

Fatores associados ao uso contraindicado de contraceptivos orais no Brasil

Daniele Aparecida Silva Corrêa¹, Mariana Santos Felisbino-Mendes¹, Mayara Santos Mendes¹, Deborah Carvalho Malta², Gustavo Velasquez-Melendez¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

² Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Estimar a prevalência de contraindicação ao uso de anticoncepcionais orais e os fatores associados em mulheres brasileiras.

MÉTODOS: Participaram 20.454 mulheres que responderam ao inquérito Vigitel em 2008, das quais 3.985 reportaram uso de contraceptivos orais. Definiu-se como uso contraindicado de anticoncepcionais quando presente pelo menos uma condição: hipertensão; doenças cardiovasculares como infarto, derrame/acidente vascular encefálico; diabetes mellitus; ser tabagista e ter idade igual ou maior de 35 anos. Foram estimadas as prevalências e intervalos de 95% de confiança de uso contraindicado em usuárias de anticoncepcionais orais e fatores associados à contraindicação por meio de razões de prevalência e intervalos de 95% de confiança.

RESULTADOS: Na população total, 21,0% (IC95% 19,7–21,9) das mulheres apresentaram alguma contraindicação ao uso de anticoncepcionais orais, das quais 11,7% (IC95% 10,6–13,7) pertenciam ao grupo de usuárias de anticoncepcionais orais. A contraindicação mais frequente entre as usuárias de anticoncepcionais orais foi hipertensão (9,1%). A maior proporção de mulheres com pelo menos uma contraindicação tinha entre 45 a 49 anos (45,8%) e escolaridade entre zero e oito (23,8%). A prevalência de contraindicação de anticoncepcionais orais foi maior nas mulheres menos escolarizadas (zero a oito anos de estudos) (RP = 2,46; IC95% 1,57–3,86; p < 0,05) e idade entre 35-44 anos (RP = 4,00; IC95% 2,34–6,83) e 45-49 anos (RP = 5,59; IC95% 2,90–10,75).

CONCLUSÕES: Idade maior ou igual a 35 e escolaridade baixa foram fatores demográficos e de iniquidade, respectivamente, no uso contraindicado de contraceptivos orais.

DESCRITORES: Anticoncepcionais Orais, contraindicações. Planejamento Familiar. Fatores de Risco. Saúde da Mulher. Saúde Sexual e Reprodutiva.

Correspondência:

Gustavo Velasquez-Melendez
Escola de Enfermagem – UFMG
Av. Professor Alfredo Balena, 190
Santa Efigênia
30130-100 Belo Horizonte, MG,
Brasil
E-mail: guveme@ufmg.br

Recebido: 12 jan 2015

Aprovado: 3 dez 2015

Como citar: Corrêa DAS, Felisbino-Mendes MS, Mendes MS, Malta DC, Velasquez-Melendez G. Fatores associados ao uso contraindicado de contraceptivos orais no Brasil. Rev Saude Publica. 2017;51:1.

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



INTRODUÇÃO

Aproximadamente 60,0% das mulheres em idade reprodutiva utilizam algum método contraceptivo¹. Essa prevalência atinge cerca de 70,0% no Brasil, e os anticoncepcionais orais (ACO) e a esterilização feminina são os métodos mais comuns (23,0%)^a.

Os ACO, quando utilizados corretamente e continuamente, proporcionam à mulher controle efetivo e seguro da sua fecundidade^{11,21}. Por outro lado, inquérito *online* realizado em oito países, mostrou taxa de descontinuação do uso do método de 81,0%, a maioria devido aos efeitos adversos do medicamento (57,0%)⁸. O mesmo estudo observou o esquecimento (65,0%) e a ingestão no horário errado (67,0%) como problemas frequentes entre as usuárias de pílulas no País.

Mesmo diante dos vários benefícios que esse método pode oferecer, como regularização do ciclo menstrual e a prevenção de alguns tipos de câncer¹², o uso de ACO na presença de algumas condições como a hipertensão arterial pode aumentar o risco de acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM) e outros desfechos adversos em mulheres⁵. Além da hipertensão arterial, contraindicam o uso de ACO: diabetes mellitus com doença vascular, tabagismo em mulheres com 35 anos ou mais, doenças cardiovasculares, tromboembolismo, enxaqueca com aura, dentre outros. Em resposta a essa situação, o Ministério da Saúde e outras agências internacionais adotaram recomendações para seu uso^{b,c}. Os critérios de elegibilidade para o uso de ACO podem ser determinados por detalhada avaliação, com história clínica e familiar da mulher e medida da pressão arterial. Em alguns países, o acesso ao método é condicionado à avaliação prévia. Nos Estados Unidos, além das contraindicações serem pouco frequentes em mulheres em idade reprodutiva, a prevalência de uso na presença de contraindicação é de aproximadamente 5,0%^{5,18,21}.

