



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

THAYNARA FERREIRA FILGUEIRAS

PERFIL DE MULHERES EM USO DE ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS

CAJAZEIRAS – PB

2014

THAYNARA FERREIRA FILGUEIRAS

PERFIL DE MULHERES EM USO DE ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Campina
Grande, como requisito parcial à obtenção do grau
de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profª. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento

CAJAZEIRAS – PB

2014

THAYNARA FERREIRA FILGUEIRAS

PERFIL DE MULHERES EM USO DE ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Campina
Grande, como requisito parcial à obtenção do grau
de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: ____/ ____/ 2014

BANCA EXAMINADORA

Profª. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento
UAENF/CFP/UFCG

Profª. Dra. Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
UACV/CFP/UFCG

Profª. Dra. Anúbes Pereira de Castro
UAENF/CFP/UFCG

Dedico á Deus e a minha grandiosa mãe que me impulsionaram a chegar até aqui, me motivaram a seguir em frente e nunca desistir dos meus sonhos, diante das dificuldades que se apresentaram.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que torna possível todas as coisas, por iluminar e abençoar minha trajetória.

À Minha mãe, por todo amor, apoio incondicional e incentivo em lutar pelos meus ideais, durante toda a minha vida pessoal e acadêmica. Eu agradeço sempre a Deus pelo presente que és em minha vida, pela mãe-pai que sempre foi com muita garra, que mesmo com tantas dificuldades conseguiu sempre ser a MELHOR MÃE DO MUNDO. Eu te amo e todas minhas vitórias serão sempre dedicadas a você.

Aos meus irmãos Thiago, Helenice, Ana Beatriz, Ana Clara, Mariana e Ana Júlia, somos muito mais que “laços de sangue”, pela retidão com que conduzem suas vidas, por serem meu modelo de viver e por me fazerem sentir amada e respeitada sempre.

A minha família, minha fortaleza o meu porto seguro, em especial, a minha grandiosa avó “Marieta” (*in memoriam*), o meu amor por ti é eterno.

A minha “segunda família”, Família Abreu, por terem me recebido com muito carinho, em especial a meu namorado Jefferson Abreu, que durante todos esses anos tem sido meu amigo e juntamente comigo chorou e riu muitas vezes durante todo esse percurso da faculdade, por toda paciência, carinho e zelo. Sou muito feliz em tê-lo ao meu lado.

Aos meus grandes amigos que conquistei durante toda essa trajetória, que acreditaram e estiveram presentes, levo cada um de vocês comigo. Sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês.

À minha estimada orientadora, professora, que tem seus méritos desde a escolha do tema, sua atenção, dedicação e motivação, que me acolheu e acreditou em mim com sua sensibilidade. Tenho um grande orgulho de ser sua orientanda.

Aos demais membros da banca, Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias e Anúbes Pereira de Castro pela pronta aceitação em avaliar o meu trabalho e pelas valiosas contribuições, demonstrando conhecimento sobre o tema em avaliação e interesse na melhoria e aprimoramento do estudo.

As participantes da pesquisa que, com dedicação e carinho, contribuíram para o sucesso desse estudo.

“Aprender é a única coisa que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende.”.

Leonardo da Vinci

FILGUEIRAS, Thaynara Ferreira. **Perfil de Mulheres em Uso de Anticoncepcionais Hormonais**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) Unidade Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande - PB, 2014, 60p.

