que trazem¹⁵. Ao engravidar, a mulher tem chances maiores de ter eventos tromboticos do que quando se previne, segundo Allen *et al.* (2006)²²:

O componente estrogênico dos contraceptivos hormonais combinados aumenta a produção hepática de globulinas séricas envolvidos na coagulação (incluindo fator VII, fator X, fibrinogênio) e aumenta o risco de tromboembolismo venoso (TEV) nos usuários. Embora todos ACO causem um risco aumentado de TEV, esse risco permanece metade do alto do risco elevado observado na gravidez. Mulheres com certas condições associadas ao TEV devem ser aconselhadas para contraceptivos não hormonais ou apenas progestágenos.

Em seu artigo, Raymond *et al.* (2012)²³, afirmam que o TEV é raro e em geral poucas pessoas são afetadas. Os benefícios dos métodos contraceptivos superam significativamente os riscos, principalmente porque previnem a gravidez, uma característica condição perigosa.

Além dos fenômenos tromboembólicos, um recente estudo afirma que o uso de ACO contínuo, durante anos, está associado à presença de adenomas hepáticos e outras lesões no fígado²⁴

O fator de risco que aparece em muitos estudos é o tabagismo. Métodos hormonais combinados apresentam em sua composição o etinilestradiol, hormônio que induz alterações significativas no sistema de coagulação e atua diretamente na parede vascular, podendo ser favorável ao desenvolvimento de eventos tromboembólicos¹¹

De acordo com os critérios de elegibilidade médica dos EUA e na classificação da categoria 4 dos critérios de elegibilidade médica da Organização Mundial da Saúde para uso de Contraceptivo²⁵, idade maior ou igual a 35 anos associado a tabagismo (15 cigarros por dia) pode levar ao quadro de trombose, sendo então uma contraindicação para o uso de ACO. Em nossa pesquisa, o número de fumantes não foi significativo. Apenas 3 afirmaram ser tabagistas, sendo todas usuárias de método hormonal, porém apenas uma relatou fumar menos que 15 cigarros por dia, as outras duas não informaram a quantidade consumida por dia.

Em um estudo realizado em uma unidade de saúde,

abordando 3357 mulheres, Santos *et al.* (2018)¹¹ afirmam que o tabagismo se associou significativamente à escolha do método.

Aproximadamente 80% das mulheres que fumavam não utilizavam métodos hormonais. Por fim, Brandt *et al.* (2016)²⁶, citam que os anticoncepcionais orais não são indicados para tabagistas. Ser fumante é um dos maiores fatores de risco para ocorrência de tromboembos e embolias em usuárias de ACO.

Em alguns estudos, afirma-se que, mesmo com algum critério que contraindica o uso, todas as mulheres prosseguiram com o uso da medicação¹⁹. Isso nos leva a perceber quanto é importante que um médico acompanhar e prescrever à mulher o melhor MAC. Diante disso, questionou-se em nossa pesquisa se o uso do MAC escolhido foi prescrito por médico ou por conta própria.

Refutando o que esperávamos, devido à facilidade de acesso aos ACO nas farmácias, as entrevistadas responderam que a escolha do melhor método contraceptivo foi feita por um profissional. Em artigo do *American College of Obstetricians and Gynecologists*¹⁹, pode-se inferir que o fato de os ACO serem vendidos sem receita médica favorece a continuidade do uso e que a venda dessa forma é recomendada pelo Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia.

Um estudo baseado em Oregon, de mulheres que procuravam comprar ACO on-line, descobriu que as participantes on-line tinham tanto conhecimento sobre contraindicações e eventos adversos quanto as mulheres vistas na clínica. Isso refuta o que esperávamos, que a ajuda profissional tem relação direta com o conhecimento dos riscos do ACO. Quanto a isso, pudemos confirmar nossa hipótese, já que, em nossa pesquisa, verificou-se que das 131 entrevistadas que procuraram médicos antes de iniciar a pílula, 118 entrevistadas possuíam conhecimento quanto aos riscos do uso de ACO. Em seu artigo recente, Machado *et al.* (2020)¹⁴ enfatizam sobre a importância de o MAC ser escolhido de acordo com a necessidade de cada mulher:

O aconselhamento contraceptivo moderno tem como principais pilares o foco sobre a mulher como elemento central e o incentivo à discussão individual, permitindo que o método seja escolhido por meios de decisão compartilhada.

