

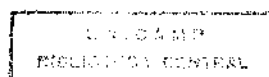
CARLOS ALBERTO PETTA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE USO DE ANTICONCEPCIONAL COMBINADO
ORAL E PREVALÊNCIA DE FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O
RISCO DE COMPLICAÇÃO DURANTE SEU USO**

*Dissertação apresentada à Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para a obtenção
do Título de Mestre em Medicina*

Orientador : Prof. Dr. Anibal Faúndes

**UNICAMP
1992**



UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	P45a
V.	
T.º	18259
PREC.	215/92
C	[x]
PRECIO	R\$ 100.000,00
DATA	18/11/92
N.º CPD	

CM-00033225-7

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

P45a	<p>Petta, Carlos Alberto</p> <p>Associação entre uso de anticoncepcional combinado oral e prevalência de fatores que contribuem para o risco de complicação durante seu uso / Carlos Alberto Petta. -- Campinas, SP : [s.n.], 1992.</p> <p>Orientador: Anibal Faúndes.</p> <p>Tese (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.</p> <p>1. Anticoncepcionais orais combinados - Efeitos colaterais. I. Faúndes, Anibal. II. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.</p> <p>20. CDD - 613.943 2</p>
------	--

Índice para Catálogo Sistemático

1. Anticoncepcionais orais combinados - Efeitos colaterais 613.943 2

"estaremos, porém, satisfeitos com todos
estes resultados?

Não! Mil vezes não!

Deus nos livre dos homens satisfeitos
com o que já realizaram.

É o começo da decadência.

A característica do homem de consciência,
como a do artista, é a insatisfação
e a ânsia do aperfeiçoamento".

(Zeferino Vaz)

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Anibal Faúndes, pelo exemplo como pesquisador e pelo apoio recebido desde os tempos de residência.

Ao Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, cuja preocupação com nossas mulheres possibilitou a realização deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Luis Bahamondes e Dr. Juan Díaz, pelo contínuo estímulo e desinteressada ajuda.

À Profa. Dra. Ellen Hardy, pelo auxílio na elaboração final deste trabalho.

À Dra. Diana Pettiti, pelas idéias e orientações durante a elaboração inicial deste trabalho.

Às secretárias Maria Ap. Mayor, Cecília Barros, Maria Lúcia B. Souza e Vilma M. Zotareli, pela pacienciosa digitação e carinho com que ajudaram em todas as fases deste trabalho.

Ao analista de sistemas Carlos Mora, pelo trabalho realizado.

Aos amigos da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, que muito contribuíram durante a fase de coleta de dados, em especial à Enfermeira Laura Pastene e à Dra. Ângela Maria Bacha.

À Assessoria Técnica/CAISM, pela revisão gramatical e confecção de figuras, em especial às Srtas. Isabel Gardenal e Maria do Rosário Gonçalves e à Sra. Sueli Chaves.

Aos amigos do CEMICAMP, Ambulatório de Planejamento Familiar, CAISM e ASTEC, pelo apoio e incentivo.

Aos alunos e residentes, que devem ser o objetivo de todo professor.

Às mulheres que participaram deste estudo, que a contribuição delas possa reverter numa melhoria da qualidade de vida de nossa população.

ÍNDICE

	Página
SUMMARY	
RESUMO	
1. INTRODUÇÃO	01
2. OBJETIVOS	11
2.1. Geral	11
2.2. Específicos	11
3. METODOLOGIA	13
3.1. Variáveis Estudadas	14
3.1.1. Dependentes	14
3.1.2. Independentes	14
3.2. Instrumento de Registro	15
3.3. Características da Amostra	16
3.4. Trabalho de Campo	18
3.5. Processamento de Dados	18
3.6. Análise dos Dados	19
4. RESULTADOS	20
5. DISCUSSÃO	39
6. CONCLUSÕES	51
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXO	

SUMMARY

The frequency of factors and diseases that contribute to the risk of oral contraceptive use was evaluated among 5317 current users and 8863 non-users. Smoking, age, obesity, hypertension, diabetes mellitus, cardiac disease, painful varicose veins and epilepsy were analyzed.

A significantly lower proportion of non-users than users of oral contraceptives were over 40 years old, smoked and were over 34, were obese and over 34, had elevated blood pressure, cardiac disease, or painful varicose veins. There were no significant differences between users and non-users when the following factors were compared: being obese and a smoker; obese under 35 years of age; diabetic, or having a history of epilepsy. A significantly higher proportion of oral contraceptive users were smokers under 35 years old. Half of the users had some risk factor, and 17.4% had high risk of complications with oral contraceptive use.

These results suggest poor information of users and providers on factors which are associated with an increased risk of complication during use of oral contraceptives.

RESUMO

Durante a campanha de vacinação contra poliomielite em 1989, foram distribuídos questionários contendo perguntas pessoais como idade, paridade, hábito de fumar e presença de doenças que contribuem para o risco de uso de anticoncepcional combinado oral (A.C.O.). Estes questionários foram preenchidos por 5.317 usuárias e 8.863 não-usuárias do método. A freqüência destes fatores e doenças de risco foi comparada entre as usuárias e as não-usuárias. Um total de 50,2% das usuárias e 55,6% das não-usuárias apresentaram algum tipo de risco. Entre os fatores de risco, ter idade acima de 40 anos, ser fumante e ter mais que 34 anos, e ser obesa acima de 34 anos, tiveram maior prevalência entre as não-usuárias de A.C.O.. Ser fumante e obesa, e obesa menor de 35 anos não tiveram diferença, enquanto o fumo abaixo de 35 anos foi mais prevalente entre as usuárias. Em relação às patologias, todas foram mais prevalentes entre as não-usuárias, mas diabetes e epilepsia não tiveram diferenças na maior parte do Estado. Os resultados desta pesquisa parecem incompatíveis com uma população bem orientada quanto aos fatores e doenças que contribuem para o risco de complicações durante o uso de A.C.O..

1. INTRODUÇÃO

Nos quase trinta anos que se passaram desde que os anticoncepcionais combinados orais (A.C.O.) conjugados foram lançados pela primeira vez no mercado, estes se converteram em símbolo da anticoncepção moderna.

A idéia da anticoncepção oral com hormônios vem desde a década de 20, mas, somente nas décadas de 40 e 50, hormônios eficazes por via oral e de baixo custo foram aperfeiçoados (POTTS, 1975; GREEP, 1984). Depois de um decênio de investigações, a Administração de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos (USFDA) aprovou, em 1960, o uso do primeiro anticoncepcional oral, cujo nome comercial era ENOVID 10, que continha 9,85mg de hormônio progestacional noretinodrel e 150mg de hormônio estrogênico mestranol (RAVENHOLT, PIOTROW, SPEIDEL, 1970).

Diversificaram-se os A.C.O., e seu aparecimento em países em desenvolvimento deu-se em meados dos anos 60, mas eram caros e restritos a poucas mulheres até 1967, quando agências internacionais começaram a colocar os A.C.O. à disposição dos governos de países em desenvolvimento. O novo método era visto com grande otimismo, graças a sua alta eficácia e reversibilidade. Seu uso foi gradativamente aumentando, e estima-se que, em 1970, de oito a dez milhões de mulheres americanas usavam A.C.O. e outros vários milhões em outros países desenvolvidos (RAVENHOLT e cols.,

1970). Entretanto, após poucos anos de sua comercialização foram notificados os primeiros efeitos adversos graves, principalmente fenômenos tromboembólicos ocorridos em mulheres britânicas usuárias de A.C.O. (ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 1967; VESSEY & DOLL, 1968).

A verificação da ocorrência desses problemas tromboembólicos, ligados ao uso de A.C.O., ocasionou um decréscimo das vendas e do uso do método no início dos anos 70 (POPULATION REPORTS, 1988). Porém, investigações deste mesmo período indicaram que doses mais baixas de estrogênio reduziam seus efeitos secundários no sistema circulatório (INMAN e cols., 1970) e mostravam taxas de gravidez menores que 1 por 100 mulheres/ano, similares às obtidas com os A.C.O. de alta dosagem estrogênica (BOUNDS, VESSEY, WIGGING, 1979). Desta forma, houve redução do componente estrogênico no A.C.O..

Com isso, diminuiu-se o risco de complicações com o uso de A.C.O. em decorrência de dois fatores. O primeiro, pela procura da combinação estro-progestativa ideal do A.C.O., com o qual a indústria farmacêutica contribuiu diminuindo progressivamente a quantidade de estrogênio do composto. O segundo, foi a orientação adequada à população médica e leiga e o emprego desta medicação em mulheres sem fatores de risco de doença cardiovascular.

Nos países desenvolvidos, os A.C.O. só podem ser vendidos

com prescrição médica, o que necessariamente faz com que a usuária tenha sido avaliada previamente, evitando-se a prescrição em mulheres com fatores de risco e administrando-se a formulação mais adequada.

Como conseqüência, ocorreu aumento gradativo do uso dos A.C.O. na década de 80, ultrapassando 24 milhões de usuárias nos países desenvolvidos, o mesmo ocorrendo nos países em desenvolvimento, cujo número de usuárias tornou-se superior a 39 milhões - correspondendo a 6% das mulheres casadas em idade fértil (POPULATION REPORTS, 1988).