RESUMO

A atenção à saúde sexual e reprodutiva e os serviços de planejamento familiar são direitos humanos, os benefícios dos métodos de planejamento familiar e o acesso garantido à informação adequada para a escolha são essenciais a todos. O profissional de saúde deve atuar na investigação da condição que contraindique o uso do contraceptivo hormonal, para iniciar a eleição do método contraceptivo hormonal é necessária uma avaliação clínica detalhada analisando riscos e benefícios do uso. Deve-se evitar o uso dos contraceptivos em mulheres com alguma condição que, em associação com este método, possa aumentar o risco de adoecimento e morte. Este estudo teve como objetivos analisar o perfil de mulheres em uso de anticoncepcionais hormonais cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família; identificar fatores de risco associados ao uso de contraceptivos hormonais e verificar sinais e sintomas associados ao uso de anticoncepcionais hormonais. Trata-se de um estudo descritivo, de campo, com abordagem quantitativa, realizado em uma Unidade de Saúde Família no município de Cajazeiras- PB. A população alvo foi composta por 238 mulheres cadastradas na USF para as atividades de planejamento familiar, e a amostra constituída por 70 mulheres que se enquadraram nos critérios de inclusão. A coleta de dados foi realizada após o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, através de um roteiro de questionário estruturado. Após a coleta, os instrumentos foram enumerados e codificados para o uso do pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences, Versão 21. As variáveis foram analisadas estatisticamente. Pelos achados, percebeu-se que 58,6% das mulheres tinham de 17 a 34 anos, 70% possuíam ensino médio completo, 78,5% com companheiro e 50% sem ocupação remunerada, ou seja, do lar/ agricultora, os antecedentes pessoais mais comuns foram a hipertensão, anemia e tabagismo. Houve predomínio entre os parâmetros adequados dos índices pressóricos das mulheres no momento da coleta. Quanto ao índice de massa corporal estavam com o peso adequado, no entanto um percentual elevado de mulheres tinham sobrepeso/obesidade. Quanto à circunferência abdominal apresentaram risco baixo/moderado. Relataram amenorreia e dor ou edema nas pernas. Com relação aos antecedentes familiares, referiram pelo menos um familiar portador de hipertensão e diabetes. Houve a predominância do uso atual da minipílula, com 71,4%. A faixa etária da menarca foi entre 12 e 14 anos, com 72,9%. Destarte, os resultados obtidos, permitiu-nos evidenciar que existe a necessidade impetuosa da realização de uma análise mais precisa em mulheres que pretendem e/ou estão em uso de anticoncepcionais hormonais.

Palavras-Chave: Anticoncepcionais. Estratégia Saúde da Família. Planejamento Familiar.

FILGUEIRAS, Thaynara Ferreira. Profile of Women in Use of Hormonal Contraceptive. Work completion of Bachelor of Nursing course. Academic Unit of Nursing, Federal University of Campina Grande. Cajazeiras-PB, 2014. 60p.

ABSTRACT

The attention to sexual and reproductive health and family planning services are human rights, the benefits of family planning methods and access to appropriate information are essential to everyone. The health professionals must act investigating the condition that contraindicates the use of hormonal contraception, to initiate the choice of hormonal contraception is required a detailed clinical evaluation analyzing the risks and benefits of using this drugs. The use of contraceptives in women should avoid in conditions that in combination with this method may increase the risk of illness or death. This study aimed to analyze the profile of women using hormonal contraceptives that are registered in a family health care unit; to identify identify risk factors associated with the use of hormonal contraceptives and verify signs and symptoms that are associated to the use of hormonal contraceptives. The methodology proposed for a descriptive field study with a quantitative approach and it was performed in a family health care unit located in the city of Cajazeiras-PB. The target population consisted of 238 women registered in the unit for planning family activities and the sample was 70 women who fit the inclusion criteria. The data was collected after the permission of Ethics Committee for Research through a semi-structured questionnaire. After collection, the instruments were listed and coded using the statistical package Statistical Package for the Social Sciences, version 21. The variables were analyzed statistically. Based on the results, it was noted that 58,6% of women were between 17-34 years, 70% had high school, 78,5% with a partner 50% with no gainful employment, the most common personal antecedents were hypertension, anemia and smoking. There were predominance between the appropriate parameter of women's pressure index by the moment of collection. In relation to body mass index, they were in the proper weight however, a high percentage of women were overweight /obese. About the abdominal circumference, the women showed low/moderate risk. They reported amenorrhea, pain and/or leg swelling. In relation to the health family history, they reported at least one family member who has hypertension and diabetes. There was predominance of current usage of minipill, with 71, 4%. The age of menarche was between 12 and 14 years, with 72,9%. Thus, the results obtained allowed us to demonstrate there is an impetuous need to perform even more a study that analyzes women that pretend or are in actual use of hormonal contraceptives.