Uma forma de adquirir ou iniciar o uso de ACO no Brasil é por meio de consulta com profissional de saúde nos serviços públicos ou privados de saúde. Outra possibilidade é a aquisição do medicamento no balcão da farmácia sem a obrigatoriedade da prescrição médica.

Devido ao uso disseminado de ACO sem prescrição, é provável o desconhecimento do uso contraindicado. Isso pode levar a efeitos adversos à saúde. Estudo recente avaliou o conhecimento de mulheres sobre os efeitos do ACO na sua saúde em cinco cidades brasileiras e mostrou que usuárias conhecem pouco o método contraceptivo que utilizam¹¹.

Não existem inquéritos populacionais brasileiros que avaliem a dimensão desse problema. Poucos estudos mostram preocupação em avaliar a presença de contraindicações ao uso da pílula entre mulheres^{5,18,21,22}. Isso é relativamente esperado no Brasil, uma vez que a maior parte das mulheres não está sob o controle dos serviços de saúde, limitando-se a adquirir a pílula diretamente nas farmácias.

Conhecer as tendências de utilização dos métodos contraceptivos e seus fatores associados, bem como as características das mulheres que utilizam o método, pode contribuir para o planejamento e adequação das políticas públicas e direcionar melhor o acesso e a utilização pela população.

O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de uso contraindicado de ACO em mulheres brasileiras. A hipótese é que existem diferenças das prevalências de uso contraindicado de ACO segundo variáveis sociodemográficas na população feminina brasileira.

MÉTODOS

Este estudo usou o módulo rotativo de questões relacionadas ao uso de métodos contraceptivos respondidas por mulheres que participaram do sistema de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) em 2008. Trata-se de amostras probabilísticas da população adulta residente em domicílios onde haja pelo menos uma linha de telefonia fixa no ano corrente nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal¹³.

^a Perpétuo MHO, Wong LLR. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base na PNDS 1996 a 2006. In: Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. Cap. 5.

^b National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (USA), Division of Reproductive Health. U.S. Selected practice recommendations for contraceptive use, 2013: adapted from de World Health Organization selected practice recommendations for contraceptive use, 2nd edition. MMWR Recomm Rep. 2013;62(RR05):1-46.

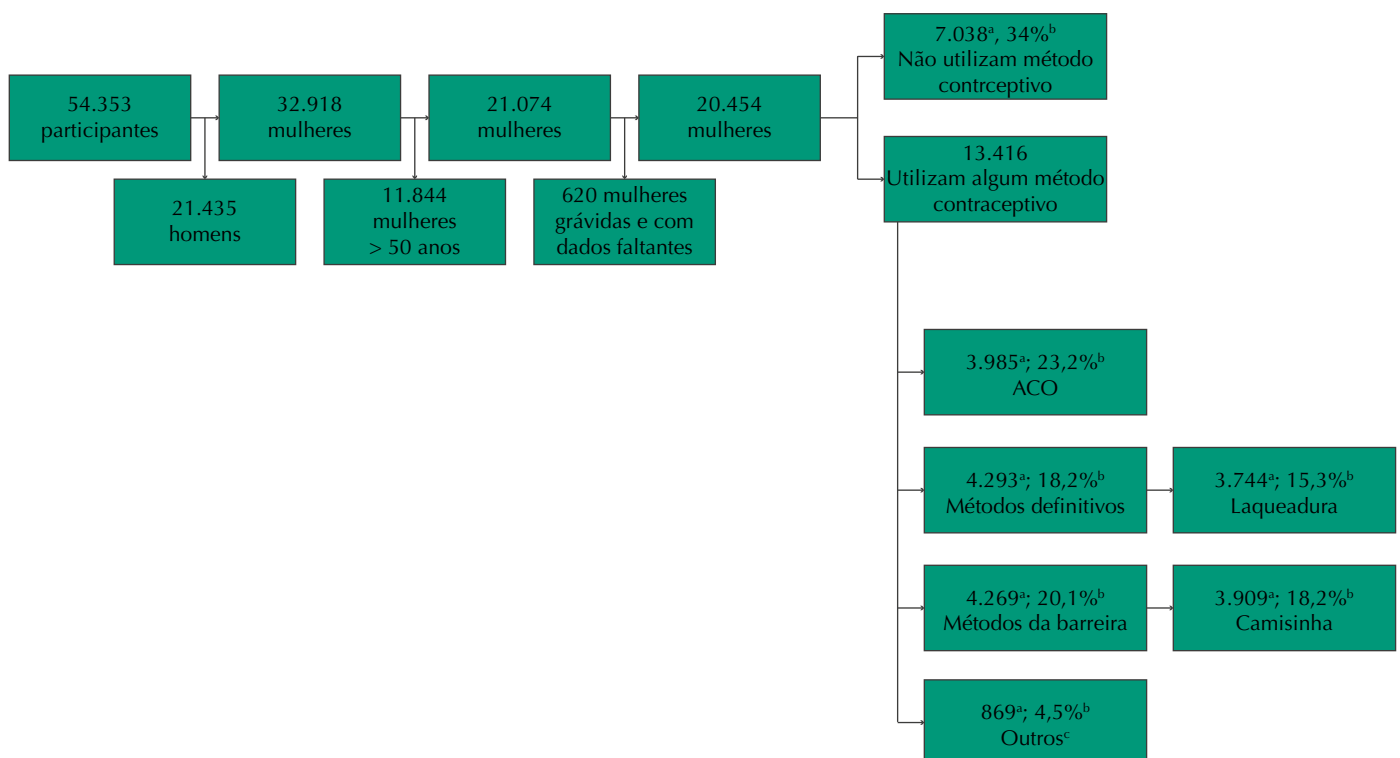
^c World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th ed. Geneva: WHO; 2009 [citado 2014 jul]. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/index.html