Avaliando-se esses elementos no mundo em desenvolvimento, observa-se que, no Brasil, a transferência de tecnologia da indústria é realizada satisfatoriamente. Os A.C.O. mais modernos e seguros são colocados à disposição da população quase que simultaneamente aos países do Primeiro Mundo. Entretanto, estudos recentes têm demonstrado incidências de quase 50% de usuárias de A.C.O. com alguma contra-indicação para o uso deste método (FAÚNDES e cols., 1986; HARDY e cols., 1991a) e alta prevalência de uso entre 25% e 35%, dependendo da região pesquisada (ARRUDA e cols., 1986).

Esse panorama pode ser devido a venda indiscriminada de A.C.O., falta de prescrição correta e orientação inadequada da população pertinente aos riscos do uso de A.C.O.. No Brasil, grande

parte das mulheres que usam A.C.O. o fazem por iniciativa própria, sem avaliação ou orientação prévia, adquirindo o medicamento diretamente das farmácias, onde é vendido livremente. Mesmo naquelas usuárias de A.C.O. prescritos por médicos, existem dúvidas quanto ao uso do método não apresentar riscos (FAÚNDES e cols., 1986). O uso inadequado implica em risco desnecessário à saúde, que poderia ser evitado através de orientação à população, com compreensão adequada pelas mulheres.

Salienta-se que apenas o uso de A.C.O. não causa problemas à saúde. O risco de uma mulher sadia morrer exclusivamente pelo uso de A.C.O. seria muitas vezes menor do que se ela dirigisse um carro por 10 horas semanais ou fumasse vários cigarros por dia (POTTS, 1988). Além disso, deve-se ter em mente os benefícios dos A.C.O., principalmente prevenindo gravidezes não desejadas ou de alto risco, pois estima-se que morrem anualmente no mundo meio milhão de mulheres durante a gravidez e o parto, sendo que 99% destas mortes ocorrem em países em desenvolvimento (ROYSTON & LOPEZ, 1987).

Entre os benefícios diretos à saúde, destacam-se a prevenção da gravidez ectópica (ORY, 1981), diminuição da doença inflamatória pélvica (ESCHENBACH, HARNICH, HOLMES, 1977) e anemia ferropriva (FRASSINELLI-GUNDERSON, MARGEN, BROWN, 1985), e alívio da dismenorréia (DERMAN, 1986) e síndrome pré-menstrual (SILBERGELD, BRAST, NOBLE, 1971). A proteção contra o câncer é

observada pela diminuição dos casos de neoplasia maligna epitelial do ovário e neoplasia do endométrio (CANCER AND STEROID HORMONE STUDY, 1987).

O risco à saúde da mulher com o uso de A.C.O. restringe-se aos casos em que existe associação de fatores e doenças que contribuem para o risco de complicações com o uso do método, principalmente os fenômenos cardiovasculares e tromboembólicos (CROFT & HANNAFORD, 1989; GRIMES, 1992).

A ocorrência desses fenômenos está correlacionada sobretudo à presença de fatores predisponentes, sendo que os decorrentes de problemas arteriais predispoem à aterosclerose. Entre eles cita-se a hipertensão arterial sistêmica, obesidade e diabetes.

A hipertensão arterial sistêmica tem nítida associação com eventos vasculares oclusivos, pois provoca espessamento e fibrose da camada íntima das artérias, com formação de depósitos ateromatosos (KILLIP, 1977). Há também evidências de que um dos fatores mais significantes para a aterosclerose seja a alteração dos lipídeos sangüíneos, tais como o colesterol total e suas frações e os triglicerídeos. A obesidade aumenta a morbidade e a mortalidade em função das complicações cardiovasculares, e em muitas doenças a mortalidade é significativamente maior entre os obesos, que aumenta com a magnitude da obesidade. Três dos mais

potentes fatores de risco para doença coronariana - a hipertensão, o diabetes mellitus de início no adulto e a hiperlipidemia - são muito mais prevalentes entre obesos que entre indivíduos magros (ALBRINK, 1977; ESCHWÉGE E cols., 1990).

A associação entre o diabetes mellitus e a doença vascular precoce, incluindo o infarto do miocárdio, é bem conhecida. As mulheres diabéticas, assim como aquelas com diminuição da tolerância à glicose, têm risco aumentado de doença coronariana, fato demonstrado por vários estudos prospectivos (JARRET, MCCARTNEY, KEEN, 1982; FULLER E COLS., 1983; ESCHWÉGE E cols., 1990).

O fumo é outro fator de risco para ocorrência de doenças cardiovasculares. A nicotina apresenta propriedades vasoespásticas e age liberando catecolaminas endógenas. Os fumantes têm níveis elevados de hemoglobina ligada ao monóxido de carbono, diminuindo a disponibilidade de oxigênio nos capilares e podendo causar policitemia (KILLIP, 1977). Usuárias de A.C.O. que fumam menos de 15 cigarros por dia apresentam risco para infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral três vezes maior que as não-tabagistas; quem fuma mais de 15 cigarros, o risco aumenta 21 vezes (GRIMES, 1992).

A idade também influencia o aumento da mortalidade das doenças do sistema circulatório. A cada cinco anos a mais de vida,

há elevação de 90% no risco cardiovascular. Enquanto mulheres de 15 a 19 anos tinham uma taxa de mortalidade de 3 por 100.000 em 1976, esta taxa subia a 56,5 por 100.000 nas mulheres com idade entre 40 e 46 anos (ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 1977).

No que diz respeito a alterações venosas, o principal fator predisponente parece ser a estase sangüínea, que ocorre por exemplo em obesidade pronunciada e grandes veias varicosas. As alterações dos componentes sangüíneos, levando a um estado hipercoagulante, também podem predispor à trombose venosa (SHERRY, 1977).

Todos esses fatores e doenças são amplamente descritos como contra-indicações ao uso de A.C.O., pela possibilidade de contribuir para a ocorrência destes fenômenos tromboembólicos (BRECHWOLDT, 1990; GUILLEBAUD, 1990).

A relação do A.C.O. com o fígado advém da administração oral, sendo os esteróides sexuais absorvidos pelo intestino, transportados pela veia porta, fazendo a primeira passagem hepática no momento em que ocorre grande síntese protéica, destacando-se o aumento da globulina transportadora dos esteróides sexuais, dos fatores de coagulação (II, V, VII, VIII, IX, X e XII), angiotensinogênio e alteração da síntese de lipoproteínas (OTTOSON, 1984). Em mulheres sadias, a administração dos esteróides sexuais em geral não acarreta sobrecarga deste sistema, porém, em

determinadas hepatopatias, isso pode ocorrer, contra-indicando o uso de A.C.O.. No tocante à vesícula biliar e seus ductos, o uso de A.C.O. pode aumentar a colestase e a incidência de cálculos de colesterol neste sistema (SNOWBALL & TAYLOR, 1985; WINGRAVE & KAY, 1982).

Em relação à epilepsia, ressalta-se que o estrogênio, assim como o progestogênio, pode interferir no metabolismo das aminas cerebrais, podendo, o estrogênio, diminuir o limiar de ocorrência de convulsões (BRECKWOLDT e cols., 1990). Também várias drogas usadas no controle da epilepsia, tais como fenitoína, fenobarbital, carbamazepina e primidona, causam diminuição da concentração plasmática de etinil-estradiol e levonorgestrel, com o risco de aparecimento de sangramentos intermenstruais e a ocorrência de gravidez nestas usuárias de anticonvulsivantes e A.C.O. (BACK e cols., 1980; DIAMOND e cols., 1985). Portanto, para se manter o efeito destas medicações, quando usadas em conjunto, precisaria aumentar as suas dosagens, o que implicaria em um maior risco de efeitos colaterais causados por elas. Observa-se, pelo exposto, que as contra-indicações são bem definidas e amplamente relatadas na literatura médica.

Com o conhecimento da situação prevalente no Brasil, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo decidiu melhor avaliar as condições do uso de métodos anticoncepcionais no Estado. Aproveitou, então, a significativa presença de mulheres em idade

fértil que haviam levado suas crianças para a vacinação contra a poliomielite. As respostas obtidas poderiam orientar as autoridades de Saúde, no sentido de melhorar a qualidade dos Serviços de planejamento familiar.

Como na mesma campanha as mulheres que levaram suas crianças para vacinar tiveram a oportunidade de medir sua pressão arterial e glicemia, criou-se uma situação especialmente favorável à avaliação da presença de fatores de risco ao uso de anticoncepcional combinado oral. Não basta, porém, apenas o conhecimento da percentagem de usuárias com risco, dado já estudado e conhecido, mas também saber o percentual de não-usuárias com risco, e compará-las, o que indicaria o grau de informação destas mulheres quanto aos fatores e doenças que constituem risco ao uso do A.C.O..