Keywords: Contraceptives. Family Health Strategy. Family Planning.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos dados sociodemográficos das participantes do estudo em uso de métodos contraceptivos hormonais. Cajazeiras-PB, agosto, 2014.....	39
Tabela 2	Caracterização dos antecedentes pessoais, pressão arterial, IMC e CA das participantes do estudo em uso de métodos contraceptivo hormonais. Cajazeiras- PB, agosto, 2014.....	42
Tabela 3	Caracterização dos antecedentes gineco- obstétricos das participantes do estudo em uso de métodos contraceptivos hormonais. Cajazeiras-PB, agosto, 2014.....	45
Tabela 4	Caracterização das intercorrências das participantes do estudo em uso de métodos contraceptivos hormonais. Cajazeiras- PB, agosto, 2014.....	47
Tabela 5	Caracterização de antecedentes familiares das participantes do estudo em uso de métodos contraceptivos hormonais. Cajazeiras-PB, agosto, 2014.....	47
Tabela 6	Caracterização das participantes do estudo em uso de métodos contraceptivos hormonais. Cajazeiras- PB, agosto, 2014.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde
ACO- Anticoncepcionais Orais
AIC- Anticoncepcionais Injetáveis Combinados
APS- Atenção Primária à Saúde
AVE- Acidente Vascular Encefálico
BENFAM- Bem-Estar Familiar no Brasil
CA- Circunferência Abdominal
CEP- Comitê de Ética em Pesquisa
CNS- Conselho Nacional de Saúde
COFEN- Conselho Federal de Enfermagem
DATASUS- Departamento de Informática do SUS
DIU- Dispositivo Intrauterino
DM- Diabete Mellitus
DST's- Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF- Estratégia de Saúde da Família
HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana
HRC- Hospital Regional de Cajazeiras
HUJB- Hospital Universitário Júlio Bandeira
IAM- Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC- Índice de Massa Corpórea
IST- Infecções Sexualmente Transmissíveis
MACH- Métodos Anticoncepcionais Hormonais
MS- Ministério da Saúde
OMS- Organização Mundial de Saúde
PA- Pressão Arterial
PAD- Pressão Arterial Diastólica
PAS- Pressão Arterial Sistêmica
PAISM- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM- Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PNDS- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

PAPS – Posto de Atenção Primária à Saúde

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SENAD- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SIAB- Sistema de Informação em Atenção Básica

SIDA- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TFT- Taxa de Fecundidade Total

UBS- Unidades Básicas de Saúde

UFCG- Universidade Federal de Campina Grande

UPA- Unidade de Pronto-Atendimento

USF- Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 GERAL.....	15
2.2 ESPECÍFICOS.....	15
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS HORMONAIS	16
3.2 FATORES DE RISCOS ASSOCIADOS AO USO DE CONTRACEPTIVOS HORMONAIS	18
3.3 PLANEJAMENTO FAMILIAR DA ESCOLHA AO ACOMPANHAMENTO DA MULHER EM USO DE MÉTODOS HORMONAIS	21
4 MATERIAL E MÉTODO.....	24
4.1 TIPO DE ESTUDO	24
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	25
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	25
4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	26
4.4.1.1 DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS	26
4.4.1.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE, FATORES DE RISCO E SINAIS E SINTOMAS.....	27
4.4.1.3 EXAME FÍSICO	28
4.4.1.4 ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.....	29
4.4.1.5 INTERCORRÊNCIAS.....	29
4.4.1.6 ANTECEDENTES FAMILIARES.....	30
4.4.1.7 USO DE MÉTODO ANTICONCEPCIONAL HORMONAL.....	30
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	31
4.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO E ANÁLISE DOS DADOS.....	31
4.7 POSICIONAMENTO ÉTICO DA PESQUISA.....	31
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	
APÊNDICES	

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde sexual e reprodutiva e os serviços de planejamento familiar são direitos humanos e também reconhecidos como intervenções necessárias para a melhoria da saúde da família. Os métodos de planejamento familiar são essenciais a toda a população e, o acesso à informação adequada para a sua escolha deve ser garantido independente de cor, idade, situação socioeconômica, situação conjugal, escolaridade, opção sexual ou religião. Para isso, um de seus objetivos é estimular a implementação e implantação no âmbito da saúde a assistência em planejamento familiar (WHO, 2010, BRASIL, 2010a).

O planejamento familiar que consta na Constituição Federal no ano de 1988 e na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, permitiu que as pessoas decidissem quantos filhos gostariam de ter, quando desejariam e em qual momento da vida do casal isso deveria acontecer. Além disso, esse planejamento deu o direito ao casal de possuir informações de como ter filhos ou de como prevenir uma gravidez não planejada (BRASIL, 2006 *apud* SEABRA et al., 2012). E em seu artigo 226, parágrafo sétimo, considera-o de livre decisão de todo casal (CARDOSO; TAVARES, 2010).

Para a eleição do método contraceptivo hormonal, deve-se garantir que o indivíduo receba informação adequada para sua escolha e que essa facilite a compreensão de sua eficácia, uso correto, efeitos colaterais comuns, riscos e benefícios para a saúde, o retorno à fertilidade após a interrupção do uso, além de questões referentes à prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (WHO, 2010). Segundo Curitiba (2006) deve-se levar em conta a idade, os dados socioeconômicos analisados durante a consulta, a paridade, o contexto social e religioso. A decisão da escolha do método a ser utilizado deve ser avaliada pelo profissional de saúde conjuntamente com o casal, incentivando sempre a participação do parceiro nesta decisão, o que auxilia na maturidade e divide responsabilidades, melhorando a qualidade de informações sobre saúde reprodutiva.