O questionário incluiu questões referentes à alimentação, atividade física, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, morbidade autorreferida, peso e altura autorreferidos e situação de saúde e variáveis sociodemográficas. Em 2008, foram incorporados módulos rotativos no questionário: posse de plano de saúde, acesso a serviços de saúde mental e uso de métodos contraceptivos. Foram incluídas as seguintes perguntas: “Atualmente o(a) sr.(a) usa algum método para evitar a gravidez?” (sim/não); “Que método o(a) sr.(a) usa atualmente com maior frequência?” (laqueadura, camisinha, injeção, pílula, implante hormonal, DIU, diafragma, vasectomia – só para homens –, outros).

O Vigitel entrevistou 54.353 indivíduos em 2008, dos quais 32.918 eram mulheres. Destas, 21.074 tinham idade reprodutiva (15 a 49 anos) e constituíram a população deste estudo (Figura).

Os critérios de exclusão foram: mulheres que reportaram estar grávidas no momento da entrevista (n = 457) ou que não sabiam (n = 112); e mulheres que não responderam nenhuma alternativa das covariáveis de interesse, como a ter acesso ao plano de saúde (n = 28) e cor de pele (n = 21), totalizando 20.454 mulheres. Dessas, 34,0% relataram não realizar planejamento familiar ou usar algum método contraceptivo. Em relação àquelas que relataram uso de algum método, 23,2% reportaram uso de contraceptivos orais (Figura).

As variáveis dependentes foram construídas utilizando a definição de contraindicação ao uso de contraceptivos orais publicadas em 2010 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e adotados pelo Ministério da Saúde (MS)^c, bem como a mais recente recomendação para a prática do *Centers for Disease Control* nos Estados Unidos^b. Considerou-se contraindicação ao uso de contraceptivo oral a presença de uma ou mais das seguintes condições: hipertensão (HAS) (sim/não); doenças cardiovasculares (DCV) como infarto e derrame/AVE (acidente vascular encefálico) (sim/não), diabetes mellitus (sim/não); ser tabagista e maior de 35 anos concomitantemente (sim/não). A ocorrência de pelo menos uma dessas condições foi considerada contraindicação o uso de ACO.



ACO: anticoncepcional oral

^a n amostral.

^b estimativa populacional.

^c dispositivo intra-uterino e diafragma.

Figura. Fluxograma da população disponível para estudo. Vigitel, Brasil, 2008.

As variáveis independentes utilizadas foram: idade (18 a 24, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 49 anos), escolaridade (zero a oito, nove a 11, 12 ou mais anos de estudo), cor da pele (branca, negra, parda e outras), estado civil (solteira, casada ou em união, viúva, divorciada), ter plano ou convênio de saúde (sim/não), região de moradia (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste), todas autorreferidas.

Conduziu-se análise não condicional com base na definição de subpopulação de interesse¹⁹. Dados faltantes e subgrupos que atenderam os critérios de exclusão foram incluídos na categoria 0 da variável indicadora da subpopulação, e à população de estudo incluído na categoria 1. Esse método é mais apropriado para estimação da variância para amostras representativas de grandes populações. Foram estimadas as prevalências e intervalos de 95% de confiança (IC95%) das contraindicações para toda a população e segundo o uso de anticoncepcionais. Para mulheres que relataram o uso de ACO, foram calculadas as proporções e estimadas as razões de prevalência (RP) não ajustadas e IC de 95% do uso de ACO na presença de pelo menos uma contraindicação, segundo características sociodemográficas, usando a regressão de *Poisson*. As diferenças estatísticas entre as proporções foram avaliadas pelo teste Qui-quadrado de Pearson. Estimaram-se as RP e IC95% ajustadas. Utilizou-se o teste Qui-quadrado de Wald¹⁹ para avaliar a significância estatística da contribuição de cada variável no modelo multivariado. Nível de significância de $p < 0,05$ foi usado para rejeição da hipótese nula em todos os testes.

Foi usado o programa estatístico *Stata*, versão 12.0, e os comandos do módulo *survey*, considerando os pesos e a representatividade da amostra.

O Vigitel foi aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde sob Parecer 749/2006, conforme os princípios da Declaração de Helsinki. Por tratar-se de dados obtidos por entrevista por telefone, o termo de consentimento livre e esclarecido foi substituído pelo consentimento verbal, obtido por ocasião dos contatos telefônicos com os entrevistados. Os pesquisadores não tiveram acesso à identidade dos participantes.