A ausência de diferença na comparação da freqüência destes fatores e doenças entre usuárias e não-usuárias mostraria uma falta de conhecimento e orientação das mulheres pesquisadas. Por outro lado, grandes diferenças com prevalência maior nas não-usuárias corresponderia a um bom conhecimento e orientação, ou se maior nas usuárias, seria uma situação grave, com uma falta total de orientação.

Ademais, o conhecimento dessas diferenças individualmente para cada patologia ou fator de risco permitiria uma abordagem mais

específica e definida, quando de campanhas educativas, visando à melhoria da qualidade de atenção a usuárias de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Geral:

2.1.1. Avaliar se a presença de fatores e doenças que contribuem para o risco de complicações durante o uso de anticoncepcional combinado oral associa-se ao uso deste método contraceptivo em mulheres que levaram crianças para serem vacinadas contra poliomielite durante a campanha de junho de 1989.

2.2. Específicos:

2.2.1. Avaliar a prevalência de risco para uso de A.C.O. entre as usuárias do método.

2.2.2. Comparar a prevalência de fatores e patologias de risco de complicação durante o uso de A.C.O. entre usuárias e não-usuárias deste método.

2.2.3. Identificar os fatores de risco cuja prevalência não é diferente ou é maior em usuárias que em não-usuárias, nas diversas macros-regiões.

2.2.4. Identificar as doenças que contribuem para o risco de complicações durante o uso de A.C.O., cuja prevalência

não é diferente ou é maior em usuárias que em não-usuárias, nas diversas macros-regiões.

- 2.2.5. Comparar as macros-regiões do Estado, para identificar diferenças entre elas.

METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

Realizam-se anualmente no Brasil campanhas de vacinação em massa contra poliomielite (CAMPÓLIO), para crianças até cinco anos de idade. A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo tem aproveitado estas ocasiões para promover outras atividades. No ano de 1989, foram desenvolvidos três tipos de pesquisas e serviços. Para quem desejasse, efetuou-se a medida de pressão arterial sistêmica, que foi feita com a mulher em posição sentada, em repouso de pelo menos um minuto, sendo o esfigmomanômetro colocado no braço direito. A seguir houve avaliação sangüínea de glicose, usando-se uma gota espessa de sangue retirada do dedo médio da mão direita, por punção com uma lanceta. A gota de sangue colocada em papel-filtro apropriado foi analisada por um glicosímetro, que em um minuto indicava níveis alterados de glicose. As pessoas com pressão arterial acima do normal e as com suspeita de diabetes mellitus foram orientadas a procurar acompanhamento médico. Também realizou-se uma pesquisa para avaliar a adequação de uso de métodos anticoncepcionais pelas mulheres que levaram crianças para vacinar.

Este estudo apresenta parte dos dados obtidos na pesquisa.

3.1. Variáveis Estudadas

3.1.1. Dependentes:

- Uso ou não de anticoncepcional oral

3.1.2. Independentes:

- idade (em anos)
- hábito de fumar
- obesidade (peso maior que 74kg)

Doenças referidas pelas mulheres:

- hipertensão arterial sistêmica
- diabetes mellitus
- cardiopatias
- varizes (grandes e dolorosas)
- convulsões
- história de icterícia¹

As mulheres foram divididas em três grupos, segundo a presença de doenças e fatores de risco referidos.

¹ Ao verificar que 9% das mulheres relataram icterícia, considerou-se muito elevado este dado para ser confiável. Portanto, esta doença foi excluída das análises.

Sem risco :

ausência de fatores e doenças de risco

Com risco moderado:

obesa e menor de 35 anos

fumante e menor de 35 anos

obesa e menor de 35 anos

40 anos de idade ou mais

antecedente pessoal de cardiopatias

presença de varizes grandes e dolorosas

antecedente pessoal de convulsões

Com risco grave:

fumante e com 35 anos ou mais

obesa e com 35 anos ou mais

antecedente pessoal de hipertensão arterial sistêmica

antecedente pessoal de diabetes mellitus

apresentar dois ou mais itens para risco moderado

3.2. Instrumento de Registro

Para registro dos dados, foi preparado um formulário com questões pré-codificadas (Anexo I). Quatorze versões foram pré-testadas em mulheres que compareceram ao Ambulatório de Triagem Feminina do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas (CAISM - UNICAMP), até ser obtida

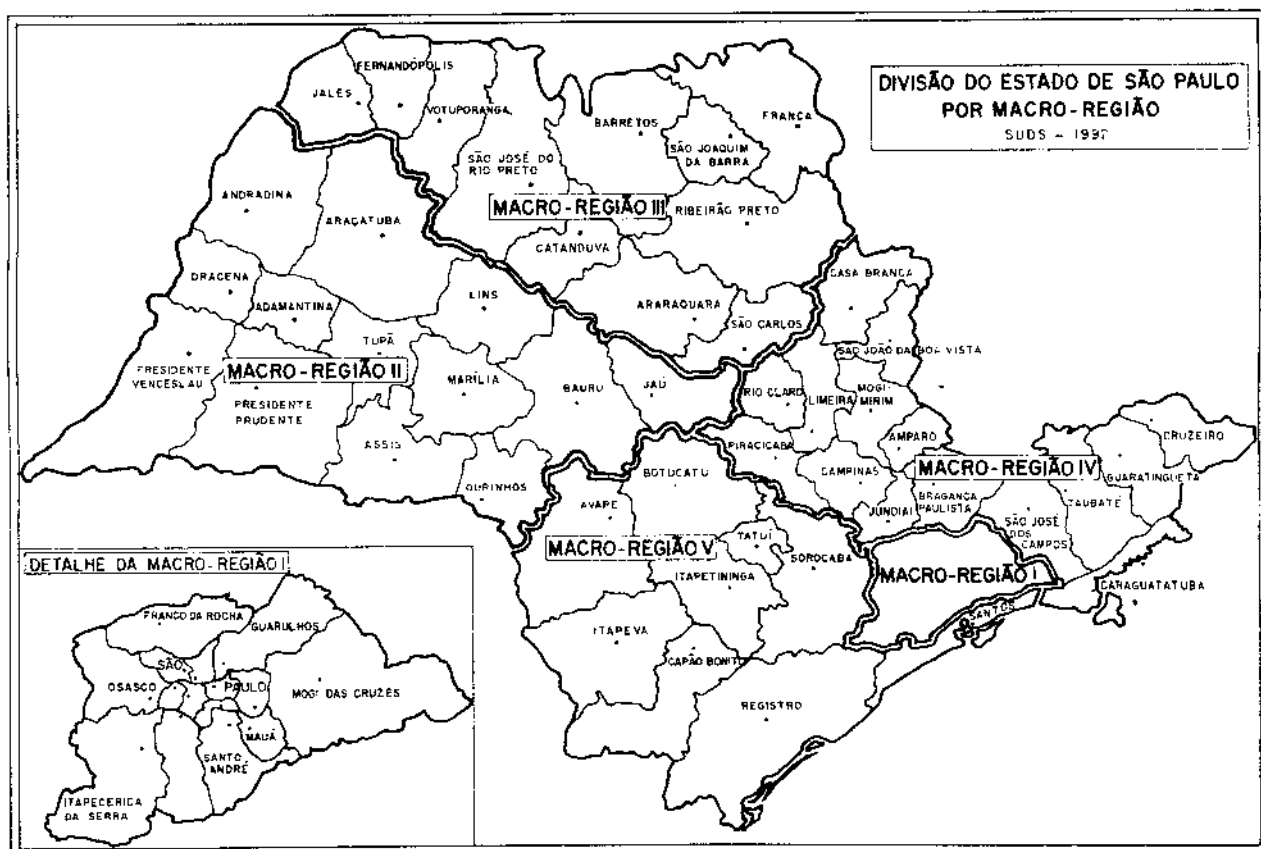
a versão utilizada no estudo. Após o preenchimento, as mulheres que participaram do pré-teste foram entrevistadas para avaliação do entendimento das perguntas e obtenção de sugestões para uma melhor disposição espacial das questões.

Nas perguntas com alternativas, a mulher assinalava com um "x" a desejada. Respostas sobre idade, paridade e peso eram colocadas sob numerais.

3.3. Características da Amostra

Para seleção dos locais onde foi realizada a pesquisa, usou-se a divisão político-administrativa da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, que divide o Estado em 62 Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs). Cada um deles é formado por vários municípios, e, no caso da área metropolitana, por bairros. Estes ERSAs são agrupados em cinco macros-regiões (Figura 1).

FIGURA 1



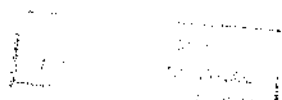
Neste estudo, a Secretaria de Saúde selecionou 62 unidades básicas de médio porte, uma em cada ERSA, tendo sido enviados 300 questionários a cada uma, num total de 18.600. As primeiras 300 mulheres que compareceram a cada unidade básica no dia da vacinação, que aceitaram participar do estudo, receberam um questionário.

3.4. Trabalho de Campo

A própria mulher preencheu o questionário, tendo, caso necessitasse, o auxílio de uma funcionária da unidade designada para este fim. Esta funcionária foi instruída, através de um manual previamente testado, sobre o auxílio a fornecer. No caso de mulheres analfabetas, a própria funcionária preenchia as respostas, após fazer as perguntas. Depois enviou os questionários ao Centro de Controle e Pesquisa das Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP), onde foram digitados e analisados.