No entanto, observa-se que nos serviços de saúde a avaliação do usuário frente à escolha inicial do método contraceptivo mais adequado, sobretudo das mulheres, é pouco realizada ou ocorre de forma inadequada, sendo muitas vezes ausente a investigação dos antecedentes familiares, gineco-obstétricos e pessoais, além de não se levar em consideração os riscos à saúde da mulher, como a prescrição de fármacos sem adequação ao perfil individual de risco.

O interesse em realizar esta pesquisa surgiu a partir das vivências da pesquisadora durante as atividades do Estágio Curricular Supervisionado I do Curso Bacharelado em Enfermagem, quando tive a oportunidade de identificar a demanda de usuárias de anticoncepcionais hormonais cadastradas na Unidade de Saúde da Família e a ausência de uma avaliação mais ampla sobre as condições de saúde das mulheres, bem como de um acompanhamento mais efetivo por parte dos profissionais de saúde.

Face ao exposto, decidiu-se pela realização do presente estudo, tendo como questionamentos: Qual o perfil de mulheres em uso de anticoncepcionais hormonais que são cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família? Quais os fatores de risco associados ao uso de contraceptivos hormonais? Quais os sinais e sintomas associados ao uso de anticoncepcionais hormonais?

A relevância do estudo se dá pela importância da escolha do método contraceptivo e da análise do perfil de saúde da mulher, indispensável para a identificação dos fatores de risco e sinais e sintomas que possam vir a desenvolver possíveis agravos à saúde, em casos de restrição ao uso. Os resultados poderão cooperar na formulação de estratégias que direcionem de maneira positiva e crescente a qualidade de vida de mulheres em uso de anticoncepcionais hormonais, principalmente no momento em que esta deseja escolher o método contraceptivo que irá adotar.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar o perfil de mulheres em uso de anticoncepcionais hormonais cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família do município de Cajazeiras, PB.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar fatores de risco associados ao uso de contraceptivos hormonais;
- Verificar sinais e sintomas associados ao uso de anticoncepcionais hormonais.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS HORMONAIS

Em 1983, período de grandes transformações, foi criado o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), com a proposta inovadora de uma abordagem integral da saúde. O PAISM teve ênfase na saúde reprodutiva e redução da mortalidade materna, embora tenha sido baseado no princípio da integralidade, atuando na resolubilidade de problemas (MAIA; GUILHEM; LUCCHESI, 2010).

Com enfoque diferenciado na saúde reprodutiva, baseado na atenção integral à saúde, excedeu as considerações sobre intenções de controle da natalidade, adotando a política de expandir o acesso da população aos meios de contracepção, todavia com informação e livre escolha (SILVA et al., 2011).

No ano de 2004 foi criada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), com ênfase na assistência integral e as ações de promoção da saúde como princípios norteadores para garantir direitos sexuais e reprodutivos, estabelecendo avanços do PAISM (MOURA et al., 2010a).

Essa política foi inspirada no PAISM e “aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2000” (BRASIL, 2010b, p.20). O PAISM, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, “deveria refletir o conceito de assistência integral à saúde da mulher: ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência em saúde.” (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009, p.39). A mesma recupera diversos princípios da política, com ênfase na abordagem de gênero e na integralidade como norteadores das práticas de cuidado à saúde das mulheres em todo o território nacional (COELHO et al., 2009).

O Planejamento Familiar compõe uma das ações de saúde recomendadas pelo PAISM (Sauthier; Gomes, 2011). “Diante dos avanços tecnológicos, inúmeras são as técnicas que elevam as opções do planejamento familiar. No entanto, antes de adotá-las deve-se observar se não violam a dignidade humana e, por consequência os princípios da bioética” (LENZA, 2009, p.675).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define critérios referentes ao planejamento familiar, que assegura a utilização dos métodos contraceptivos segundo evidências científicas, sendo constantemente atualizados. No ano de 2010, uma revisão publicada oferece recomendações para definição de critérios médicos de elegibilidade clínica baseada em dados

clínicos e epidemiológicos para orientar gestores e comunidade científica tanto na elaboração de programas de saúde pública quanto de diretrizes clínicas para prestação de serviços (WHO, 2010).

As escolhas das mulheres podem ser limitadas por fatores culturais, sociais e econômicos. Por esse motivo, a tomada de decisão sobre qual método utilizar envolve outras circunstâncias além das considerações clínicas sobre a saúde da usuária (CORRÊA, 2012). Conforme o Ministério da Saúde, todo indivíduo tem direito ao acesso a informações sobre qual método é mais adequado, entende-se que o melhor é aquele em que as vantagens superem as desvantagens do uso (BRASIL, 2010a).