Ainda sobre o conhecimento acerca dos riscos do uso de ACO, em nossa pesquisa observamos que a maioria o adquiriu por meio de médicos, seguido de familiares e na faculdade de Medicina. No artigo de Vieira *et al.* (2016)¹⁶ sobre uso e conhecimento sobre MAC, observou-se que o maior número da população respondeu que as informações foram obtidas via internet e, por último, por profissionais de saúde, diferenciando dos nossos resultados. Machado *et al.* (2020)¹⁴, em seu artigo, relatam que os profissionais de saúde, principalmente os ginecologistas, ainda são as fontes mais confiáveis de informação sobre saúde sexual e, portanto, estão em uma posição central para aconselhamento contraceptivo, apesar do aumento

global no uso da internet e das mídias sociais.

Nota-se, assim, a importância de a mulher obter conhecimento sobre o uso do MAC a ser escolhido. Machado *et al.* (2020)¹⁴ citam um estudo sobre o uso de contraceptivos realizado com 3.795 mulheres australianas entre 18 e 23 anos, em que foi observada a necessidade de obter informações consistentes e precisas sobre todos os métodos contraceptivos, além daqueles geralmente fornecidos sobre os métodos hormonais orais. Como relata Marques *et al.* (2017)⁹, os ginecologistas devem levar em consideração as circunstâncias individuais de cada mulher para, assim, fazer um adequado aconselhamento aos pacientes com o processo de tomada de decisão.

Por fim, em relação às limitações do estudo em nossa pesquisa, o emprego do questionário enquanto técnica de coleta de dados, trouxe em si algumas dúvidas sobre as respostas obtidas, tendo em vista a inviabilidade de comprovar respostas ou esclarecê-las.

Além disso, o número muito diferente de participantes por fase do curso foi uma situação que prejudicou a análise inferencial.

5. CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo demonstram o uso predominante de anticoncepcionais orais combinados por até 5 anos, sendo a contracepção o principal motivo para o uso. As estudantes demonstraram conhecimento sobre os riscos em relação a esses medicamentos, e tanto o acesso às informações quanto o início do uso dos fármacos foram feitos com o apoio de um médico, o que consolida a expectativa deste estudo, visto que o apoio de um profissional é fundamental para a segurança da paciente.

Ainda que em número reduzido, algumas estudantes de Medicina demonstraram falta de conhecimento quanto à utilização dos ACO, o que alerta para a necessidade do auxílio de um profissional nesse momento