3.5. Processamento de Dados

Os dados foram digitados e armazenados, utilizando-se o pacote SPSS+ Data Entry. Foi usado sistema de dupla digitação por digitadores diferentes, para que eventuais erros pudessem ser identificados e corrigidos. A limpeza dos dados foi feita pelo mesmo programa, montando-se um arquivo para análise.



3.6. Análise dos Dados

Obtiveram-se as frequências de cada fator de risco e doença referida, que, comparadas entre usuárias e não-usuárias de pílula, também foram separadas por macros-regiões, com as diferenças analisadas pelo método Qui-Quadrado. A mesma análise foi feita para os grupos sem risco, com risco moderado e grave para uso de A.C.O..

RESULTADOS

4. RESULTADOS

Dos 18.600 formulários entregues à pesquisa, foram corretamente preenchidos e devolvidos 14.180, para análise, representando 76,2% do total. Destes, 3.506 (24,7%) foram preenchidos na macro-região I, 3.408 (24%) na macro-região II, 2.456 (17,3%) na macro-região III, 3.062 (21,6%) na macro-região IV e 1.748 (12,4%) na macro-região V.

A diferença entre usuárias e não-usuárias foi estatisticamente significativa em todas as faixas etárias. A maioria das usuárias tinha até 29 anos de idade (Tabela 1).

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA IDADE DAS USUÁRIAS E NÃO-USUÁRIAS DE ANTICONCEPCIONAL ORAL

Idade (em anos)	Usuárias %	Não-usuárias %	p
Até 19	9,5	6,0	< 0,0001
20 - 29	66,9	43,7	< 0,0001
30 - 39	21,3	36,5	< 0,0001
40 ou +	2,0	13,1	< 0,0001
Ignorado	0,4	0,6	< 0,04
TOTAL DE MULHERES	(5.317)	(8.863)	

Ao analisar o número de filhos vivos, observaram-se diferenças significativas entre usuárias e não-usuárias em todos os grupos, exceto nas mulheres com dois filhos. Somente nas mulheres com um filho a percentagem de usuárias foi maior que a de não-usuárias (Tabela 2).

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO NÚMERO DE FILHOS VIVOS DAS USUÁRIAS E NÃO-USUÁRIAS DE ANTICONCEPCIONAL ORAL

Número de filhos vivos	Usuárias %	Não-usuárias %	p
Nenhum	0,9	3,0	< 0,0001
1	52,8	30,9	< 0,0001
2	31,9	31,5	NS
3 ou +	13,7	31,8	< 0,0001
Ignorado	0,8	2,7	< 0,0001
TOTAL DE MULHERES	(5.317)	(8.863)	

A presença dos fatores de risco foi analisada separadamente para cada macro-região. Na macro-região I, observou-se uma percentagem estatisticamente maior de mulheres com 40 anos ou mais, de fumantes com 35 anos ou mais e de obesas com 35 anos ou mais entre as não-usuárias de A.C.O.. Entretanto, a percentagem de mulheres fumantes e menores de 35 anos foi significativamente maior entre as usuárias (Tabela 3).

TABELA 3 - FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O RISCO DE COMPLICAÇÕES DURANTE O USO DE A.C.O. - MACRO-REGIÃO I

Fator	Usuárias %	Não-usuárias %	p
40 anos ou +	2,2	11,8	< 0,0001
Fumar e ter 35 anos ou +	3,3	8,2	< 0,0001
Obesa e ter 35 anos ou +	0,5	3,3	< 0,0001
Fumar e ser obesa	1,3	1,9	NS
Obesa e menor de 35 anos	3,7	4,1	NS
Fumar e menor de 35 anos	36,7	25,5	< 0,0001
TOTAL DE MULHERES	(1.339)	(2.167)	

Na macro-região II, a percentagem de mulheres que apresentavam cada um dos fatores de risco foi significativamente maior nas não-usuárias, exceto fumar e ser menor de 35 anos, que foi mais freqüente entre as usuárias (Tabela 4).

TABELA 4 - FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O RISCO DE COMPLICAÇÕES DURANTE O USO DE A.C.O. - MACRO-REGIÃO II

Fator	Usuárias %	Não-usuárias %	p
40 anos ou +	1,4	12,0	< 0,0001
Fumar e ter 35 anos ou +	1,6	5,4	< 0,0001
Obesa e ter 35 anos ou +	0,2	2,8	< 0,0001
Fumar e ser obesa	0,8	1,9	< 0,01
Obesa e menor de 35 anos	3,4	5,0	< 0,03
Fumar e menor de 35 anos	25,1	21,2	< 0,01
TOTAL DE MULHERES	(1.309)	(2.099)	

Nas macros-regiões III, IV e V, como observou-se na macro-região I, foi significativamente maior a percentagem de mulheres com 40 anos ou mais, de fumantes com 35 anos ou mais e de obesas com 35 anos ou mais entre as não-usuárias de A.C.O.. As fumantes e obesas, e obesas menores de 35 anos não mostraram diferenças significativas. As fumantes com menos de 35 anos foram mais freqüentes entre as usuárias de A.C.O. (Tabelas 5, 6 e 7).

TABELA 5 - FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O RISCO DE COMPLICAÇÕES DURANTE O USO DE A.C.O. - MACRO-REGIÃO III

Fator	Usuárias %	Não-usuárias %	p
40 anos ou +	2,1	16,9	< 0,0001
Fumar e ter 35 anos ou +	1,5	6,2	< 0,0001
Obesa e ter 35 anos ou +	0,8	4,7	< 0,0001
Fumar e ser obesa	1,5	1,4	NS
Obesa e menor de 35 anos	4,9	4,9	NS
Fumar e menor de 35 anos	31,1	18,5	< 0,0001
TOTAL DE MULHERES	(896)	(1.560)	

TABELA 6 - FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O RISCO DE COMPLICAÇÕES DURANTE O USO DE A.C.O. - MACRO-REGIÃO IV

Fator	Usuárias %	Não-usuárias %	p
40 anos ou +	1,8	12,0	< 0,0001
Fumar e ter 35 anos ou +	2,5	7,0	< 0,0001
Obesa e ter 35 anos ou +	1,1	3,2	< 0,001
Fumar e ser obesa	1,8	1,8	NS
Obesa e menor de 35 anos	5,2	4,6	NS
Fumante e menor de 35 anos	33,3	20,4	< 0,0001
TOTAL DE MULHERES	(1.141)	(1.921)	

TABELA 7 - FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O RISCO DE COMPLICAÇÕES DURANTE O USO DE A.C.O. - MACRO-REGIÃO V

Fator	Usuárias %	Não-usuárias %	p
40 anos ou +	3,3	14,8	< 0,0001
Fumar e ter 35 anos ou +	4,7	8,9	< 0,01
Obesa e ter 35 anos ou +	1,7	4,7	< 0,01
Fumar e ser obesa	2,4	2,2	NS
Obesa e menor de 35 anos	5,1	5,1	NS
Fumante e menor de 35 anos	32,1	19,7	< 0,0001
TOTAL DE MULHERES	(632)	(1.116)	

A Tabela 8 mostra a significação das diferenças para cada fator de risco entre usuárias e não-usuárias, nas cinco macro-regiões. A macro-região II foi a única a ter todas as diferenças significativas.

TABELA 8 - FATORES DE RISCO. SIGNIFICAÇÃO DAS DIFERENÇAS ENTRE USUÁRIAS E NÃO-USUÁRIAS

Fator	MACRO-REGIÃO				
	I	II	III	IV	V
40 anos ou +	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
Fumar e ter 35 anos ou +	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,01
Obesa e ter 35 anos ou +	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,001	< 0,01
Fumar e ser obesa	NS	< 0,01	NS	NS	NS
Obesa e menor de 35 anos	NS	< 0,03	NS	NS	NS
Fumar e menor de 35 anos*	< 0,0001	< 0,01	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
TOTAL DE MULHERES	(3.506)	(3.408)	(2.456)	(3.062)	(1.748)

* Único fator de risco significativamente mais freqüente entre as usuárias de A.C.O.

Na avaliação-conjunta das mulheres, novamente observou-se maior percentagem de mulheres com 40 anos ou mais, de fumantes com 35 anos ou mais e de obesas com 35 anos ou mais entre as não-usuárias. As fumantes e obesas, e as obesas menores de 35 anos não mostraram diferenças significativas. As fumantes com menos de 35 anos foram mais freqüentes entre as usuárias de A.C.O. (Tabela 9).