RESULTADOS

De 20.454 mulheres, cerca de 21,0% apresentaram ao menos uma potencial contraindicação de uso de ACO, sendo 11,7% em usuárias de ACO e 23,5% no grupo de não usuárias (Tabela 1).

Entre as usuárias de ACO, 10,5% apresentaram uma contraindicação e 1,2% duas condições de contraindicação (Tabela 1). A contraindicação mais frequente foi HAS (15,1%). O hábito de fumar em mulheres com idade igual ou maior a 35 anos foi a segunda contraindicação mais frequente (2,6%) (Tabela 1).

Tabela 1. Prevalência de contraindicações ao uso de anticoncepcional oral entre mulheres brasileiras. Vigitel, Brasil, 2008.

Contraindicações	Total de mulheres (n = 20.454)			Uso de ACO					
				Sim (n = 3.985)			Não (n = 16.469)		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Pelo menos uma contraindicação	4.040	20,8	19,7–21,9	480	11,7	10,6–13,7	3.560	23,5	22,3–24,8
Número de contraindicações									
1	3.454	17,4	16,4–18,4	426	10,5	8,9–12,4	3.028	19,5	18,4–20,7
2	531	3,1	2,6–3,7	50	1,2	0,8–1,9	481	3,6	3,0–4,3
3 ou +	55	0,3	0,1–0,5	4	0,03	0,01–0,1	51	0,4	0,2–0,6
Tipos de contraindicações									
HAS	2.874	15,1	14,1–16,1	354	9,1	7,6–10,8	2.520	16,9	15,7–18,1
Tabagistas e ≥ 35 anos	1.156	6,1	5,5–6,7	112	2,6	1,8–3,7	1.044	7,1	6,4–8,0
DM	451	2,2	1,8–2,6	51	0,9	0,6–1,4	400	2,6	2,2–3,1
DCV	201	1,1	0,8–1,5	21	0,5	0,3–0,9	180	1,3	0,9–1,8

ACO: anticoncepcionais orais; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM: diabetes *melittus*; DCV: doença cardiovascular

Observou-se maior prevalência de uso contraindicado entre as mulheres que tem escolaridade baixa (zero a oito anos de estudo), quando comparados com as de maior escolaridade (RP = 3,76; IC95% 2,44–5,80) (Tabela 2). Essa prevalência também foi alta em mulheres entre 45-49 anos quando comparadas com as mais jovens (RP = 7,30; IC95% 4,2–12,8). O uso contraindicado de ACO foi mais frequente entre as mulheres separadas/divorciadas (27,3%), seguida das mulheres viúvas (15,0%). Maior proporção de mulheres apresentou pelo menos uma contraindicação entre aquelas que tinham plano ou convênio de saúde (14,8%) ($p < 0,05$). A contraindicação foi mais predominante entre as mulheres classificadas como outras (amarela, vermelha/indígena, não sabe e não quis informar) (21,0%), seguidas das pardas (13,6%) e negras (11,2%). A região Norte foi a região que concentrou a maioria das mulheres com pelo menos uma contraindicação (14,0%), seguida das regiões Sul (11,9%) e Sudeste (11,8%).

Os fatores que permaneceram associados à presença de contraindicações entre as mulheres em uso de ACO foram escolaridade baixa e a idade ≥ 35 anos na análise ajustada (Tabela 3).

Tabela 2. Prevalências e intervalos de 95% de confiança de uso contraindicado de anticoncepcional oral entre as usuárias do método, segundo características sociodemográficas. Vigitel, Brasil, 2008.

Características sociodemográficas	Mulheres usuárias de ACO						
	n	%	IC95%	p ^a	RP	IC95%	p ^b
Escolaridade (anos)				< 0,0001			
12 e mais	1.840	6,3	4,4–9,0		1,0	-	-
9 a 11	1.670	10,4	8,2–13,0		1,6	1,1–2,5	0,022
0 a 8	475	23,8	18,5–30,0		3,8	2,4–5,8	< 0,000
Idade (anos)				< 0,0001			
18 a 24	1.172	6,2	3,4–9,6		1,0	-	-
25 a 34	1.858	7,5	5,7–9,7		1,2	0,7–2,0	0,493
35 a 44	823	30,7	25,0–37,0		4,9	3,0–8,0	< 0,000
45 a 49	132	45,8	31,3–61,1		7,3	4,2–12,8	< 0,000
Estado civil				0,0001			
Solteira	2.021	8,8	6,8–11,3		1,0	-	-
Casada	1.802	14,8	12,1–18,1		1,7	1,2–2,3	0,001
Viúva	26	15,0	5,3–35,8		1,7	0,6–4,7	0,303
Separada/Divorciada	136	27,3	15,7–43,1		3,1	1,8–5,5	< 0,000
Tem plano ou convênio de saúde				0,003			
Sim	2.308	14,8	12,2–17,7		1,0	-	-
Não	1.677	9,2	7,1–11,9		0,6	0,4–0,8	0,004
Cor da pele				0,176			
Branca	1.832	9,9	7,7–12,5		1,0	-	-
Negra	190	11,2	6,6–18,5		1,1	0,6–2,0	0,660
Parda	1.942	13,6	11,0–16,8		1,4	1,0–1,9	0,530
Outra	21	21,0	5,0–57,2		2,1	0,6–7,8	0,255
Região				0,844			
Norte	928	14,0	10,3–18,9		1,0	-	-
Nordeste	979	11,5	8,8–15,0		0,8	0,5–1,3	0,334
Centro-Oeste	722	10,7	8,3–13,7		0,8	0,5–1,1	0,179
Sudeste	734	11,8	9,0–15,3		0,8	0,6–1,2	0,394
Sul	632	11,9	9,2–15,2		0,8	0,6–1,2	0,409