Sendo assim, enfatiza-se a importância da presença médica na escolha conjunta e individualizada do MAC, sendo necessária uma boa anamnese e análise da condição clínica para que não haja complicações futuras na saúde das mulheres.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Steckert APP, Nunes SF, Alano GM. Hormonais orais: Utilização e Fatores de Risco em Universitárias. *Arq Catarin Med.* 2016; 45(1):78-92.
- [2] DeMaria AL, Sundstrom B, Meier S, *et al.* The Myth of Menstruation: How Menstrual Regulation and Suppression Impact Contraceptive Choice. *BMC Women's Health.* 2019; 19:125-132.
- [3] Ferreira HLOC, Barbosa DFF, Aragão VM, *et al.* Social Determinants of Health and their influence on the choice of birth control methods. *Rev Bras Enferm.* 2019; 72(4):1101-08.
- [4] Machado RB. Contraceptivos hormonais e risco de câncer de mama: como explicar sem polêmica. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018; 40:57-58.
- [5] Guedes JVM, Nunes NR, Ferreira LGR, *et al.* Avaliação de perfil lipídico, proteína C reativa ultrassensível e dímero D de usuárias de diferentes tipos de contraceptivos orais. *J Bras Patol Med Lab.* 2018; 54(1):14-20.
- [6] Corrêa DAS, Felisbino-Mendes MS, Mendes MS, *et al.* Fatores associados ao uso contraindicado de contraceptivos orais no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2017; 51:1-10.
- [7] Ribeiro CCM, Shimo AKK, Lopes MHB, *et al.* Effects of different hormonal contraceptives in women's blood pressure values. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(3):1453-59.
- [8] Olsen JM, Lago TDG, Kalckmann S, *et al.* Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2018; 34(1):e00019617.
- [9] Marques CMV, Magalhães MMVP, Carvalho MJLS, *et al.* Contracepção definitiva: tendências em um intervalo de 10 anos. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2017; 39(7):344-49.
- [10] Farias MR, Leite SN, Tavares NUL, *et al.* Utilização e acesso a contraceptivos orais injetáveis no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2016; 50(2):14s.
- [11] Santos MJO, Ferreira EMS, Ferreira MMC. Contraceptive behavior of Portuguese higher education students. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(4):1706-13.
- [12] Borges ALV, Fujimori E, Kuschnir MCC, *et al.* ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros. *Rev Saúde Pública.* 2016; 50(1):15s.
- [13] Delatorre MZ, Dias ACG. Conhecimentos e práticas sobre métodos contraceptivos em estudantes universitários. *Rev da SPAGESP.* 2015; 16(1):60-73.
- [14] Machado RB, Ushikusa TE, Monteiro IMU, *et al.* Different Perceptions among Women and Their Physicians Regarding Contraceptive Counseling: Results from the TANCO Survey in Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2020; 42(5):255-265.
- [15] Isley M, Allen RH. Over-the-Counter Access to Hormonal Contraception. *Obstet Gynecol.* 2019; 134(4):96-105.
- [16] Vieira EL, Pessoa GRS, Vieira LL, *et al.* Uso e conhecimento sobre métodos contraceptivos de estudantes da rede de ensino pública e privada do município de Bacabal-MA. *Rev Cient do ITPAC.* 2016; 9(2):87-107.
- [17] Dehlendorf C, Schreiber CA, Eckler K. Contraceptive counseling and selection for women. [acesso 2020 mar 21] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>.
- [18] Bartz DA, Roe A, Douglas P. Combined estrogen-progestin contraception: Side effects and health concerns. [acesso 2020 maio 14] Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/combined-estrogen-progestin-contraception-side-effects-and-health-concerns>.
- [19] ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists. Use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. *ACOG Practice Bulletin.* 2019; 133(2):128-150.
- [20] Simmons KB, Edelman AB. Hormonal contraception and obesity. *Fertility and Sterility.* 2016; 106(6):1282-88.
- [21] Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Antecipação e Obesidade. São Paulo. 2017.

Febrasgo. [acesso 2020 maio 06] Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/213-anticoncepcao-e-obesidade#:~:text=Dessa%20forma%20o%20risco%20de,ou%20dispositivo%20intrauterino%20nessa%20popula%C3%A7%C3%A3o>.

- [22] Allen RH, Kaunitz AM, Bartz D. Use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. *ACOG Practice Bulletin*. 2006; 73:1-20.
- [23] Raymond EG, Burke AE, Espey E. Combined Hormonal Contraceptives and Venous Thromboembolism: Putting the Risks Into Perspective. *Obstet Gynecol*. 2012; 119(5):1039-44.
- [24] National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. LiverTox: Clinical and Research Information on Drug-Induced Liver Injury. NCBI Bookshelf. 2020. [acesso 2020 maio 14]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547852/>.
- [25] OMS. Organização Mundial da Saúde. Guia de implantação dos critérios médicos de elegibilidade e das recomendações para uso de contracepção. Genebra: Organização Mundial da Saúde. 2018.
- [26] Brandt GP, Rodrigues AP, Burci LM. Conhecimento de usuárias de anticoncepcionais orais acerca de hábitos e interações medicamentosas em uma unidade básica de saúde. *Visão Acadêmica*. 2016; 17(4):12-21.