TABELA 9 - FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O RISCO DE COMPLICAÇÕES DURANTE O USO DE A.C.O. - TODAS AS MULHERES

Fator	Usuárias %	Não-usuárias %	p
40 anos ou +	2,0	13,1	< 0,0001
Fumar e ter 35 anos ou +	2,6	7,0	< 0,0001
Obesa com 35 anos ou +	0,8	3,6	< 0,0001
Fumar e ser obesa	1,4	1,8	NS
Obesa e menor de 35 anos	4,3	4,7	NS
Fumantes e menor de 35 anos	31,6	21,4	< 0,001
TOTAL DE MULHERES	(5.317)	(8.863)	

As doenças que contribuem para o risco de complicações durante o uso de A.C.O., referidas pelas mulheres, também foram analisadas por macros-regiões. Uma mesma mulher pode ter referido duas ou mais doenças, portanto as percentagens nas Tabelas 10 a 14 correspondem ao número de respostas afirmativas em cada categoria. Na macro-região I apenas hipertensão e cardiopatia tiveram uma percentagem significativamente maior entre as não-usuárias (Tabela 10).

TABELA 10 - DOENÇAS QUE CONTRIBUEM PARA O RISCO DE COMPLICAÇÕES DURANTE O USO DE A.C.O. - MACRO-REGIÃO I

Patologia	Usuárias %	Não-usuárias %	p
Hipertensão	11,9	16,5	< 0,001
Diabetes	1,0	1,6	NS
Cardiopatias	2,2	4,3	< 0,01
Varizes grandes	11,4	13,2	NS
Epilepsia	2,2	2,4	NS
TOTAL DE MULHERES	(1.339)	(2.167)	

Na macro-região II, todas as doenças foram significativamente mais freqüentes entre as não-usuárias de A.C.O., exceto o antecedente de epilepsia (Tabela 11).

TABELA 11 - DOENÇAS QUE CONTRIBUEM PARA O RISCO DE COMPLICAÇÕES DURANTE O USO DE A.C.O. - MACRO-REGIÃO II

Patologia	Usuárias %	Não-usuárias %	p
Hipertensão	7,6	10,7	< 0,001
Diabetes	0,5	1,8	< 0,001
Cardiopatias	1,1	3,5	< 0,0001
Varizes grandes	7,4	13,5	< 0,0001
Epilepsia	1,8	2,5	NS
TOTAL DE MULHERES	(1.309)	(2.099)	

Na macro-região III, houve um número significativamente maior de não-usuárias de A.C.O. com antecedentes de hipertensão, cardiopatias e varizes grandes, sendo que nas demais doenças a diferença não foi significativa (Tabela 12).

TABELA 12 - DOENÇAS QUE CONTRIBUEM PARA O RISCO DE COMPLICAÇÕES DURANTE O USO DE A.C.O. - MACRO-REGIÃO III

Patologia	Usuárias %	Não-usuárias %	p
Hipertensão	7,0	13,3	< 0,0001
Diabetes	0,8	1,5	NS
Cardiopatias	1,9	5,0	< 0,001
Varizes grandes	9,9	17,8	< 0,0001
Epilepsia	5,0	6,2	NS
TOTAL DE MULHERES	(896)	(1.560)	

Na macro-região IV, apenas hipertensão não teve diferença estatisticamente significativa. As demais doenças foram significativamente mais freqüentes entre não-usuárias do que entre usuárias (Tabela 13).

TABELA 13 - DOENÇAS QUE CONTRIBUEM PARA O RISCO DE COMPLICAÇÕES DURANTE O USO DE A.C.O. - MACRO-REGIÃO IV

Patologia	Usuárias %	Não-usuárias %	p
Hipertensão	11,5	13,4	NS
Diabetes	0,7	1,5	< 0,01
Cardiopatias	1,8	4,1	< 0,001
Varizes grandes	8,7	14,0	< 0,0001
Epilepsia	1,6	3,3	< 0,01
TOTAL DE MULHERES	(1.141)	(1.921)	

Na macro-região V, hipertensão, cardiopatias e varizes grandes foram significativamente mais freqüentes entre as não-usuárias de A.C.O.. Não houve diferença estatística nas demais doenças (Tabela 14).

TABELA 14 - DOENÇAS QUE CONTRIBUEM PARA O RISCO DE COMPLICAÇÕES DURANTE O USO DE A.C.O. - MACRO-REGIÃO V

Patologia	Usuárias %	Não-usuárias %	p
Hipertensão	9,8	13,9	< 0,02
Diabetes	1,1	2,2	NS
Cardiopatias	2,7	4,7	< 0,04
Varizes grandes	10,0	14,3	< 0,01
Epilepsia	3,8	4,9	NS
TOTAL DE MULHERES	(632)	(1.116)	

Na análise da significação das diferenças entre usuárias e não-usuárias, houve uma grande disparidade entre as regiões. Diabetes e epilepsia mostraram as menores diferenças. Apenas o antecedente pessoal de cardiopatia teve diferenças significativas em todas as macros-regiões. Hipertensão não teve significância apenas na macro-região IV e varizes grandes na macro-região I (Tabela 15).

TABELA 15 - DOENÇAS. SIGNIFICAÇÃO DAS DIFERENÇAS ENTRE USUÁRIAS E NÃO-USUÁRIAS

Patologia*	MACRO-REGIÃO				
	I	II	III	IV	V
Hipertensão	< 0,001	< 0,01	< 0,0001	NS	< 0,02
Diabetes	NS	< 0,001	NS	< 0,01	NS
Cardiopatias	< 0,01	< 0,0001	< 0,001	< 0,001	< 0,04
Varizes grandes	NS	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,01
Epilepsia	NS	NS	NS	< 0,01	NS
TOTAL DE MULHERES	(3.506)	(3.408)	(2.456)	(3.062)	(1.748)

* Todas as diferenças significativas correspondem a maior frequência entre as não-usuárias

Na avaliação do total de mulheres, as diferenças entre usuárias e não-usuárias foram todas significativas, sendo as freqüências sempre maiores nas não-usuárias (Tabela 16).

TABELA 16 - DOENÇAS QUE CONTRIBUEM PARA O RISCO DE COMPLICAÇÕES DURANTE O USO DE A.C.O. - TODAS AS MULHERES

Patologia	Usuárias %	Não-usuárias %	p
Hipertensão	9,7	13,6	< 0,0001
Diabetes	0,8	1,7	< 0,0001
Cardiopatias	1,8	4,2	< 0,0001
Varizes grandes	9,4	14,4	< 0,0001
Epilepsia	2,6	3,6	< 0,001
TOTAL DE MULHERES	(5.317)	(8.863)	

A presença de mulheres sem risco e com risco moderado foi estatisticamente maior entre usuárias do que entre não-usuárias. A presença de risco grave foi significativamente maior nas não-usuárias de A.C.O. (Tabela 17).

TABELA 17 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE USUÁRIAS E NÃO-USUÁRIAS SEGUNDO O GRUPO DE RISCO DE COMPLICAÇÃO

Grupo	Usuárias %	Não-usuárias %	p
Sem risco	49,8	44,4	< 0,0001
Risco Moderado	32,8	28,3	< 0,0001
Risco grave	17,4	27,3	< 0,0001
TOTAL DE MULHERES	(5.317)	(8.863)	

p total < 0,0001

A percentagem de mulheres com risco grave de complicação para o uso de A.C.O. foi significativamente maior nas não-usuárias em todas as macros-regiões (Tabela 18).

TABELA 18 - PERCENTAGEM DE USUÁRIAS E NÃO-USUÁRIAS COM RISCO GRAVE DE COMPLICAÇÃO, POR MACRO-REGIÃO

Macro-região	Usuárias		Não-usuárias		p
	N	%	N	%	
I	(274)	20,5	(653)	30,1	< 0,0001
II	(170)	13,0	(478)	22,8	< 0,0001
III	(138)	15,4	(445)	28,5	< 0,0001
IV	(208)	18,2	(515)	26,8	< 0,0001
V	(134)	21,2	(328)	29,4	< 0,002
TOTAL	(924)	17,4	(2.419)	27,3	< 0,0001

Quanto às mulheres sem risco nas macros-regiões II e III, o número de usuárias foi significativamente maior que o de não-usuárias. Entretanto, nas macros-regiões I, IV e V, a diferença não foi estatisticamente significativa (Tabela 19).

TABELA 19 - PERCENTAGEM DE USUÁRIAS E NÃO-USUÁRIAS SEM RISCO DE COMPLICAÇÃO, POR MACRO-REGIÃO

Macro-região	Usuárias		Não-usuárias		p
	N	%	N	%	
I	(586)	43,8	(887)	40,9	NS
II	(786)	60,0	(1004)	47,8	< 0,0001
III	(455)	50,8	(663)	42,5	< 0,001
IV	(539)	47,2	(891)	46,4	NS
V	(282)	44,6	(488)	43,7	NS
TOTAL	(2.648)	49,8	(3.933)	44,4	< 0,0001

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Este estudo mostrou uma proporção significativamente menor de usuárias com risco moderado e grave de complicações quando comparadas às não-usuárias de A.C.O.. No entanto, a frequência de fatores ou doenças que contribuem para o risco de complicações durante o uso de A.C.O., entre as usuárias, foi considerada alta. A metade das usuárias de A.C.O. referiram ter alguns destes fatores ou doenças, o que indica que a orientação quanto ao uso de A.C.O., apesar de existente, foi bastante deficitária.

