

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA

RITA DE CÁSSIA MORAIS MEDEIROS

**USO DE ANTICONCEPCIONAIS ORAIS NA CIDADE DE SÃO JOSÉ DO
SABUGI-PB**

CUITÉ-PB
2015

RITA DE CÁSSIA MORAIS MEDEIROS

**USO DE ANTICONCEPCIONAIS ORAIS NA CIDADE DE SÃO JOSÉ DO
SABUGI-PB**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Bacharelado em Farmácia da
Universidade Federal de Campina Grande,
como requisito para obtenção do título de
Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Msc. Andrezza Duarte
Farias

CUITÉ-PB
2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

M488u Medeiros, Rita de Cássia Morais.

 Uso de anticoncepcionais orais na cidade de São José do Sabugi - PB. / Rita de Cássia Morais Medeiros. – Cuité: CES, 2015.

 39 fl.

 Monografia (Curso de Graduação em Farmácia) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

 Orientadora: Andrezza Duarte Farias.

 1. Assistência farmacêutica. 2. Farmacoepidemiologia. 3. Anticoncepcionais orais. I. Título.

CDU 615.4

RITA DE CÁSSIA MORAIS MEDEIROS

**USO DE ANTICONCEPCIONAIS ORAIS NA CIDADE DE SÃO JOSÉ DO
SABUGI-PB**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Bacharelado em Farmácia da
Universidade Federal de Campina Grande,
como requisito para obtenção do título de
Bacharel em Farmácia.

Aprovado em _____ de _____ de _____

Banca examinadora

Prof^a. Msc. Andrezza Duarte Farias/UFCG/CES
Orientadora

Prof. Msc. Rodrigo dos Santos Diniz/UFCG/CES
Examinador

Prof^a. Ana Emília Formiga/UFCG/CES
Examinadora

DEDICATÓRIA

Minha família é base para tudo que construí em minha vida, sem ela não teria forças nem inspiração para lutar por meus objetivos. Por isso começo dedicando à minha mãe, Maria Elita, meu pai, Cássio, e meu irmão Taciano que formam os pilares da minha base, obrigada pela compreensão, divertimento, por simplesmente existir. Vocês são o sentido da minha vida amo vocês incondicionalmente.

Dedico ao meu namorado Toninho que tanto me ajudou, sofreu e vibrou comigo, dividiu os problemas e multiplicou as alegrias. Espero que essa parceria seja para vida toda, eterna enquanto dure e que se um dia terminar, seja como começou, com muito amor!

À minha família toda, que sempre torceu por mim, tios, tias, primos (a) e vovó, estiveram do meu lado sempre que foi necessário. Vocês são os tijolinhos que fortificam os meus pilares da vida.

Não poderia aqui deixar de falar dos meus companheiros de guerra, aqueles que sempre estavam comigo e que formou a parceria do primeiro ao último momento. Obrigada pelos momentos de estudos, pela força nas horas difíceis e pelas gargalhadas diárias que sentirei enormes saudades. Aos meus amigos de infância que ganhei na Universidade: Arthur Bezerra, Allana Bruna, Luciana Batista, Natania Severo, Nayr Simoes e Vanessa Pinto meu eterno obrigada, foi um prazer conhecê-los e dividir momentos tão especiais como os que vivemos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço ao criador de tudo e de todos, aquele que fez o céu e a terra, ao Deus pai todo poderoso que me abençoou e me deu a oportunidade de estar realizando o meu maior sonho. Obrigada, Pai, e que meus planos continuem a coincidir com os seus.

A meu pai e minha mãe que não mediram esforços para que eu vencesse todos os obstáculos para chegar até aqui, assim como meu namorado por também sempre estar ao meu lado durante todo esse período.

Quero aqui agradecer à Andrezza Duarte Farias por ser mais do que minha orientadora, a minha inspiração profissional, almejo um dia ser uma farmacêutica tão dedicada, inteligente e vencedora. Meu eterno agradecimento por entrar comigo nessa empreitada, pela paciência, pelo conhecimento e, principalmente, pela atenção, dedicação e respeito, pois sem sua ajuda este trabalho não seria possível. Aos professores que formam a banca, professora Ana Emília Formiga e ao professor Rodrigo dos Santos Diniz que muito me ajudou na elaboração desse trabalho, sempre atencioso e um profissional acima da média sua reponsabilidade e dedicação são inspiradores para os futuros profissionais.

Quero aqui agradecer a todos os meus professores, a começar pelo Ensino Fundamental na Escola Olavo Bilac aos do Ensino Médio da Escola Normal Geo, sem os quais eu não teria chegado até aqui. Também aos meus mestres da universidade meu muito obrigado. Levarei um pouco de cada um para meu crescimento profissional e sinto muito orgulho dos professores que tive, pois todos, sem exceção, mostraram total competência para realizar aquilo a que se propuseram: a arte de educar! Em especial agradeço aos professores Wellington Adriano e Igara Oliveira pela oportunidade extracurricular. Muito obrigada pela confiança.

Agradeço às minhas companheiras de morada, com as quais convivi um pouco mais de cinco anos. Obrigada pela cumplicidade Izabela Andrade, Raynusce Soraya, e Thatiany Sousa, com vocês vivi momentos ímpares que não tenho palavras para descrevê-los, obrigada por tudo meninas!

Às mulheres que aceitaram participar das entrevistas, que foram o carro chefe para realizar esse trabalho.

Não posso esquecer-me de agradecer á Universidade Federal de Campina Grande por abrir as portas para que eu pudesse realizar este sonho

E, enfim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para que eu conseguisse meu objetivo, que não é o final, mas sim um novo começo. Muito obrigada!

“É muito melhor lançar-se em busca de conquistas grandiosas, mesmo expondo-se ao fracasso, do que alinhar-se com pobres de espírito, que nem gozam muito nem sofrem muito, porque vivem numa penumbra cinzenta, onde não conhecem nem vitória, nem derrota.”

Theodore Roosevelt

RESUMO

O uso adequado dos Anticoncepcionais Orais (ACO) é fator primordial para que desempenhem sua efetividade e o conhecimento das usuárias é fundamental para adequação do uso. Esse estudo objetivou descrever a utilização de ACO, as dificuldades e possíveis reações adversas relacionadas ao uso. O estudo do tipo descritivo, exploratório e transversal, com uma abordagem quantitativa e qualitativa foi realizado na cidade de São José do Sabugi – PB, no ano de 2014, através de entrevista realizada com 152 mulheres. Foram utilizados questionários semiestruturados e análise estatística através do *software* Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Das entrevistadas, 44,5% tinha entre 26 a 35 anos, ensino médio completo (55,5%) e em união estável (61,40%). As apresentações comerciais mais citadas foram Microvlar®, Ciclofemme®, e Ciclo 21®, que somaram 76,9%. Foram citadas várias formas de uso dos ACO e 44,5% das entrevistadas disseram que usavam o ACO de maneira diferente da encontrada na literatura. A maioria das entrevistadas (67,7%) confirmou que receberam orientação quando adquiriram os medicamentos, porém dessas, 38,1 % citaram como fontes de informações pessoas leigas e internet. A forma errada de uso e as orientações recebidas podem justificar que 70,3% das mulheres engravidaram sem planejamento. Foi relatado que 96,1% já esqueceram de tomar o ACO. 60% afirmaram sofrer com efeitos adversos dos ACO, sendo dor de cabeça contínua (23,2%) e aumento de peso (21,5%). E 41,9% das mulheres gostariam de mudar o método anticoncepcional. A partir desses resultados percebeu-se a necessidade de melhorar as informações sobre os ACOs para evitar os problemas decorrentes do uso incorreto.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Farmacoepidemiologia. Anticoncepcionais orais