ACO: anticoncepcional oral; RP: razão de prevalência

^a Qui-quadrado de Pearson.

^b Qui-quadrado de Wald.

Tabela 3. Razões de Prevalência e intervalos de 95% de confiança para a presença de pelo menos uma contraindicação entre usuárias de anticoncepcional oral, segundo características sociodemográficas. Vigitel, Brasil, 2008.

Características sociodemográficas	Contraindicação		
	RP ajustado	IC95%	p*
Escolaridade (anos)			
12 e mais	1,0	-	-
9 a 11	1,7	1,1–2,5	0,014
0 a 8	2,5	1,6–3,9	< 0,000
Idade (anos)			
18 a 24	1,0	-	-
25 a 34	1,1	0,6–1,9	0,727
35 a 44	4,0	2,3–6,8	< 0,000
45 a 49	5,6	2,9–10,7	< 0,000
Estado civil			
Solteira	1,0	-	-
Casada	1,0	0,7–1,4	0,939
Viúva	0,6	0,2–1,8	0,354
Separada/Divorciada	1,5	0,8–2,8	0,160
Tem plano ou convênio de saúde			
Sim	1,0	-	-
Não	0,9	0,7–1,2	0,522
Cor da pele			
Branca	1,0	-	-
Negra	0,9	0,5–1,7	0,754
Parda	1,1	0,8–1,6	0,450
Outra	2,4	0,7–8,6	0,162
Região			
Norte	1,0	-	-
Nordeste	0,8	0,5–1,2	0,522
Centro-Oeste	0,8	0,6–1,2	0,316
Sudeste	0,8	0,6–1,3	0,444
Sul	0,8	0,6–1,2	0,353

RP: Razão de Prevalência

* Qui-quadrado de Wald.

DISCUSSÃO

Cerca de 20,0% de mulheres brasileiras apresentaram alguma condição que contraindica o uso de ACO. Essa proporção foi menor (11,7%) em mulheres usuárias de ACO. A principal condição para uso contraindicado foi HAS, seguida da idade maior que 35 anos concomitante ao tabagismo.

A maior parte dos estudos que dimensionam a magnitude do uso de ACO na presença de contraindicação foram realizados com populações norteamericanas^{5,18,21,22}. Dados do *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) mostraram prevalência de contraindicação de 6,0% entre as usuárias de ACO nos Estados Unidos, metade da que encontramos, e 19,0% entre as não usuárias do método¹⁸. Outro estudo mostrou prevalências maiores de contraindicação entre mulheres norte-americanas que compram o ACO no balcão (13,0%) em comparação àquelas atendidas em clínicas (9,0%)⁵. Entretanto, inquérito via internet mostrou que 23,7% de usuárias norte-americanas de ACO apresentavam alguma condição de contraindicação²². De outro lado, o projeto norte-americano CHOICE mostrou que 3,0% das mulheres apresentavam uso na presença de alguma contraindicação²¹, mostrando grande variabilidade na estimativa desse parâmetro, que poderia ser explicada pelas diferentes amostras e contextos das mulheres acessadas em cada estudo.

Não existem estudos populacionais similares usando amostra representativa populacional no Brasil. Estudo local, realizado em Pelotas, RS, entre 1992 e 1999 mostrou que, entre as 279 usuárias de ACO, 22,2% apresentaram alguma contraindicação para seu consumo. A condição mais prevalente foi o tabagismo em mulheres com mais de 35 anos, seguida da HAS³.

No presente estudo, a prevalência de contraindicações de uso de ACO foi similar aos estudos apresentados. Assim, ainda que o uso de ACO seja seguro como medida de controle da fecundidade, o uso na presença de uma contraindicação é um indicador de problemas na qualidade das ações referentes ao planejamento familiar e integralidade das ações em saúde. O crescimento acentuado do uso de métodos contraceptivos no Brasil nas últimas décadas alcançou cerca de 80,0% das mulheres em idade reprodutiva em 2006^a. Dentre os métodos, espera-se que o uso de ACO mantenha-se em crescimento, uma vez que é o segundo método contraceptivo mais utilizado no Brasil, seguido pela ligadura tubária, frequentemente associada à epidemia de cesarianas vigente desde a década de 90. Espera-se comportamento similar à tendência mundial, no qual o método ACO poderá ser a primeira eleição. Assim, é fundamental a promoção do uso adequado, isto é, que o método seja utilizado por mulheres que cumprem os critérios de elegibilidade. O uso na presença de uma contraindicação pode acarretar em prejuízos à saúde, colocando-a sob risco de eventos mais graves.