Esses resultados, contudo, não podem ser extensivos à população em geral, já que a amostra utilizada não é representativa do total de mulheres em idade fértil do Estado de São Paulo. Por isso, a prevalência de uso de A.C.O. foi de 35%, o que é maior que 24% - das mulheres de 15 a 44 anos, em união observada por ARRUDA e cols. (1986), em São Paulo, e que 20% - dos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1989. Esta prevalência aumentada de uso de A.C.O. pode ter sido em virtude das entrevistadas se concentrarem na faixa de 20 a 29 anos, que é o grupo com maior prevalência de uso de A.C.O. (ARRUDA e cols., 1986).

Em realidade, as mulheres avaliadas neste trabalho representam um subgrupo específico de mulheres do Estado. Como a pesquisa foi realizada durante uma campanha de vacinação de crianças até cinco anos, a maioria das mulheres tinha pelo menos um

filho e uma distribuição por idade em que a faixa de 20 a 29 anos estava super-representada, e, os extremos de idade, abaixo de 20 e acima de 39 anos, sub-representados.

A divisão dos dados por macros-regiões permitiu observar que existem diferenças dentro do Estado com relação à adequação de uso de A.C.O.. As macros-regiões poderiam ser separadas em três grupos, de acordo com a prevalência de doenças e fatores de risco e adequação do uso dos A.C.O.. A que aparece com melhores condições é a macro-região II, seguida pelas macros-regiões III e IV, enquanto as macros-regiões I e V apresentam os piores indicadores do Estado.

A macro-região II não só mostrou uma menor percentagem de fatores de risco grave entre as usuárias de A.C.O., ao nível geral do Estado (Tabela 18), mas também uma maior percentagem de mulheres sem qualquer fator de risco, dentre todas as mulheres estudadas (Tabela 19). Esta macro-região engloba grandes cidades do interior, como Bauru e Presidente Prudente, região socioeconomicamente próspera dentro do Estado. A macro-região I, por outro lado, que abrange a região metropolitana da grande São Paulo, tem uma enorme população urbana de baixa renda e alta proporção de migrantes. As mulheres desta região, apesar de viverem próximas a Hospitais e Centros de Saúde, não têm mais acesso à informação e orientação quanto ao uso e risco dos A.C.O.. Pelo contrário, esta macro-região, junto com a macro-região V, teve os resultados mais

preocupantes no Estado, com as mais altas percentagens de usuárias de A.C.O. com risco grave de complicação.

Os presentes resultados são concordantes com os de outras pesquisas que avaliaram percentagem de usuárias de A.C.O. com fatores de risco. A proporção próxima a metade das usuárias com fatores de risco ao uso de A.C.O. foi observada em um estudo realizado no Hospital de Clínicas da UNICAMP (FAÚNDES e cols., 1986). Também foram semelhantes aos resultados de amostras de todo o Estado, na avaliação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, em 1991 (HARDY e cols., 1991b).

Houve diferenças no comportamento da população quanto aos diferentes fatores de risco, que poderiam ser subdivididos em quatro subgrupos, desde aqueles que parecem ser totalmente ignorados até os que aparentemente são conhecidos como contra-indicação para uso de A.C.O..

No primeiro grupo encontrou-se o fumo antes dos 35 anos, que é mais freqüente entre usuárias de pílula. No segundo grupo, os fatores e doenças em que praticamente não foram observadas diferenças entre usuárias e não-usuárias, mostrando pouca orientação da população estudada com respeito à presença destes riscos. Pode-se incluir neste grupo a obesidade, epilepsia e diabetes mellitus. Em terceiro, fatores ou doenças de risco que apesar de terem percentagens significativamente menores entre as

usuárias de A.C.O., quando comparadas com as não-usuárias, ainda mostraram um número bastante elevado de usuárias de A.C.O. com estes fatores. Destacam-se varizes grandes e dolorosas, hipertensão, cardiopatias e tabagismo com idade acima de 35 anos. Por último, a idade maior de 40 anos, que teve grandes diferenças entre usuárias e não-usuárias, com percentagem pequena entre as usuárias. Este fator foi o que apresentou melhores resultados na avaliação da relação da presença de fatores de risco com o uso de A.C.O..

Na análise isolada dos fatores e doenças de risco, podem ser observadas particularidades em cada um deles.

O hábito de fumar foi um dos fatores menos reconhecidos como risco associado ao uso de A.C.O.. Teve uma percentagem de uso significativamente maior entre usuárias de A.C.O. abaixo de 35 anos. Talvez o grande número de fumantes entre as usuárias de A.C.O. faça parte do perfil da mulher atual, que deseja adiar ou espaçar suas gravidezes, que compete no mercado de trabalho e que, muitas vezes, assume hábitos outrora predominantemente masculinos, como o fumo, por exemplo.

A obesidade abaixo de 35 anos também não teve qualquer associação com o uso ou não de A.C.O., sem diferenças significativas entre usuárias e não-usuárias, mostrando o

desconhecimento com relação à contribuição deste fator ao risco durante o uso de A.C.O..

Por outro lado, o hábito de fumar e a obesidade foram menos freqüentes nas usuárias acima de 35 anos. O fumo é um vício que tende a ser mantido ao longo dos anos. É improvável que a usuária de A.C.O. e fumante que não respeitava este fator como risco antes de 35 anos, ao chegar a esta idade tenha parado de fumar ou de usar A.C.O., por reconhecer nesta associação um dano a sua saúde. Tampouco é possível que as obesas tenham emagrecido ao chegarem perto de 35 anos. Estas mudanças talvez não tenham acontecido por uma decisão consciente da usuária, mas provavelmente por uma rotina no País que a levou a estar laqueada quando atingiu esta faixa etária (ARRUDA e cols., 1986; OSIS e cols., 1991).

Portanto, o fator que parece ter sido determinante e mostrou orientação foi a idade, com percentagem pequena de usuárias de A.C.O. acima de 40 anos e significativamente menor quando comparadas às não-usuárias. Infelizmente este dado não pode ser encarado com grande otimismo, porque é difícil acreditar que a decisão das usuárias, em abandonar o método por estarem com idade avançada, tenha sido baseada em conhecimentos e orientações recebidas.

Outros dados obtidos nesta mesma CAMPÓLIO mostraram que mais de dois terços das usuárias de algum método anticoncepcional

com idade acima de 40 anos já tinham sido submetidas à laqueadura tubária. Logo, eram parte do grupo de não-usuárias, independentemente de reconhecer que a idade avançada constitui um fator que contribui para o risco de uso de A.C.O. (FAÚNDES e cols., 1989). ARRUDA e cols.(1986) e OSIS e cols.(1991) também mostraram índices crescentes de mulheres laqueadas com o avanço da idade. O aumento da faixa etária age diminuindo as usuárias de A.C.O. com risco, porque estas provavelmente vão sendo submetidas à laqueadura, que é um método irreversível e de efeito cumulativo com o passar dos anos.

Com relação às diversas doenças, pôde-se observar que a presença de epilepsia e diabetes mellitus não mostrou orientação quanto à associação com o uso de A.C.O. na maior parte do Estado. Os resultados globais do Estado mostraram diferenças significativas motivadas apenas por algumas regiões onde esta orientação foi melhor, como a macro-região II. O fato é que estas doenças são praticamente desconhecidas pela população como fatores de risco quando associadas com A.C.O.. Principalmente no caso do diabetes mellitus, o uso de A.C.O. pode contribuir ainda mais para o risco já aumentado nas mulheres de doença coronariana, trazendo uma maior morbimortalidade por esta doença (ESCHWÉGE e cols., 1990).

Na epilepsia, a preocupação não é pelo risco aumentado de morte. É pela qualidade de vida desta mulher, que teria, na sua enfermidade, difícil controle, já que os estrogênios diminuem o

limiar da ocorrência de convulsões, além de interagirem com vários anticonvulsivantes: alterando seu metabolismo e diminuindo a eficácia de ambas as drogas (DIAMOND e cols., 1985; BECKWORLDT e cols., 1990).

O antecedente pessoal de cardiopatias, ainda que tenha diferenças significativas entre as usuárias e não-usuárias em todo o Estado, mostrou uma percentagem um pouco alta dentre as usuárias de A.C.O.. Estas doenças, dependendo de sua causa, freqüentemente associam-se com outras alterações, como hipertensão arterial sistêmica, aterosclerose e distúrbios hemodinâmicos, contribuindo para a ocorrência de fenômenos tromboembólicos. O uso de A.C.O. nestes casos haverá de contribuir para estes problemas, que, dependendo de suas causas, poderão ser muito agravados pelo uso do método.

A presença de varizes grandes e dolorosas, não obstante ter tido grande diferença entre usuárias e não-usuárias do Estado, mostrou regiões sem diferenças, como a macro-região I, ou com pouca diferença, como a macro-região IV. Além disso, a percentagem de usuárias que referiram este problema foi acima de 9%. Esta alta percentagem foi em parte influenciada pelo fato da maioria das mulheres terem filhos, e a gravidez poderia precipitar o aparecimento de varizes.