ABSTRACT

The proper use of oral contraceptives (OC) is a key factor for performing their effectiveness and knowledge of users is essential to ensure adequate use. This study aimed to describe the use of ACO, difficulties and possible adverse reactions related to the use. The study of descriptive, exploratory, cross-sectional with a quantitative and qualitative approach was conducted in the São José do Sabugi city - PB, in 2014, through an interview with 152 women. Semi-structured questionnaires were used and statistical analysis using the Statistical Package for Social Sciences software (SPSS). Of the interviewees, 44.5% had between 26 to 35 years, completed high school (55.5%) and in stable relationships (61.40%). The most cited business presentations were Microvlar®, Ciclofemme®, and Cycle 21®, which amounted to 76.9%. Various forms of use of ACO were cited and 44.5% of respondents said they used the way of ACO different from that found in the literature. The majority of respondents (67.7%) confirmed that received guidance when acquired medicines, but these, 38.1% cited as sources of information and internet lay people. The wrong way to use and the guidance received may justify that 70.3% of women become pregnant without planning. It was reported that 96.1% have forgotten to take the ACO. 60% said they suffer from adverse effects of ACO, with continuous headache (23.2%) and weight gain (21.5%). And 41.9% of women would like to change the contraceptive method. From these results we realized the need to improve information on OCs to avoid the problems resulting from the incorrect use.

Keywords: Pharmaceutical Services. Pharmacoepidemiology. Contraceptive oral.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Taxa de fecundidade total por regiões do Brasil, 1940 a 2010.....	24
---	----

LISTA DE SIGLAS E SIMBOLOS

ACO- Anticoncepcional oral

CHC- Contracepção hormonal combinada

MAC- Método anticoncepcional

N- Frequência

PAISM- Programa de assistência integral a saúde da mulher

PB- Paraíba

PF- Planejamento familiar

PNAISM- Política nacional de assistência integral á saúde da mulher

PNDS- Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher

UFMG- Universidade Federal de Campina Grande

%- Porcentagem

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição segundo idade, escolaridade e estado civil das mulheres entrevistadas em São José do Sabugi – PB, 2014.	23
Tabela 2 - Taxa de fecundidade total por regiões do Brasil, 1940 a 2010.	24
Tabela 3 - Anticoncepcionais citados pelas entrevistadas.	25
Tabela 4 - Tempo de uso e tempo de troca do ACO.	27
Tabela 5 - Problemas relatados pelas mulheres após o uso de ACO.	29
Tabela 6 - Lista de Medicamentos usados pelas mulheres entrevistadas.	30

Sumário

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	16
2.1.OBJETIVO GERAL.....	16
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 PLANEJAMENTO FAMILIAR	17
3.2 MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS E ANTICONCEPCIONAIS ORAIS	19
3.3 USO RACIONAL DOS ANTICONCEPCIONAIS ORAIS	20
4. MATERIAL E MÉTODOS	22
4.1 TIPO DE ESTUDO	22
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	22
4.3 AMOSTRA ESTUDADA	22
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	23
4.5 COLETA DE DADOS	23
4.6 ANÁLISE DE DADOS	23
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	23
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
6. CONCLUSÕES	34
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE A	38
APÊNDICE B.....	40

1. INTRODUÇÃO

Desde os anos sessenta, as mulheres brasileiras vinham processando a ruptura com o clássico e exclusivo papel social que lhes era atribuído pela maternidade. Controlar a fecundidade e praticar a anticoncepção passaram a ser aspirações das mulheres, assim como a vivência plena da sexualidade, desvinculando a maternidade do desejo e da vida sexual. (MARCOLINO et al, 2001). Com a evolução da indústria farmacêutica, veio a descoberta e o uso de meios para evitar a concepção. A mulher, então, passou a poder decidir sobre seus planos familiares e conciliá-los com os planos profissionais. (GALATO et al , 2012).

O Ministério da Saúde criou em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que indicava o Estado como provedor de meio e informação para que todos os brasileiros pudessem planejar suas famílias. Em 1988, a Constituição Brasileira contemplou a saúde como direito do cidadão e o livre-arbítrio do planejamento familiar, competindo ao Estado a responsabilidade de prover recursos para o exercício desses direitos (TAVARES et al, 2007). Em 1996, foi homologada a Lei Nº. 9.263 quando determinou-se que o planejamento familiar está embasado no exercício da paternidade responsável e no direito de livre escolha consciente por parte do casal ao método contraceptivo que melhor lhe convier (COSTA et al, 2006). Tal conquista se mantém na atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) como aspecto para reduzir a mortalidade materna e perinatal por causas preveníveis e evitáveis, além de fomentar a implementação de ações que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres (SILVA et al, 2011).

O uso de Anticoncepcionais Orais Combinados (ACO) é crescente no Brasil. Dados da última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006, revelaram que 24,7% das mulheres em união usavam o ACO como Método Anticoncepcional (MAC). Isso representa aumento de 4,0% em relação à porcentagem encontrada na PNDS de 1996, quando a porcentagem de uso do método entre mulheres unidas foi de 20,7%. (TAVARES et al, 2007).

Segundo Américo (2011), o fator “modo de uso” é um determinante para a continuidade e eficácia do tratamento, e o consumo pode estar ocorrendo de modo incorreto e inseguro pelas mulheres. Estima-se taxa de falha de oito gravidezes para 100

usuárias a cada ano, quando se considera o uso típico. Todavia, se não houver erros no uso, menos de uma gravidez poderá ocorrer para 100 mulheres/ano (FERREIRA, 2009).

Considerando a melhor tolerabilidade, o ACO apresenta-se como a primeira escolha, sendo o mais disponibilizado no Sistema Único de Saúde (SUS) e o mais utilizado (CARLOTTO et al, 2008). Assim, o presente estudo pretende caracterizar as mulheres que usam os ACO, além de conhecer as características de utilização pelas mesmas e os relatos de possíveis efeitos colaterais e complicações.

2. OBJETIVOS

2.1.OBJETIVO GERAL

Descrever a utilização de anticoncepcionais orais por mulheres na cidade de São José do Sabugi, PB.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características socioeconômicas das mulheres que utilizam ACO;
- Verificar os anticoncepcionais orais mais utilizados;
- Identificar o modo e possíveis dificuldades de utilização de ACO;
- Conhecer possíveis reações adversas relatadas pelas mulheres.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 PLANEJAMENTO FAMILIAR

Por Planejamento Familiar (PF) entende-se “o ato consciente de planejar o nascimento dos filhos, tanto em relação ao número desejado, quanto à ocasião mais apropriada de tê-los”. É o direito à informação, à assistência especializada e acesso aos recursos que permitem optar livremente (PIERRE et al, 2010). Um bom método anticoncepcional é aquele que oferece segurança (protegendo a mulher de uma gravidez e não apresentando riscos à saúde) e que estão de acordo com os conceitos éticos, morais e religiosos do casal (DUARTE et al, 2011).