A HAS autorreferida foi a contraindicação mais prevalente, confirmando estudos realizados em outras populações^{5,21}. Mulheres cuja pressão arterial não foi aferida antes de iniciar o uso de ACO apresentaram risco aumentado de IAM. Por isso, deve-se realizar a medida antes de iniciar o uso do método^{20,c}. O uso prolongado de ACO pode aumentar em duas vezes a chance de desenvolver hipertensão¹⁵. Isso indica que a hipertensão arterial pode ser agravada com o uso de ACO, triplicando a razão de chances (OR = 2,67) de não controle da PA ($\geq 140/90$ mmHg) em comparação a não usuárias¹⁰. Por outro lado, a suspensão do ACO em mulheres hipertensas reduziu em 15 mmHg a pressão arterial sistólica e em 10 mmHg a pressão arterial diastólica¹⁰. No presente estudo, observamos maior proporção de uso contraindicado entre mulheres com mais de 35 anos, sabidamente mais vulneráveis à ocorrência de hipertensão arterial e outras doenças, mais prevalentes com a idade.

A segunda contraindicação mais prevalente foi o tabagismo e idade ≥ 35 anos em conjunto. O risco de IAM em mulheres que fumam e tem menos de 35 anos é 10 vezes maior do que as que não fumam²⁰ e esse risco em mulheres maiores de 35 anos é maior independentemente do fumo. Assim, o risco de IAM entre essas usuárias também aumenta com a coexistência de fatores de risco cardiovasculares, como o tabagismo, que potencializa esse efeito em mulheres acima dos 35 anos²⁰. O número de cigarros também influencia nessa avaliação, mas essa informação não está disponível na base Vigitel, 2008.

O uso contraindicado de ACO é também fator de risco cardiovascular, especialmente em mulheres acima dos 30 anos. Esse é um dado preocupante, uma vez que a principal causa de morbimortalidade no Brasil são as doenças do aparelho cardiocirculatório^d. O enfrentamento desse problema incorre na prevenção dos fatores de risco, entre os quais o uso contraindicado de ACO³.

O presente estudo mostrou que mulheres acima de 34 anos, separadas/divorciadas, que têm plano privado de saúde e baixa escolaridade apresentaram maiores prevalências de contraindicação ao uso de ACO. Explicações desses achados em seu conjunto são relativamente complexas, já que implicam fatores de natureza diversa e às vezes especulativa, como o acesso à informação e ao manejo efetivo da contracepção, que envolve questões como o critério de eficácia, a sexualidade sem entraves e o protagonismo feminino que o uso da pílula representa para muitas mulheres^e. Além disso, há assistência reprodutiva concentrada entre mulheres que vivenciam o ciclo gravídico-puerperal⁷, deixando as mulheres com extremos de idade, como as adolescentes e as mulheres mais velhas, à margem do planejamento reprodutivo. A automedicação pode ser resultado ainda de processos sociais e políticos individuais, não necessariamente de acesso ao método e informação⁴. Pode também resultar da socialização feminina marcada pelo aprendizado

^dInstitute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease (GBD) profile: Brazil. Seattle: IHME; 2013 [citado 2013 abr 30]. Disponível em: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/country-profiles>

^eCabral CS. Socialização contraceptiva e o aprendizado da sexualidade: uma abordagem socioantropológica do processo de construção da prática contraceptiva. In: Anais do 18º Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 13 a 23 de Novembro, 2012; Águas de Lindóia/SP-Brasil. Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2012.

com as amigas, da aquisição do medicamento na farmácia, e da dependência disso para contracepção^e. Finalmente, a pílula foi relatada como um método mais fácil de utilizar e de se obter nos serviços de saúde^e. Entretanto, estudo regional mostrou que nem a indicação do uso de ACO em serviços de saúde, nem a obtenção do medicamento no próprio serviço melhoraram sua adequação quando comparada com a aquisição pela própria usuária⁶. Não foi possível mostrar esse resultado no presente estudo devido à falta de dados sobre a origem do aconselhamento do seu uso.

A escolaridade foi fator de iniquidade para o uso de ACO: houve maior prevalência de contraindicação nas mulheres com baixa escolaridade. É esperado que o grau de escolaridade melhore a escolha adequada de ACO. Mulheres com melhor nível de escolaridade faziam mais uso de métodos contraceptivos. As com menor escolaridade tinham mais filhos do que desejavam, e o método mais prevalente era a laqueadura tubária^d. Assim como acontece no Brasil, nos países de alta renda, a dificuldade de eleição de método adequado pode estender-se às mulheres que não terminaram o ensino superior²². Mulheres com mais instrução podem ter maior compreensão de informações sobre o método que desejam utilizar e sobre os riscos inerentes ao seu uso.