Mesmo assim, a presença de varizes grandes e dolorosas

constitui-se um indicativo indireto, e talvez o único a ser usado em grandes populações, para apontar mulheres com maiores chances de terem problemas tromboembólicos. Também é provável que muitas das portadoras destas alterações tenham deixado de usar A.C.O. não por orientação, mas sim por sentirem dores em membros inferiores quando usavam a pílula, levando a uma decisão correta, contudo inconsciente.

Uma das doenças que mais chama a atenção dentre as pesquisadas é a hipertensão. Primeiro porque em algumas regiões do Estado, como as macros-regiões IV e V, as diferenças entre usuárias e não-usuárias não existiram ou foram pouco significativas para um grave fator de risco. Segundo, pela alta percentagem de antecedentes pessoais de hipertensão arterial referida pelas usuárias, quase 10%. A hipertensão associada com A.C.O. aumenta ainda mais a chance de problemas cardiovasculares e, mesmo sendo uma doença bastante conhecida, este risco foi pouco observado. Também é provável que a maior freqüência de hipertensão entre as não-usuárias seja pela maior idade destas, já que a enfermidade aparece ou se agrava com os anos.

Nesse sentido, mais uma vez o único elemento realmente ligado à diminuição de usuárias de A.C.O. com hipertensão arterial foi o provável aumento do índice de laqueaduras relacionado com o aumento da idade.

Quanto à metodologia aplicada, esta poderia ser criticada, pela rapidez com que os questionários foram preenchidos, sem que houvesse a noção do grau de confiabilidade das respostas. Contudo, os dados encontrados assemelharam-se aos observados em pesquisas anteriores, usando entrevistas domiciliares mais demoradas e aprofundadas (HARDY e cols., 1991b). Isto permitiu tirar conclusões positivas quanto à confiabilidade das respostas.

Os dados referentes à hipertensão arterial e diabetes mellitus foram particularmente confiáveis, considerando que na mesma campanha foi medida a glicemia e a pressão arterial nas mesmas mulheres. Talvez apenas uma medida alterada de pressão arterial não seja suficiente para afirmar que a mulher é hipertensa e o dado possa ter sido supervalorizado. Entretanto, o interesse desta pesquisa foi o de avaliar as diferenças entre usuárias e não-usuárias, e qualquer fator que significasse aumento de frequência agiu nos dois grupos. Além disso, a grande casuística assegurou a distribuição homogênea de qualquer fator entre os dois grupos.

Resultados mostrando uma orientação deficitária das usuárias de A.C.O. algumas vezes não têm sido encarados como problema por algumas entidades. A justificativa é de que, principalmente em países subdesenvolvidos, o risco de morte materna devida à gravidez complicada é bastante alto. Uma das soluções seria justamente controlar o número de gravidezes, permitindo o uso em grande escala de anticoncepcionais combinados orais, pois o

risco associado com o uso de anticoncepcionais seria significativamente menor do que o risco de gravidez (NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 1989).

Essa postura, todavia, parece eticamente inaceitável - simplesmente não se pode ser conformista a ponto de aceitar a solução menos ruim. É perfeitamente possível que ambos problemas sejam amenizados, senão resolvidos. Uma prevenção adequada de gravidezes de risco pode ser feita com o uso de diversos métodos de alta eficácia que não o de A.C.O..

Contudo, na análise da prevalência de uso de métodos anticoncepcionais no Brasil, observa-se que eles estão restritos ao A.C.O. e à laqueadura. Outros métodos, como os dispositivos intra-uterinos e métodos de barreira, respondem por uma parcela pequena deste montante (ARRUDA e cols., 1986). Isto resulta em uma situação onde os A.C.O. são usados com fatores de risco à saúde, e o índice de arrependimento com a laqueadura é bastante alto (PINOTTI e cols., 1986; BAHAMONDES e cols., 1992).

Não é apenas o uso de A.C.O. que está inadequado. Igualmente a política de planejamento familiar como um todo. O nível de informação é insatisfatório até para quem estudou o assunto e deveria informar corretamente sobre o uso de métodos anticoncepcionais. Não encontraram-se diferenças em usuárias com e sem risco ao uso de A.C.O. se este método foi prescrito por um

médico ou adquirido diretamente na farmácia (FAÚNDES e cols., 1986).

A mudança deve ocorrer em todo o sistema que cuida de planejamento familiar. Quando conclui-se que as mulheres têm pouca orientação sobre os fatores que contribuem para o risco de uso de A.C.O., pode estar ocorrendo que algumas sabem do risco mas não encontram outra opção de método anticoncepcional na hora de espaçar suas gravidezes.

Trabalhou-se muito, em especial nesta última década, para a identificação e definição dos principais elementos que determinariam a qualidade de atenção nos Serviços clínicos de planejamento familiar. Seis elementos foram apontados como importantes: a escolha livre e informada dos métodos, natureza da informação recebida, competência técnica do pessoal que oferece os serviços, relação interpessoal cliente-serviço, mecanismos que favorecem a continuidade da atenção à mulher e oferta adequada de serviços adicionais (BRUCE, 1989).

Obviamente esses fatores devem estar interligados entre si e não são os únicos determinantes da qualidade, mas servem de base tanto para avaliação como para indicação dos pontos onde as melhorias são necessárias.

Esses indicadores podem servir como ponto-de-partida. No

entanto, urge a necessidade de uma melhoria nos serviços de planejamento familiar oferecidos à população, para que o quadro de uso inadequado de métodos anticoncepcionais possa começar a ser mudado. Estas mudanças, para ocorrerem, necessitam vontade política dos governantes, traduzidas por programas de orientação e educação à população, investimentos neste setor e uma política de planejamento familiar definida e adequada, que possa ser, de fato, implantada neste país.

CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

As usuárias de A.C.O. apresentaram prevalência de 32,8% de risco moderado e 17,4% de risco grave para o uso do método.

Identificaram-se diferenças pequenas, embora significativas, entre usuárias e não-usuárias de A.C.O., na prevalência de fatores e doenças que contribuem para o risco de complicações durante o uso deste método.

A prevalência de mulheres obesas abaixo de 35 anos, e obesas e fumantes não mostrou diferenças entre usuárias e não-usuárias de A.C.O.. O hábito de fumar foi mais prevalente entre as usuárias deste método.

Não identificou-se diferenças na prevalência de diabetes mellitus e epilepsia na maior parte do Estado.

A macro-região II, que corresponde ao centro-oeste do Estado, foi a que mostrou menor prevalência de fatores e doenças de risco entre usuárias do A.C.O.. A maior prevalência observou-se nas macros-regiões I e V.

Os resultados desta pesquisa parecem incompatíveis com uma população bem orientada quanto aos fatores e doenças que contribuem para o risco de complicações durante o uso de A.C.O..

*REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS *

- ALBRINK, M.J. - Obesidade. Em: Tratado de Medicina Interna. 14ª Edição. Eds. Beeson. P.B. MacDermott W. Rio de Janeiro. Interamericana, 1721-1733, 1977.
- ARRUDA, J.M.; RUTEMBERG, N.; MORRIS, L.; FERRAZ, E. - Pesquisa nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar, Brasil, BEMFAM, 1986.
- BACK, D.J.; BATES, M.; BOWDEN, A.; BRECKENRIDGE, A.M.; HALL, M.J.; JONES, H.; MACIVER, M.; ORME, M.; PERUCCA, E.; RICHENS, A.; ROWE, P.H.; SMITH, E. - The interaction of phenobarbital and other anticonvulsants with oral contraceptive steroid therapy. *Contraception*, 22:495-503, 1980.
- BAHAMONDES, L.G.; PETTA, C.A.; FAÚNDES, A.; BEDONE, A.J. - Significado do recente aumento do número de solicitantes de reversão de laqueadura em um serviço de esterilidade. *Femina* 20: 360-362, 1992.
- BOUNDS, W.; VESSEY, M.; WIGGING, P. - A randomized double-blind trial of two low dose combined oral contraceptives. *Br. J. Obstet. Gynecol.*, 86:325-329, 1979.
- BRECKWOLDT, M.; WIEACKER, P.; GEISTHÖVEL, F. - Oral contraception in disease states. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 163:2213-2216, 1990.
- BRUCE, J. - Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. Working papers. New York, The Population Council, nº 1, 1989.
- CANCER AND STEROID HORMONE STUDY. - Combination oral contraceptive use and the risk of endometrial cancer. *J.A.M.A.*, 257:796-800, 1987.