Historicamente, no início do século XX, o Planejamento Familiar surgiu através do interesse de empresas privadas que copiavam os países desenvolvidos, antes disso as políticas nacionais voltadas à saúde da mulher enfocavam a saúde materno-infantil, destacando os cuidados com a gravidez, o parto e o puerpério (OSIS et al, 2006). A mulher era vista, basicamente, no aspecto biológico da procriação, como mãe e “dona de casa”. Apenas em 1985, com a implantação do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) que o Estado passou a intervir nessa área do cuidado de forma integral e equânime, incorporando um conjunto de ações educativas, preventivas, de diagnóstico precoce, tratamento e/ou recuperação, em que a mulher adquirisse conhecimento para exercer maior controle sobre sua saúde (COELHO et al, 2000) .

De acordo com a Lei Nº. 9.263 de 12 de janeiro de 1996, o Planejamento Familiar é direito de todo cidadão e está embasado no exercício da paternidade responsável, e no direito de livre escolha consciente por parte do casal ao método contraceptivo que melhor lhe convier (SANTANA et al, 2010). Nesse sentido, o programa de Planejamento Familiar tem como objetivo ampliar o acesso das mulheres, homens e casais às informações sobre os métodos anticoncepcionais e a técnica de utilização dos mesmos, além de prevenir a gravidez indesejada e os abortamentos que levam muitas mulheres ao processo de adoecimento, resultando em tratamentos de alto custo, causando com isto um impacto na economia do País (PIERRE et al, 2010).

O PF consiste em um conjunto de ações pelas quais são oferecidos recursos para auxiliar a concepção e a anticoncepção, conforme a escolha da (o) usuária (o) e/ou casal. Para serem indicados aos usuários do serviço, esses recursos devem ser

cientificamente aceitos, não por em risco a saúde e a vida das pessoas que fazem uso e serem ofertados em variedade e quantidade satisfatórias para garantir o direito de livre escolha (HEILBORN et al, 2009). Na prática, o atendimento de mulheres, homens e/ou casais no PF não é realizado da forma correta, pois deve ser marcado por ações educativas, nas quais os pacientes tenham oportunidade de conhecer os métodos anticoncepcionais e optar por aquele que julgar melhor às suas condições socioeconômicas, culturais e de saúde (PIERRE et al, 2010). Vale ressaltar que o Planejamento Familiar não deve está focado apenas nos aspectos da anticoncepção ou do controle da fecundidade, mas também nas prevenções de doenças sexualmente transmissíveis e riscos à vida da mulher ou do futuro concepto (MOURA et al, 2006).

Os argumentos apresentados para a implantação do Planejamento Familiar no Brasil vão ao encontro das necessidades da população, tanto individuais quanto coletivas, apontando para a solução de problema crônicos de saúde, como mortalidade infantil e outros, que deixam vulneráveis tanto os indivíduos quanto os serviços de saúde. No entanto, o que realmente ocorre em relação ao planejamento familiar é a distribuição indiscriminada da pílula anticoncepcional e o aumento crescente da laqueadura (COELHO et al 2000).

Percebe-se nas mulheres que fazem uso de contraceptivos orais, que ao receber o medicamento, muitas vezes necessitam de um acompanhamento, haja vista, que a aquisição do contraceptivo e a informação oferecida à mulher nem sempre são suficientes e elas recorrem a pessoas leigas. Portanto, o PF é fundamental para haver uma atividade educacional com as usuárias, e com isso um tratamento correto e eficaz. (MOURA et al, 2006).

Para que os profissionais de saúde participem de forma ativa do PF é necessário haver interação direta com as usuárias de ACO. Em relação ao farmacêutico profissional conhecedor da farmacologia, deve usar seus conhecimentos a favor das usuárias de forma a transmiti-los em forma de orientação. Esse é um elemento essencial para a qualidade de atenção em planejamento familiar, pois constitui-se como um processo que auxilia clientes a tomarem decisões voluntárias e informadas sobre a escolha do método anticoncepcional (OSIS et al, 2006).

Os conceitos de orientação e de educação em planejamento familiar diferenciam-se na medida em que a ação educativa, realizada em pequenos grupos e usando metodologia participativa, tem como objetivo preparar e dar elementos para que as pessoas tenham uma opinião formada sobre seus direitos sexuais e reprodutivos e,

principalmente, sobre as diferentes opções anticoncepcionais, de maneira que sejam capazes de realizar uma escolha livre e informada (MOURA et al, 2006).

3.2 MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS E ANTICONCEPCIONAIS ORAIS

A história dos anticoncepcionais hormonais teve início em 1926 com o uso de hormônios ovarianos e placentários para regular a fertilidade em homens e animais. Desde então, estudos foram realizados para este propósito até a descoberta de um método que favorecesse a anovulação, onde se descobriu que este Método Anticoncepcional (MAC) deveria ser combinado e conter associação de progestógenos e estrogênio (AMÉRICO, 2010). Adiante, no início dos anos 60, nos Estados Unidos, a pílula foi comercializada com grande aceitação, pois a população feminina tornou-se independente para o mercado de trabalho, podendo planejar com segurança a sua família. As pílulas combinadas são usadas há mais de quatro décadas em todo o mundo (AMÉRICO et al, 2013).

Estudos mostram que, cada vez mais, o início da atividade sexual dá-se na adolescência, devido a exposição às influências urbanas e às mudanças dos valores tradicionais. No Brasil, a prevalência de uso dos métodos anticoncepcionais é alta, porém concentrada na esterilização tubária (laqueadura) e na pílula anticoncepcional, utilizadas por 40% e 21% das mulheres, respectivamente (TAVARES et al, 2007).

A escolha do método anticoncepcional (MAC) deve ser livre e bem informada. É importante procurar um serviço de saúde para receber informações sobre os métodos anticoncepcionais disponíveis e para obter o método escolhido. Não existe um método melhor do que outro cada um tem suas vantagens e desvantagens, assim como também não existe um método que seja 100% eficaz, todos tem sua probabilidade de falha (CARRENO et al, 2006). O MAC mais utilizado no Brasil é o Anticoncepcional Oral (ACO), e vários fatores podem justificar esse índice, como o baixo custo para aquisição principalmente após o programa “Aqui Tem Farmácia Popular”, além da fácil forma de uso (BAHAMONDES et al 2011).

Em termos de composição, a Contracepção hormonal combinada (CHC) é o método contraceptivo que contém uma associação de estrogênios e progestativos, e essa combinação varia de acordo com as necessidades individuais, o que justifica os numerosos tipos de ACO no mercado. Assim, as mulheres podem optar por novos

compostos de contracepção hormonal combinada, que diferem entre si em termos de tipos e dosagem dos hormonais, via de administração, intervalo livre e duração do ciclo. Existem diferenças de composição no nível dos estrogénios, mas sobre tudo no nível dos progestativos, que poderão tornar determinado composto mais adequado para cada caso em particular (BRASIL, 2011).

Os ACO podem ser combinados (estrógenos + progestógenos), mono, bi e trifásicos, e ainda só conter progestógenos (minipílulas). As combinações são ditas monofásicas quando há as mesmas concentrações de estrógenos e progestógenos em todos os comprimidos da cartela. Preparações bi e trifásicas contêm duas ou três variações na concentração dos comprimidos, ao longo de 21 dias de uso. Os trifásicos não apresentam nenhuma vantagem em relação aos monofásicos. (BRASIL, 2011).