O acesso desigual à contracepção pode também estar relacionado ao maior acesso à diversidade de métodos por das mulheres com maior escolaridade. Os achados apontam para a dificuldade do SUS de alcançar maior democratização do acesso à ampla variedade de métodos contraceptivos, bem como para a ineficiência na oferta da assistência ao planejamento reprodutivo na atenção primária à saúde.

Uma das principais limitações deste estudo refere-se ao uso das entrevistas telefônicas. A cobertura de linhas telefônicas fixas varia entre 34,0 a 82,0% entre as capitais nas quais foram extraídas as amostras. Entretanto, o sistema apresenta taxas de resposta acima de 60,0%. Em razão da sua praticidade e custo relativamente baixo, o uso dos sistemas de vigilância em saúde por meio de inquérito telefônico mostra-se uma metodologia eficiente e prática para o contexto da vigilância em saúde. Estudo comparativo entre pesquisas realizadas por meio de entrevista face a face e inquérito telefônico fornece indícios a favor deste, desde que realizado a partir de questionários bem estruturados e entrevistadores bem treinados^{14,17}. Essa limitação pode ser contornada com a inclusão de pesos de pós-estratificação das amostras. O uso das correções pós-estratificação obtidas por meio dos pesos calculados utilizando estratégias estatísticas, reduz eficazmente o risco de erros sistemáticos relacionados à cobertura de telefonia fixa.

Outra limitação deste estudo refere-se aos dados autorreferidos, afinal eventos subclínicos podem ser subestimados. Isso pode se dever ao desconhecimento real das condições de saúde do indivíduo decorrente de motivos, como falta de acesso aos serviços de saúde, ausência de consenso entre os médicos sobre os critérios usados para relatar essas condições ao portador, limitações individuais referentes à capacidade de entendimento dos indivíduos sobre sua própria condição de saúde.

Algumas contraindicações importantes ao uso de ACO, como o tromboembolismo e a enxaqueca com aura não foram aferidos pelo Vigitel, 2008. Por essa razão, a prevalência do uso de ACO na presença de contraindicação pode estar subestimada. Dados que dizem respeito a outros aspectos da história reprodutiva das mulheres também não estavam disponíveis neste inquérito. Essas variáveis podem potencialmente ser determinantes do uso de métodos contraceptivos, indicando que as análises finais podem incorporar confusão residual.

A não caracterização do tipo de ACO referido pela usuária em termos da sua composição hormonal pode ser considerada outra potencial limitação. Os ACO compostos apenas de progestágenos possuem contraindicações somente para doenças mais graves. Entretanto, o uso desse tipo de anticoncepcional é relativamente baixo, provavelmente por causa dos efeitos colaterais, como o sangramento de escape, presente em cerca de 70,0% das mulheres usuárias do método^{9,16}. Dessa forma, os resultados das estimativas de uso contraindicado

devem ser encarados com cautela e entendidos como eventos marcadores epidemiológicos do seu uso.

Os resultados deste estudo estimaram prevalência de quase 12,0% de uso de ACO na presença de contraindicações entre as mulheres brasileiras em idade reprodutiva. A escolaridade foi fator de iniquidade no uso contraindicado do ACO e o grupo de mulheres acima de 35 anos apresentou-se como potencial grupo de vigilância no seu uso contraindicado. O presente estudo pode ajudar a identificar possível existência de uma indesejável iniquidade na atenção à saúde reprodutiva das mulheres brasileiras.

Os achados deste estudo apontam para a necessidade de rever as atividades e serviços referentes ao planejamento reprodutivo no País, incluindo o aconselhamento e a livre escolha informada. Mesmo com a disponibilidade do ACO nos balcões da farmácia é preciso empoderar as mulheres sobre seus riscos e benefícios, bem como de outras opções de métodos contraceptivos. A identificação de desigualdades no acesso e uso de serviços de saúde é foco da atenção de investigações acadêmicas e de administradores públicos na medida em que fornece informações importantes para o planejamento de ações de saúde pública. Os sistemas de vigilância podem ajudar a monitorizar possíveis tendências do desfecho estudado.