- CROFT, P. & HANNAFORD P.C. - Risk factors for acute myocardial infarction in women: Evidence from the Royal College of General Practitioner's Oral Contraception Study. *Br. Med. J.*, 298:165-168, 1989.
- DERMAN, R. - Oral contraceptives: assessment of benefits. *J. Reprod. Med.*, 31, (Suppl 9):879-886, 1986.
- DIAMOND, M.P.; GREENE, J.W.; THOMPSON, J.M.; VanHOOYDONK, J.E.; WENTZ, A.C. - Interaction of anticonvulsants and oral contraceptives in epileptic adolescents. *Contraception*, 31:623-632, 1985.
- ESCHENBACH, D.A.; HARNICH, J.P.; HOLMES, K.K. - Pathogenesis of acute pelvic inflammatory disease: role of contraception and other risk factors. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 128:838-850, 1977.
- ESCHWÉGE, E.; FONTBONNE, A.; SIMON, D.; THIBULT, N.; BALKAU, B.; SAITN-PAUL, M.; GARNIER, P.; SENAN, C.; PAPOZ, L. - Oral contraceptives, insulin resistance and ischemic vascular disease. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 31:263-269, 1990.
- FAÚNDES, A.; DIAZ, J. A.; DIAZ, M.M.; PINOTTI, J.A. - Frequência e adequação no uso de métodos contraceptivos por mulheres de Campinas. *Rev Paul Med*, 104:44-46, 1986.
- FAÚNDES, A.; PETTA, C.A.; PASTENE, L. - Relatório CAMPÓLIO - Adequação do uso de métodos anticoncepcionais por mulheres do Estado de São Paulo. CEMICAMP, 1989.
- FRASSINELLI-GUNDERSON, E.P.; MARGEN, S.; BROWN, J.R. - Iron stores in users of oral contraceptive agents. *Am. J. Clin. Nutr.*, 41:703-712, 1985.

- FULLER, J.H.; SHIPLEY, M.J.; ROSE, G.; JARRETT, R.J.; KEEN, H. - Mortality from coronary heart disease and stroke in relation to degree of glycaemia: the Whitehall Study. *Br. Med. J.*, 287:867-870, 1983.
- GREEP, R.O. - The biological history of the pill. In: Parnham, M.J. and Bruinvels, J. eds. *Discoveries in Pharmacology. Vol 2.* Amsterdam. Elsevier Science Publishers, p.321-337, 1984.
- GRIMES, D.A. - The safety of oral contraceptives: Epidemiologic insights from the first 30 years. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 166: 1950-1954, 1992.
- GUILLEBAUD, J. - Oral contraceptive in risk groups: Exclusion or monitoring. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 163:443-446, 1990.
- HARDY, E.E.; MORAES, T.M.; FAÚNDES, A.; VERA, S.; PINOTTI, J.A. - Adequação do uso de pílula anticoncepcional entre mulheres unidas. *Rev. Saúde Publ. S. Paulo.*, 25:96-102, 1991a.
- HARDY, E.E.; OSIS, M.J.; ALVES, G.; COSTA, R.G.; RODRIGUES, T.; MORAES, T.M. - Reavaliação do programa de assistência integral à saúde da mulher no Estado de São Paulo. CEMICAMP, Campinas, 1991b.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). - As informações sobre fecundidade, mortalidade e anticoncepção nas PNAD's, número 15, 1989.
- INMAN, W.H.W.; VESSEY, M.P. WESTERHOLM, B.; ENGELUND, A. - Tromboembolic disease and the steroidal content of oral contraceptives: a report to the Committee on Safety of Drugs. *Br. Med. J.*, 2(5703):203-209, 1970.

- JARRET, R.J.; McCARTNEY, P.; KEEN, H. - The Bedford Survey: ten year mortality rates in newly diagnosed diabetics, borderline diabetics and normoglycaemic controls and risk indices for coronary heart disease in borderline diabetics. *Diabetologia*, 22:79-84, 1982.
- KILLIP, T. - Doença coronariana. Em: Tratado de Medicina Interna. 14ª Edição. Eds. Beeson, PB. MacDermott W. Rio de Janeiro. *Interamericana*:1270-1272, 1977.
- MATTSON, R.H.; CRAMER, J.A.; DARNEY, P.D.; NAFTOLIN, F. - Use of oral contraceptives by women with epilepsy. *JAMA*, 256:238-248, 1986.
- NATIONAL RESEARCH COUNCIL CONTRACEPTION AND REPRODUCTION. - Health Consequences for Women and Children in Developing World. Washington, D.C. National Academy Press, p.88, 1989.
- ORY, H.W. and WOMEN'S HEALTH STUDY. - Ectopic pregnancy and intrauterine contraceptive devices: new perspectives. *J. Am. Coll. Obstet. Gynecol.*, 57:137-144, 1981.
- OSIS, M.J.D.; HARDY, E.E.; SIMÕES, I.R.S.; VERA, S.; FAÚNDES, A. - Laqueadura tubária nos Serviços de Saúde do Estado de São Paulo. *Rev. Ginec. Obstet.*, 1:195-204, 1991.
- OTTOSON, U.B. - Oral progesterone and estrogen/progestogen therapy. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, (suppl - 127):1-37, 1984.
- PINOTTI, J.A.; DÍAZ, A.J.; DÍAZ, M.M.; HARDY, E.E.; FAÚNDES, A. - Identificação dos fatores associados à insatisfação após a esterilização cirúrgica. *Gin. Obstet. Bras.*, 9:304-309, 1986.

- POPULATION REPORTS. - Las píldoras de dosis reducida. *Population Reports*, Série A, nº7. Washington, D.C., Population Information Program. Nov. 1988.
- POTTS, M.; ULUGT, T.; VANDER; PIOTROW, P.T.; GAIL, L.J.; HUBER, S.C. - Advantages of orals outweigh disadvantages. *Population Reports*, Séries A, Nº 2. Washington, D.C. Population Information Program, Mar. 1975.
- POTTS, M. - Benefits and risks of oral contraceptives. Eds. Halbe, H. and Rekers, H. New Jersey. The Parthenon Publishing Group, p.11, 1988.
- RAVENHOLT, R.T.; PIOTROW, P.T.; SPEIDEL, J.J. - Use of oral contraceptives: A decade of controversy. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 8 Pt.2:941-956, 1970.
- ROSENBERG, L.; HENNEKENS, H.; ROSNER, B.; BELANGER, C. ROTHMAN, K.J.; SPEIZER, F.E. - Oral contraceptive use in relation to nonfatal myocardial infarction. *Am. J. Epidemiol.*, 111:59-66, 1980.
- ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS. - Oral contraception and thromboembolic disease. *J. R. Coll. Gen. Pract.*, 13:267-279, 1967.
- ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS' ORAL CONTRACEPTION STUDY. - Mortality among oral contraceptive users. *Lancet*, 2:727-731, 1977.
- ROYSTON, E. & LOPEZ, A.D. - On the assessment of maternal mortality. *World Health Statistics Quaterly*, 40:214-224, 1987.

SHERRY, S. - Doenças tromboembólicas. Em: Tratado de Medicina Interna 14ª Edição. Ed. Beeson, P.B.; MacDermott W. Rio de Janeiro. Interamericana: 176-182, 1977.

SILBERGELD, S.; BRAST, N.; NOBLE, E.P. - The menstrual cycle: a double-blind study of symptoms, mood and behavior and biochemical variables. *Psychosom. Med.*, 33:411-428, 1971.

SNOWBALL, S. & TAYLOR, W. - Effects of short-term treatment with a combined oestrogen-progestin oral contraceptive on biliary lipids and cholesterol saturation index in young women. *J. Steroid. Biochem.*, 22:257-261, 1985.

VESSEY M.P. & DOLL, R. - Investigation of relation between use of oral contraceptives and thromboembolic disease. *Br. Med. J.*, 2:199-205, 1968.

WINGRAVE, S.J. & KAY, C.R. - Oral contraceptives and Gallbladder disease: Royal College of General Practitioner's oral contraception study. *Lancet*, 2:957-959, 1982.

* HERANI, M.L.G. - Normas para apresentação de dissertações e teses, Maria Luiza Gugliano Herani - São Paulo, Bireme, 1990.

A SECRETARIA DA SAÚDE PEDE QUE A SENHORA PREENCHA ESTE QUESTIONÁRIO PARA SABER DE SUA SAÚDE. É IMPORTANTE QUE RESPONDA.

NOME:.....

ENDEREÇO ONDE A SENHORA POSSA RECEBER CARTA

RUA E NÚMERO

APARTAMENTO BAIRRO CIDADE

CEP

IDADE [] Anos PESO []
(aproximado)

NÚMERO DE FILHOS VIVOS []

1. A SENHORA SOFRE DE ALGUMA DAS SEGUINTE DOENÇAS?
(MARQUE COM X "SIM" OU "NÃO")

a. Pressão alta

SIM NÃO NÃO SEI

b. Diabetes ou açúcar no sangue

SIM NÃO NÃO SEI

c. Doença do coração que precisou de tratamento

SIM NÃO

d. Varizes grandes

SIM NÃO

e. Ataque (convulsão ou epilepsia)

SIM NÃO

f. Já ficou amarela (icterícia) por problema no fígado?

SIM NÃO

2. A SENHORA FUMA?

SIM NÃO

a. QUANTOS CIGARROS POR DIA? _____

3. FEZ LIGADURA DAS TROMPAS?
(operação para não ter mais filhos)

SIM NÃO

a. HÁ QUANTO TEMPO QUE FEZ?

[] ANOS [] MESES

4. ESTÁ TOMANDO PÍLULA ANTI-CONCEPCIONAL?

SIM NÃO

a. HÁ QUANTO TEMPO TOMA?

[] ANOS [] MESES