Não há vantagens em interromper periodicamente a CHC. Esta prática não diminui os baixos riscos associados à sua utilização, não tem impacto na fertilidade futura da mulher e aumenta a probabilidade de uma gravidez indesejada. A CHC pode ser utilizada desde a menarca até aos 50 anos de idade, desde que respeitados os critérios de elegibilidade (PRADO et al, 2011).

A escolha do contraceptivo deve funcionar numa base individual, levando-se em consideração o conselho do médico e as preferências da mulher que vai utiliza-lo. Adicionalmente, atender igualmente às recomendações específicas de alguns CHC como, por exemplo, no tratamento do hiperandrogenismo, síndrome pré-menstrual e hemorragias disfuncionais (SANTANA et al, 2010).

Frequentemente, as pílulas são usadas por 21 dias, iniciando a primeira cartela no primeiro ou até o quinto dia da menstruação. Após o término da cartela, faz-se uma pausa de sete dias para permitir a hemorragia por supressão que imita o ciclo menstrual normal, após a pausa de sete dias inicia-se uma nova cartela. (EVANGELISTA et al, 2014). A versão de 28 pílulas possui sete comprimidos placebos para os últimos sete dias do ciclo, de forma que a usuária toma uma pílula por dia e inicia uma nova cartela assim que a primeira cartela é concluída. Nas formulações que possuem apenas o progestógenos (minipílula), as mesmas são tomadas diariamente sem interrupção. Há ainda as cartelas que contem 22 comprimidos, neste caso, o período do intervalo é de apenas seis dias (AMÉRICO, 2010).

3.3 USO RACIONAL DOS ANTICONCEPCIONAIS ORAIS

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o uso racional de medicamentos acontece quando pacientes recebem medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em doses adequadas as suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade (WANNMACHER, 2003).

Os anticoncepcionais orais (ACO) têm sido objeto de contínua investigação. A eficácia e a continuidade de uso, verificadas em ensaios clínicos controlados, costumam ser maiores que as observadas na prática diária. Isso se deve ao fato de que esses estudos se processam em locais escolhidos, com pacientes selecionadas e em condições de vigilância rigorosas. A eficácia da contracepção (resultado obtido quando o uso ocorre em condições ideais) e sua efetividade (resultado do uso corrente, tanto correto como incorreto) apresentam números bem diferentes, onde são calculados por meio do índice de Pearl, correspondente ao número de gestação (falha) ocorrido em 100 mulheres que utilizaram sistematicamente o método durante o ano (SANTANA, 2010).

Muitas mulheres não vão ao médico para a indicação do medicamento, isso acontece devido à facilidade com que as mulheres adquirem o anticoncepcional sem receita, e a partir daí começa o uso sem nenhuma orientação, o que pode ter como consequências efeitos adversos potencializados, abandono da farmacoterapia e até a gravidez indesejada (BAHAMONDES et al, 2011).

Usuárias de ACO devem ser acompanhadas após os três primeiros meses de uso e, subsequentemente, a cada 6-12 meses, na busca de efeitos adversos menores, controle de pressão arterial e peso. As pacientes devem ser alertadas para sinais e sintomas de efeitos adversos maiores, quando se faz necessário atendimento médico imediato. Em cada consulta, deve ser reforçada a adesão da paciente ao tratamento (EVANGELISTA et al, 2014).

Portanto, para que o uso seja adequado é necessária a atuação dos profissionais de saúde na orientação com as pacientes e assim colocar em prática o uso racional dos ACO, sempre ressaltando a importância de tomar no mesmo horário e fazer as pausas corretas, conforme a composição escolhida. Se as mulheres não forem devidamente orientadas, não poderão saber a forma correta de uso e a importância desse uso (GALATO, 2012).

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Esse estudo é do tipo descritivo exploratório e transversal, com uma abordagem quantitativa e qualitativa. É descritivo porque objetiva conhecer a exata descrição de certa característica de uma população e exploratório pois explicita e proporciona maior entendimento de um determinado problema, que trata-se da forma que as mulheres usam os anticoncepcionais orais (GRACIOLI, 2012).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O trabalho foi realizado na cidade de São José do Sabugi, Paraíba, localizada na região do Seridó Ocidental e integrante da região metropolitana de Patos. De acordo com o censo realizado pelo IBGE (2010) sua população é de 4.010 habitantes, sendo 1030 mulheres em idade fértil de 15 a 49 anos. A cidade possui quatro estabelecimentos de saúde: três na zona urbana, dois postos de saúde da família PSF I PSF II, uma maternidade (Mãe Vanil), e um na zona rural, mais um posto de atenção básica: o PSF III.

4.3 AMOSTRA ESTUDADA

A pesquisa foi realizada através de entrevistas com mulheres que afirmaram utilizar ACO e residiam na zona urbana de São José do Sabugi. Para cálculo da amostra, utilizou-se a seguinte fórmula considerando um intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 2%.

$$n = \frac{N}{(E/Z\sigma)^2 (N-1) + 1}$$

Fórmula 1: Equação Epidemiológica para cálculo do número da amostra.

Onde:

N = 1030 (número de mulheres em idade fértil)

E = 0,1453 (Margem de erro)

σ = 1,00 (Desvio padrão)

$Z = 1,96$ (Valor tabelado da distribuição normal para 95% de intervalo de confiança)

Dessa forma, foi necessária uma amostra de 152 usuárias.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídas na pesquisa as mulheres em idade fértil e maior de idade (de 18 a 50 anos), que faziam uso de algum anticoncepcional oral e que residissem na cidade de São José do Sabugi- PB.

4.5 COLETA DE DADOS

Foi realizada uma pesquisa de campo nos meses de dezembro de 2014 e janeiro de 2015. As mulheres foram abordadas de forma aleatória nas ruas da cidade. Foi utilizado um questionário semi-estruturado (apêndice A) composto por questões objetivas e discursivas, o qual foi respondido pelas usuárias de ACO, após uma explicação sobre a finalidade da pesquisa.

O instrumento de coleta de apresentou como variáveis: características socioeconômicas (sexo, idade, estado civil e grau de escolaridade) e características de utilização do ACO (forma de uso, o medicamento que faz uso, possíveis problemas relacionados ao uso, a forma de aquisição, as informações fornecidas na aquisição e o uso concomitante com outros medicamentos).

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Foi realizada uma análise descritiva das variáveis estudadas, caracterizando de forma quantitativa e qualitativa as informações extraídas dos questionários. Os dados quantitativos foram analisados através do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 13.0 e as informações qualitativas serão apresentadas conforme as respostas das participantes da pesquisa.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com os aspectos éticos vigentes, o estudo encontra-se em consonância com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata das pesquisas envolvendo seres humanos. A todas as participantes da pesquisa foram fornecidas orientações a respeito do estudo, incluindo seu aspecto voluntário da participação e o sigilo das informações prestadas. As mulheres que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) em duas vias.

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos e está aguardando aprovação.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi realizado com 152 mulheres em idade fértil de 18 a 50 anos, residentes na zona urbana, sendo a maioria entre 26 a 35 anos (44,5%), com ensino médio completo (55,5%) e em união estável (61,40%) (tabela 1).

Analisando o perfil dessas mulheres, notou-se um grau de escolaridade em que a maioria das mulheres está entre o ensino fundamental ao ensino médio, índice semelhante ao encontrado em estudo desenvolvido no Ceará (AMÉRICO, 2010).