REFERÊNCIAS

1. Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. *Lancet*. 2013;381:1642-52.
2. Brito MB, Nobre F, Vieira CS. Contracepção hormonal e sistema cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*. 2011;96(4):81-9.
3. Dias-da-Costa JS, Gigante DP, Menezes AMB, Olinto MTA, Macedo S, Britto MAP et al. Uso de métodos anticoncepcionais e adequação de contraceptivos hormonais orais na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: 1992 e 1999. *Cad Saude Publica*. 2002;18(1):93-9. DOI:10.1590/S0102-311X2002000100010
4. Fainzang S. The other side of medicalization: self-medicalization and self-medication. *Cult Med Psychiatry*. 2013;37(3):488-504. DOI:10.1007/s11013-013-9330-2
5. Grossman D, White K, Hopkins K, Amastae J, Shedlin M, Potter JE. Contraindications to combined oral contraceptives among over-the-counter compared with prescription users. *Obstet Gynecol*. 2011;117(3):558-65. DOI:10.1097/AOG.0b013e31820b0244
6. Hardy EE, Moraes TM, Faúndes A, Vera S, Pinotti JA. Adequação do uso de pílula anticoncepcional entre mulheres unidas. *Rev Saude Publica*. 1991;25(2):96-102. DOI:10.1590/S0034-89101991000200003
7. Heilborn ML, Portella AP, Brandão ER, Cabral CS; Grupo CONPRuSUS. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(Suppl 2):s269-78. DOI:10.1590/S0102-311X2009001400009
8. Hooper DJ. Attitudes, awareness, compliance and preferences among hormonal contraception users: a global, cross-sectional, self-administered, online survey. *Clin Drug Investig*. 2010;30(11):749-63. DOI:10.2165/11538900-000000000-00000
9. Kovacs G. Progestogen-only pills and bleeding disturbances. *Human Reprod*. 1996;11 Suppl 2:20-3.
10. Lubianca JN, Faccin CS, Fuchs FD. Oral contraceptives: a risk factor for uncontrolled blood pressure among hypertensive women. *Contraceptions*. 2003;67(1):19-24. DOI:10.1016/S0010-7824(02)00429-8
11. Machado BR, Melo NR, Prota FE, Lopes GP, Megale A. Women's knowledge of health effects of oral contraceptives in five Brazilian cities. *Elsevier*. 2012;86(6):698-703. DOI:10.1016/j.contraception.2012.05.016
12. Maguire K, Westhoff C. The state of hormonal contraception today: established and emerging noncontraceptive health benefits. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(4 Suppl):S4-8. DOI:10.1016/j.ajog.2011.06.056

13. Malta DC, Bernal RTI, Oliveira M. Tendências dos fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis, segundo a posse de planos de saúde, Brasil, 2008 a 2013. *Cienc Saude Coletiva*. 2015;20(4):1005-16. DOI:10.1590/1413-81232015204.14712014
14. Moura EC, Malta D, Morais Neto OLD, Moteiro CA. Prevalence and social distribution of risk factors for chronic noncommunicable diseases in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(1). DOI:10.1590/S1020-49892009000700003
15. Park H, Kim K. Associations between oral contraceptive use and risks of hypertension and prehypertension in a cross-sectional study of Korean women. *BMC Womens Health*. 2013;13:39. DOI:10.1186/1472-6874-13-39
16. Porter C, Rees COM. Bleeding problems and progestogen-only contraception. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2002;28(4):178-81. DOI:10.1783/147118902101196784
17. Segri NJ, Cesar CLG, Barros MBA, Alves MCGP, Carandina L, Goldbaum M. Inquérito de saúde: comparação dos entrevistados segundo posse de linha telefônica residencial. *Rev Saude Publica*. 2010;44(3):503-12. DOI:10.1590/S0034-89102010005000012
18. Shortridge E, Miller K. Contra-indications to oral contraceptive use among women in the United States 1999-2001. *Contraception*. 2007;75(5):355-60. DOI:10.1016/j.contraception.2006.12.022
19. West BT, Berglund P, Heeringa SG. A closer examination of subpopulation analysis of complex sample survey data. *Stata J*. 2008;8(4):520-31.
20. World Health Organization. 1997 Guidelines for the management of mild hypertension: memorandum from a WHO/ISH meeting. *Bull World Health Organization*. 1997;71(5):503-17.
21. Xu H, Eisenberg DL, Madden T, Secura GM, Peipert JF. Medical contraindications in women seeking combined hormonal contraception. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;210(3):210.e1-5. DOI:10.1016/j.ajog.2013.11.023
22. Yu J, Hu XH. Inappropriate use of combined hormonal contraceptives for birth control among women of reproductive age in the United States. *J Womens Health (Larchmt)*. 2013;22(7):595-603. DOI:10.1089/jwh.2012.3955

Financiamento: Ministério da Saúde, Convênio 188 de 2012 (Processo FNS 25000.201638/2012-39).

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: DASC, GVM, MSFM, MSM. Análise e interpretação dos dados: MSFM, MSM, GVM. Preparação e redação do manuscrito: DASC, MSFM, MSM, DCM, GVM. Revisão crítica do manuscrito: MSFM, DCM, GVM. Aprovação final: DASC, MSFM, MSM, DCM, GVM.

Agradecimentos: Parte dos resultados deste manuscrito foram apresentados no 20º Congresso Mundial de Epidemiologia em Anchorage, Alasca, em 2014, com o apoio da Associação Internacional de Epidemiologia por meio de um prêmio que o trabalho ganhou intitulado *the International Epidemiological Association (IEA) Early Career Epidemiologists (ECE) best abstract competition*.

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