Em outro estudo de Américo e colaboradores (2010), o nível de escolaridade influencia nas orientações recebidas sobre o uso de contraceptivos, uma vez que, quem frequentou ou ainda frequenta a escola é mais esclarecida e tem mais possibilidade de receber informações vindas de fontes confiáveis. Foi verificado ainda que a maioria das mais jovens são as que ainda estudavam e portanto procuravam se informar melhor sobre o uso correto.

Tabela 1: Distribuição segundo idade, escolaridade, estado civil e número de filhos das mulheres entrevistadas em São José do Sabugi – PB, 2014.

VARIÁVEL	N	%
Idade		
18-25	37	25,8%
26-35	69	44,5%
36-50	46	29,7%
TOTAL	152	100%
Escolaridade		
Não Alfabetizado	4	2,6%
Fundamental Completo	36	23,1%
Ensino Médio Incompleto	4	2,6%
Ensino Médio Completo	83	55,5%
Ensino Superior Incompleto	6	3,9%
Ensino Superior Completo	19	12,3%
TOTAL	152	100%
Estado civil		
Solteira	16	10,32%
Casada	43	28,28%
União Estável	93	61,40%
TOTAL	152	100%
Quantidade de filhos		
0	11	7,9%
1	70	45,2%
2	53	35,2%

3	10	6,5%
4	8	5,2%
TOTAL	152	100%

Fonte: Dados obtidos na pesquisa, 2014.

Do total das mulheres entrevistadas a quantidade de filhos foi de 1 até 4, sendo que 80,4% tinham de 1 a 2 filhos, semelhante ao estudo de Ferreira (2009), em que a transformação do perfil feminino com o advento dos Métodos Anticoncepcionais proporcionaram à mulher o direito de escolher quando e quantos filhos ter.

Trabalho realizado em Belo Horizonte, MG, mostrou a visão feminina e masculina sobre o planejamento familiar, em que as mulheres antes não tinham o direito de escolha, os filhos não eram planejados, e isso atrapalhava os planos pessoais e profissionais, porém com o passar dos anos e a popularidade dos métodos anticoncepcionais as mulheres começaram a planejar o momento de ser mãe, o que proporcionou tranquilidade financeira (MARCOLINO, 2001). O mais recente censo demográfico do IBGE (2010) comprova essa mudança de perfil, no qual as mulheres começaram a se preocupar com um planejamento familiar, o que refletiu em uma diminuição na taxa de fecundidade em todo o Brasil (tabela 2).

Quadro 1: Taxa de fecundidade total por regiões do Brasil, 1940 a 2010.

Grandes Regiões	Taxa de fecundidade total							
	1940	1950	1960	1970	1980	1991	2000	2010
Brasil	6,16	6,21	6,28	5,76	4,35	2,89	2,38	1,90
Norte	7,17	7,97	8,56	8,15	6,45	4,20	3,16	2,47
Nordeste	7,15	7,50	7,39	7,53	6,13	3,75	2,69	2,06
Sudeste	5,69	5,45	6,34	4,56	3,45	2,36	2,10	1,70
Sul	5,65	5,70	5,89	5,42	3,63	2,51	2,24	1,78
Centro-Oeste	6,36	6,86	6,74	6,42	4,51	2,69	2,25	1,92

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/2010.

Quando questionadas sobre o motivo do uso dos ACO, 86,5% das mulheres responderam que usavam para evitar gravidez não planejada, 5,2% usavam para melhorar o aspecto da pele, controle do fluxo sanguíneo e número de filhos, 4,5% para evitar doenças ovariana, e 3,8% restante para tratamento de cistos e controle do fluxo menstrual. Segundo Rang & Dale (2011), dentre os efeitos benéficos do uso dos ACO estão o controle do fluxo menstrual, evitar problemas no útero como a fibrose uterina e cistos funcionais, e quanto ao melhoramento do aspecto da pele, não há nada comprovado. Porém, estudos feitos apontam que com o uso de ACO pode ocorrer

mudanças na pele, podendo ocorrer um melhoramento ou o contrário (PRADO, 2011). Além desses benefícios, o uso de ACO está relacionado com diminuição da hiperplasia e neoplasia endometriais, dos sintomas da tensão pré-menstrual e de doença inflamatória pélvica (WANNMACHER, 2003).

Com relação às apresentações comerciais utilizadas, foram citados 09 diferentes medicamentos (Tabela 2):

Tabela 2: Anticoncepcionais citados pelas entrevistadas

Anticoncepcional oral	N	%
Microvlar® (Levonorgestrel 0,15 mg + Etinilestradiol 0,03 mg).	45	29,2%
Ciclofemme® (Levonorgestrel 0,15 mg +Etinilestradiol 0,03 mg).	40	26,3%
Ciclo 21 (Levonorgestrel 0,15 mg +Etinilestradiol 0,03 mg).	31	21,4%
Selene (Etinilestradiol 0,035 e 2 mg de Acetato de Ciproterona	14	9,0%
Femina (150 mcg Desogestrel +Etinilestradiol 20mcg)	7	4,5%
Nociclin (Levonorgestrel 0,15 mg +Etinilestradiol 0,03 mg).	6	3,9%
Concepnor (Levonorgestrel 0,15 mg +Etinilestradiol 0,03 mg).	5	3,2%
Yasmin (3 mg de Drospirenona + 0,03 mg de Etinilestradiol)	2	1,3%
Hora h (Levonorgestrel 1,5 mg)	1	0,6%
Level (Levonorgestrel 0,100 mg + Etinilestradiol 0,020 mg)	1	0,6%
TOTAL	152	100%

Fonte: Dados obtidos na pesquisa, 2014.

Os percentuais para cada apresentação comercial pode ser explicado devido os mais usados serem os ACO pertencentes à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME, 2013), estarem na lista dos medicamentos disponíveis da Farmácia Popular e, assim, serem mais acessíveis à população. Não foram encontrados estudos que mostrem quais os principais ACO usados na região nordeste, porém em nível nacional foi feito um estudo pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul que relatou os nomes comerciais dos ACO mais usados no Brasil, entre os quais yasmin®, microvlar®, femina® e level®, encontrados no presente estudo.

Foram descritas seis diferentes formas de uso dos ACO, apesar dos citados apresentarem mesmo modo de utilização quando do início da nova cartela em relação aos dias da cartela terminada. Sete dias depois do término da cartela foi à forma de uso mais citada (55,5%), sendo o modo de uso correto segundo Rang & Dale (2011), onde as pílulas combinadas devem ser tomadas por 21 dias consecutivos, seguidos de 7 dias sem pílula, o que causará sangramento, após esses 7 dias deve-se começar uma nova cartela. Porém, as demais mulheres não seguiam essa forma de uso: 25,2% afirmaram

que usam cinco dias depois do término da menstruação, 14,8% declararam que tomavam o comprimido no primeiro dia da menstruação, independentemente de que dia seja; 3,2% tomavam o comprimido seis dias depois da menstruação, outros 0,6% citaram que tomavam no quarto dia de pausa, sem necessariamente esperar a menstruação. Essa problemática também foi encontrada no estudo de Espejo e colaboradores (2003), em que a maioria das usuárias (52,4%) citou uma forma incorreta de uso dos ACO.

Uma das entrevistadas afirmou usar o anticoncepcional de emergência (ACE) de três a cinco vezes por semana após o ato sexual. Segundo ela o ACE é mais “potente” do que os ACO, pois este é necessário tomar todos os dias, e aquele só quando faz o ato sexual, evitando o esquecimento que ela afirma acontecer frequente com o uso dos ACO e que foi a causa da sua primeira gravidez. Efeitos colaterais comuns podem ocorrer no uso da contracepção de emergência como náusea, enjoo, vômito e dor de cabeça menos frequentemente sensibilidade nos seios, sangramento irregular, menstruação adiantada ou atrasada alguns dias, cefaleia ou tontura, os quais podem intensificar ainda mais com o uso contínuo desse medicamento (RANG & DALE, 2011). É importante enfatizar que o uso contínuo de anticoncepcional de emergência diminuem sua efetividade e que não se devem comparar índices de falha da contracepção de emergência com os de métodos contraceptivos regulares, uma vez que o cálculo de sua eficácia tem por base o uso único, enquanto a eficácia de outros métodos é estabelecida pelo uso em um ano inteiro (BASTO, 2008).

Com relação ao recebimento de orientação sobre a forma de uso e a fonte dessa informação, 67,7% confirmaram que receberam orientação quando adquiriram os ACO. Dessas, 23,8% receberam informações de um enfermeiro (a), 23,3% de amigas, 14,8% pesquisaram as orientações na internet e apenas 5,8% receberam orientação de médico (a). Atenta-se para o fato de que nenhuma entrevistada afirmou ter recebido orientação de um farmacêutico, o que pode ser justificado pela falta desse profissional na cidade, seja nas drogarias ou farmácias públicas.

Esse problema de orientação por leigos também pode ser explicada pela prática da automedicação, pois apesar dos ACO serem medicamentos que necessitem de apresentação da receita para sua compra, não há cumprimento da legislação havendo aquisição sem a receita e conseqüentemente sem orientação de um profissional de saúde. Em Vassouras, RJ, Silva (2005) observou que os ACO estão entre as classes de medicamentos mais presentes na prática da automedicação e que esta cresce cada vez

mais com o advento da tecnologia, tendo em vista que as pessoas deixam de procurar por uma orientação médica e confiam em informações expostas em páginas da internet. Para Santana (2010) quando não se tem uma orientação adequada o risco do uso incorreto é maior. Muitas mulheres começam o uso de ACO sem orientação de um profissional de saúde e apenas realizam alguma consulta quando surge algum desconforto ou quando ocorre o agravamento de algum fator de risco preexistente desconhecido

Porém, para contornar esse problema, não só as mulheres precisam procurar um profissional de saúde, como esse deve estar bem capacitado para orientar adequadamente. De acordo com Pierre (2010) muitas vezes os profissionais de saúde não ajudam ou orientam de forma correta, por não buscar informação adequada ou não atualizar seus conhecimentos.

O mau uso pode ser uma das explicações para a descontinuação do uso dos ACO e uma das principais causa de gravidez não planejada. A não aderência ao método contraceptivo e a observância no esquema da ingestão é dependente da motivação da mulher, mas também depende, principalmente, da orientação recebida do médico no momento da prescrição (BAHAMONDES, 2011). O resultado do mau uso e da falta de orientação pode explicar o alto índice de gravidez não planejada, confirmada por 70,3% das entrevistadas.

Santana (2010) ressalta que existe uma diferença entre a eficácia e a efetividade dos ACO, pois as mulheres os utilizam de maneira diferente da qual foram testados, ocorrendo assim um maior número de gravidez não planejada.

O tempo de uso dos ACO apresentou-se prolongado, estendendo-se de 1 a 19 anos. Porém, 94,2% afirmaram que já trocaram o ACO e o tempo de troca citado pelas entrevistadas variou de 1 a 10 anos depois de uso do mesmo ACO (tabela 3).

Tabela 3: Tempo de uso e tempo de troca do ACO.

VARIAVEL	N	%
Tempo de Uso do ACO		
1-5 anos	66	43,43%
6-10 anos	35	22,58%
11-15 anos	43	27,74%
16-19 anos	8	6,16%

TOTAL	152	100%
Tempo de Troca do ACO		
1-2 anos	50	32,28%
3-4 anos	35	22,58%
5-6 anos	24	15,48%
7-8 anos	23	16,77%
9-10 anos	11	7,09%
Não trocou de ACO	9	5,80%
TOTAL	152	100%

Fonte: Dados obtidos na pesquisa, 2014.

Em estudo que avaliou o conhecimento das usuárias de ACO no Ceará (AMERICO et al, 2010) foi relatado que a forma de uso do novo ACO continuava normal sem nenhuma preocupação adicional devido a troca do ACO, não usava outro método contraceptivo e não havia conhecimento desse cuidado extra quanto da troca do ACO. Quando se troca o ACO não se tem a mesma eficácia no primeiro mês, portanto deve se fazer uso de outro método contraceptivo em associação com o novo ACO (BRASIL, 2010). De acordo com um estudo de Costa e Guilhem (2006) sobre planejamento familiar, observou-se que a troca do ACO é um fator importante que pode levar a gravidez não planejada, pois as usuárias não eram orientadas a fazer uso de outro método anticonceptivo no primeiro mês da troca.

Das entrevistadas, 96,1% afirmaram já ter esquecido de tomar o ACO e dessas, 56,8% relataram que utilizavam o ACO quando lembrava, seja qual for a hora; 20,6% afirmaram que tomavam o restante da cartela normalmente e 18,7% quando lembravam, porém associava com método barreira. Quando se esquece um comprimido pode tomar na hora que lembrar ou não utilizar a esquecida e tomar as restantes no horário normal, porém quando esse esquecimento ocorrer duas ou mais vezes na mesma cartela, é orientado que continue a tomar a cartela, porém com ajuda de outro método contraceptivo, para evitar problemas na efetividade do medicamento (BRASIL, 2013).

Os efeitos adversos e os riscos do uso dos ACO fazem com que muitas usuárias abandonem esse método contraceptivo (HEILBORN, 2009). Quando questionadas sobre o surgimento de algum problema após o uso dos ACO, 60% das mulheres afirmaram positivamente, destacando-se dor de cabeça contínua (23,2%) e aumento de peso (21,5%) (tabela 4).

Tabela 4: Problemas relatados pelas mulheres após o uso de ACO. São José do Sabugi, 2014.

PROBLEMA RELATADO	N	%
Dor de cabeça contínua	36	24,2%
Aumento de peso	33	21,5%
Dor no estômago	5	3,2%
Dor de cabeça e dor no estômago	4	2,6%
Aumento de peso e aparecimento/aumento de acne	3	1,9%
Aumento de pressão arterial	3	1,9%
Dor de cabeça, insônia e ansiedade	3	1,9%
Dor de cabeça e aumento da pressão arterial	2	1,3%
Náuseas e ânsia de vômito	2	1,3%
Aumento de peso e dor de cabeça	1	0,6%
Aumento de peso acompanhado com insônia	1	0,6%
Não relataram aparecimento de problema	59	39%
TOTAL	152	100%

Fonte: Dados obtidos na pesquisa

Segundo Rang & Dale (2011), entre os possíveis efeitos adversos do uso está ganho de peso, retenção de fluido, náuseas, rubor, tontura, depressão, irritabilidade, mudança na pele e amenorreia de duração variável. Santana (2010) observou que 60% das mulheres descontinuaram o uso de ACO em virtude de efeitos adversos semelhantes. Pahim (2006) verificou que as mulheres que usam ACO têm 1,3 mais enxaquecas do que as que não usam.

Sobre o interesse em mudar o método anticoncepcional, 41,9% afirmaram positivamente e citaram outros tipos de métodos anticoncepcionais que poderiam ser usados: 28,4% queriam usar o anticoncepcional injetável, 10,3% prefeririam usar algum método barreira e 3,2% requeriam uma intervenção cirúrgica (Histerectomia ou Laqueadura). Existem fatos que contribuem para que as mulheres mesmo sem aprovar o uso de ACO continuem, como por exemplo, a resistência do parceiro para a utilização do preservativo masculino (CARRENO, 2006). Heilborn (2009) citam o mau uso ou a falta de informação como pontos fundamentais para que as mulheres sintam-se desconfortáveis com o uso dos ACO e conseqüentemente desejem fazer outro método. Além disso, apesar da insatisfação das mulheres com a utilização dos ACO, seu uso é mais simples e não invasivo como as injetáveis ou as cirurgias, e o uso de preservativos (masculino/feminino) não depende apenas das mulheres, sendo necessário que os parceiros se adaptem ao uso (HEILBORN et al, 2009).

Quanto ao uso de outros medicamentos juntamente com o ACO, apenas 21,3% das mulheres usavam outros medicamentos continuamente, sendo o Omeprazol (5,2%) o mais citado (tabela 6).

Tabela 5: Lista de Medicamentos usados continuamente pelas mulheres entrevistadas.

MEDICAMENTO	N	%
Não Usa Medicamento	119	78,7%
Omeprazol	8	5,2%
Ácido Acétil Salicílico	6	3,9%
Captopril + AAS	4	2,6%
Captopril + Hidroclorotiazida	4	2,6%
Captopril	3	1,9%
Metformina	3	1,9%
Hidroclorotiazida	2	1,3%
Sibutramina	2	1,3%
Fluoxetina	1	0,6%
TOTAL	152	100%

Fonte: Dados obtidos na pesquisa, 2014.

De acordo com a literatura, os medicamentos citados não apresentam interações relevantes com os ACO. Porém, segundo o Formulário Terapêutico Nacional (2010) deve se atentar ao uso de Agentes hipoglicemiantes (glibenclamida, insulina, metformina), pois podem aumentar o risco de hipoglicemia. Portanto orienta-se o monitoramento da glicose sanguínea e avaliar redução da dose do hipoglicemiante. Todavia, a informação é indispensável para assegurar às usuárias de contraceptivos orais a maior efetividade dos medicamentos, uma vez que os anticoncepcionais são fármacos sujeitos a sofrer e a exercer influência sempre que associados a outros medicamentos ou substâncias (AMADO et al, 2011).

A prática incorreta de uso do ACO por parte das mulheres as torna vulneráveis à gravidez não planejada, visto que a eficácia do método nessas circunstâncias está comprometida. A gravidez não planejada relacionado com o uso de ACO não é só uma realidade enfrentada por países em desenvolvimento, mas também em países como Vietnã, Reino Unido e Estados Unidos, onde também se evidencia o uso incorreto de

Métodos Anticoncepcionais. Assim, é necessário a implementação de estratégias educativas que engajem indivíduos, e os alertem pelo uso indevido do método. (AMÉRICO et al, 2013)

A partir do estudo, percebeu-se que a necessidade de informação sobre o ACO deve ser proporcionada com maior abrangência. Para tanto, salienta-se que as atividades de orientação individual e coletiva não devem ser pontuais, circunscritas à entrega de cartelas de ACO mensalmente, há de uma forma geral necessidade de maiores investimentos na orientação das mulheres para o uso adequado desses medicamentos.

6. CONCLUSÕES

As entrevistadas tinham em sua maioria até o ensino médio, eram casadas, e estavam em uma faixa etária de 26 a 35 anos. Os ACO mais utilizados pelas entrevistadas em ordem decrescente de frequência foram: Microvlar, Ciclofemme, Ciclo 21, Selene, Femina, Nociclin, Concepnor, Yasmin, Level e Hora H. Foram descritas seis diferentes formas de uso dos ACO, e apenas 55,5% das entrevistadas citaram a forma de uso de acordo com o encontrado na literatura. Grande parte das mulheres (60%) afirmaram que sofrem com efeitos adversos dos ACO e as queixas mais citadas foram dor de cabeça contínua e o aumento de peso.

É necessário que as mulheres procurem as orientações sobre o uso dos ACO e que essa orientação seja realizada por um profissional de saúde devidamente capacitado. Para tanto o farmacêutico é de suma importância para que o Planejamento Familiar saia do papel. Realizar programas e eventos de cunho educativo e assim estreitar a relação do profissional com o paciente, podendo ser uma solução para resolver a problemática apresentada.

REFERÊNCIAS

AMÉRICO, Camila Félix. **Perfil de uso de anticoncepcionais orais combinados de baixa dose e fatores associados**. 2010. 114 f. Tese (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Ceará, 2010.

AMÉRICO, C.F.; NOGUEIRA, P.S.F.; VIEIRA, R.P.R.; BEZERRA, C.G.; MOURA, E.R.F.; LOPES, M.V.O. Conhecimento de usuárias de anticoncepcional oral combinado de baixa dose sobre o método. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 4, ago. 2013.

ANACLETO D. R. JR.; CRUZ. D. S. L.; DAMIÃO, R. Planejamento familiar. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ**, Ano 9, 2010.

Anticoncepcionais orais. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/espmat/disciplinas/midias_digitais_II/modulo_II/pilulas.htm> Acesso em: 03 de Fevereiro de 2015.

BAHAMONDES, L.; PINHO, F.; MELO, N. R.; OLIVEIRA, E.; BAHAMONDES, M. V. Fatores associados à descontinuação do uso de anticoncepcionais orais combinados. **Revista Bras. Ginecol Obstet**, v. 33, n. 4, p. 303-9, 2011.

BELO, M. A. V.; SILVA, J.L. P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes e gestantes. **Revista Saúde Pública**, v.38, n. 4, p. 479-87, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário Terapêutico Nacional 2010. 2a. edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Renome 2013. 2a. edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sociedade Portuguesa de Ginecologia, Sociedade Portuguesa da Contracepção, Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução, Consenso Sobre Contracepção 2011. Estoril, Edições Frist News, Brasília- DF.

Bulário Eletrônico, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2015. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp> Acesso em: 04 de Fevereiro de 2015.

CARLOTTO, K.; CESAR, J.A.; HACKENHAAR, A. A.; RIBEIRO, P. R. P. Características reprodutivas e utilização de serviços preventivos em saúde por mulheres em idade fértil: resultados de dois estudos transversais de base populacional no extremo Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2054-2062, 2008.

CARRENO, I.; DIAS-DA-COSTA, J. S.; OLINTO, M.T.A.; MENEGHEL, S. Uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 5, 2006.

COELHO, E. A. C.; LUCENA, M.F.G.; SILVA, A.T.M. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Revista Esc.Enf. USP**, v. 34, n. 1, p. 37-44, mar. 2000.

COELHO, E. A. C.; LUCENA, M. F. G.; SILVA, A. T. M. Política de planejamento familiar em João Pessoa - PB: análise das contradições existentes entre o discurso oficial e a prática. **Revista Esc. Enf. USP**, v.34, n.2, p. 119-27, jun. 2000.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; SILVER, L. D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Revista Bras. Saúde Matern. Infantil**, v. 6, n.1, 2006.

COSTA, J.S.D.; D'ELIA, P.B.; MOREIRA, M.R. Prevalência de uso de métodos contraceptivos e adequação do uso de anticoncepcionais orais na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 12, n.3, p. 339-344, 1996.

DUARTE, H. H. S.; BASTOS, G. A. N.; DUCA, G. F. D.; CORLETA, H. V. E. Utilização de métodos contraceptivos por adolescentes do sexo feminino da Comunidade Restinga e Extremo Sul. **Revista Paul Pediatría**, v 29, n. 4, 2011.

ELENCO OFICIAL DOS MEDICAMENTOS DISPONIBILIZADOS PARA VENDA PELO PROGRAMA AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR. Portal da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/346-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/l1-farmacia-popular/9681-lista-de-medicamentos-e-correlatos>> Acesso em: 10 de Janeiro de 2015.

EVANGELISTA, D. R.; MOURA, E. R. F.; COSTA, C. B. J. S.; BEZERRA, C. G.; VALENTE, M. M. Q. P.; SOUSA, C. S. P. Conhecimento e prática anticoncepcional de mulheres portadoras de Diabetes Mellitus. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n.3, 2014.

FERREIRA, Josmara Carmem de Lima. **Planejamento familiar na unidade básica de saúde de queimadas, horizonte (CE): proposta de uma nova estratégia de atendimento em anticoncepção.** 2009. 25 f. Tese (Curso de Especialização em Práticas Clínicas em Saúde da Família) - Escola de Saúde Pública do Ceará, Ceará, 2009.

GALATO, D.; MADALENA, J.; PEREIRA, G.B. Automedicação em estudantes universitários: a influência da área de formação. **Revista Ciências & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, 2012.

HEILBORN, M. L.; PORTELLA, A. P.; BRANDÃO, E.R.; CABRAL, C. S. 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. Saúde Pública**, v.25, n.8, p. S269- S278, 2009.

MARCOLINO, C.; GALASTRO, E. P. As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar. **Revista Latino-am Enfermagem**, v. 9, n. 3, 2001.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. Qualidade da Assistência em Planejamento Familiar na opinião de usuárias do Programa Saúde da Família. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 2, 2006.

OSIS, M. J. D.; FAÚNDE, A.; MAKUCH, M. Y.; MELLO, M. B.; SOUSA, M. H.; ARAÚJO, M. J. O. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 22, n. 11, 2006.

PIERRE, L. A. S.; CLAPIS, M. J. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 6, 2010.

PAHIM, L. S.; MENEZES, A. M. B.; LIMA, R. Prevalência e fatores associados á enxaqueca na população adulta de Pelotas, RS. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n. 4, 2006.

PRADO, D. S.; SANTOS, D. L. Contracepção em usuárias dos setores público e privado de saúde. **Revista Bras. Ginecol Obstet**, v. 37, n. 7, p. 143-9, 2011.

SANTANA, A. P. N.; FACUNDO, M. A. C.; PINHEIRO, W. R.; SANTANA, C. E. N.; GONÇALVES, G. A. A. Utilização de métodos anticoncepcionais orais pelas usuárias cadastradas no PSF IV da cidade de porteiras – CE. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v.26, n. 9, 2010.

SILVA, G.M. S.; ALMEIDA, A.C.; MELLO, N.R.S.; OLIVEIRA, R.N.; OLIVEIRA, T.B.; PEREIRA, V.N.M.; PINHEIRO, R.O. Análise da automedicação no município de vassouras – RJ. **Revista Infarma**, v.17, nº 5/6, 2005.

SILVA, R. M.; ARAÚJO, K. N. C.; BASTOS, L. A. C.; MOURA, E. R. F. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. . **Revista Ciências & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, 2011.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA, SOCIEDADE PORTUGUESA DA CONTRACEPÇÃO, SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA DA REPRODUÇÃO, **Consenso Sobre Contracepção 2011**, Ministério da Saúde, Estoril, Edições Frist News, Brasília- DF 2011.

TAVARES, L. S.; LEITE, I.C. TELLES, F. S. P. Necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais no Brasil. **Revista Bras. Epidemiol**, v. 10, n. 2, p. 139-48, 2007.

Taxa de fecundidade total. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em: <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=POP264>> Acesso em: 03 de Fevereiro de 2015.

WANNMACHER, L. Anticoncepcionais Oraís: o que há de novo. **Uso Racional de Medicamentos: Temas Selecionados**, v. 1, n. 1, 2003.

APÊNDICE A

Questionário

- 1- Idade
- 2- Escolaridade
 - Ensino Fundamental incompleto Ensino Fundamental Completo
 - Ensino Médio Incompleto Ensino Médio Completo
 - Ensino Superior Incompleto Ensino Superior Completo
 - Não Alfabetizado
- 3- Estado civil
 - 1- Solteira 2- Casada 3- Viúva 4- União estável 5- Outros
- 4- Quantos filhos você tem?
 - 0 1 2 3 Mais de 3
- 5- Qual o motivo que a levou fazer uso de anticoncepcional oral?
- 6- Qual anticoncepcional oral você faz uso? _____
- 7- De que forma você usa?
- 8- Há quanto tempo faz uso?
- 9- Você recebeu orientação sobre o uso do ACO?
 - SIM NÃO

Se SIM, quem á orientou?

10- Qual a orientação sobre o uso dos ACO que você recebeu?

11- Já trocou o anticoncepcional?

Não Sim

Se SIM, há quanto tempo e de quem partiu a orientação?

12- Já esqueceu de tomar o anticoncepcional?

Não Sim

Se SIM, o que você faz?

13- Apresentou algum problema depois que começou a usar o anticoncepcional?

Não Sim

Se SIM, qual problema?

14- Apresentou alguma gravidez não planejada?

Não Sim

15- Tinha vontade de fazer uso de outro método anticoncepcional?

Não Sim

Se SIM, qual método?

16- Faz uso de outros medicamentos?

Não Sim

Se SIM, qual medicamento (s)?

17- Você considera importante fazer uso de anticoncepcional?

Não Sim

Se sim, Por quê?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Senhora está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa, “**Uso de Anticoncepcionais Orais por Mulheres na Cidade de São José do Sabugi-PB**” de responsabilidade da pesquisadora Rita de Cássia Moraes Medeiros aluna do curso de bacharelado em Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande sob a orientação da Professora Andrezza Duarte Farias.

Esse estudo tem como objetivo descrever a utilização de anticoncepcionais orais em mulheres da cidade de São José do Sabugi, assim como verificar os anticoncepcionais orais mais utilizados, identificar o modo de utilização, descrever as dificuldades de uso, conhecer possíveis reações adversas relatadas pelas usuárias de anticoncepcionais, e descrever a percepção das usuárias sobre os métodos anticoncepcionais.

Informamos que a sua colaboração na pesquisa será para responder um questionário estruturado referentes ao tema citado, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo, por ocasião da publicação da pesquisa, seu nome será mantido em sigilo.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecida e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Eu abaixo
assinado, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntária do estudo acima citado. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às atividades por mim realizadas.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Orientadora da Pesquisa

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