Moura, Silva e Galvão (2007) corroboram com o Ministério da Saúde ao destacar a Constituição Federal de 1988, art 196, em que trata que é dever dos profissionais de saúde assistir na concepção e na contracepção do casal. Dessa forma, diante da escolha do método os profissionais devem informar aos indivíduos sobre as opções, suas finalidades, destacando a oferta dos métodos anticoncepcionais autorizados e disponíveis no respectivo país.

Para tanto, não pode haver imposição sobre o uso de métodos anticoncepcionais ou sobre o número de filhos. A garantia da liberdade de escolha pela concepção ou contracepção deve ser resguardada, não podendo colocar em risco a vida e a saúde das pessoas, confirmando-se assim, que o planejamento familiar é um direito sexual e reprodutivo (BRASIL, 2009).

A saúde sexual e reprodutiva só é realmente efetiva quando a população tem acesso às informações adequadas e suficientes, que lhes possibilitem uma prática segura e consciente, livre de consequências, como o desenvolvimento de IST e de gravidez não planejada, melhorando assim a qualidade de vida e a perspectiva de vida, destacando a importância de um acolhimento eficaz (COSTA, 2010).

Deve considerar a prevalência de insucesso quando a mulher optar pelo método escolhido, especialmente quando ela possuir determinada condição que torne a gravidez um risco intolerável para a saúde da mulher (CORRÊA, 2012).

Conforme Brito, Nobre e Vieira (2011) estudos realizados relataram o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV) como efeito dos hormônios sexuais femininos, pois esses hormônios possuem ação direta sobre os vasos sanguíneos devido a quantidade de receptores. Berek (2008) demonstrou que o uso dos métodos hormonais é mais seguro porque os médicos prescrevem de forma seletiva, pois, os fatores de risco cardiovasculares são avaliados durante a consulta frente à situação de saúde da mulher.

Os anticoncepcionais hormonais incluem: orais combinados, orais apenas de progestogênio, de emergência, injetáveis mensais e trimestrais, e o dispositivo intrauterino (DIU) de levonorgestrel (TAPETI, 2012).

Os métodos hormonais agem com a finalidade de bloquear a ovulação, ao inibir a secreção dos hormônios folículo-estimulante e luteinizante; dificultando a passagem dos espermatozoides através do espessamento do muco cervical; tornam o endométrio não receptivo à implantação e; alteram a secreção e peristalse das tubas uterinas (WHO, 2008).

Segundo o 4.º Inquérito Nacional de Saúde, que ocorreu na cidade de Portugal, o método contraceptivo mais utilizado é a contracepção hormonal pelas mulheres com a faixa etária de 15 a 55 anos de idade (CAVADAS, 2009).

Desde a introdução da pílula no mercado em 1960, os contraceptivos esteroides usualmente mencionados como contraceptivos hormonais, representam uma das opções contraceptivas reversíveis mais eficazes e um dos métodos de planeamento familiar mais utilizado em todo o mundo (SANDERS, 2001).

3.2 FATORES DE RISCOS ASSOCIADOS AO USO DE CONTRACEPTIVOS HORMONAIS

Mulheres que apresentam múltiplos fatores de riscos importantes, de modo que um deles isoladamente aumentaria o risco de desenvolver doença cardiovascular e o uso de anticoncepcionais orais combinados (ACO) podem aumentar o risco a uma condição inaceitável. Entretanto, deve-se levar em consideração a condição clínica da mulher e a necessidade do uso do método, essa avaliação não é simplesmente aditiva (WHO, 2010).

A estase sanguínea e a hipercoagulabilidade são fatores que predisõem o risco de desenvolvimento do tromboembolismo venoso (BRITO, NOBRE, VIEIRA, 2011). O uso do contraceptivo hormonal está ligado a um aumento do risco de desenvolver trombose arterial. Também unido a uma diminuição a tolerância aos carboidratos, as maiores preocupações referentes ao uso em diabéticas estão relacionadas às complicações cardiovasculares desta doença, do que com o efeito no metabolismo dos carboidratos (WHO, 2010).

Estão claramente sob maior risco de doença cardiovascular, usem ou não contraceptivos orais, as mulheres tabagistas, hipertensas e diabéticas. Mesmo sabendo que com o uso este risco é ainda maior (BEREK, 2008). Paciente com hipertensão adequadamente tratada apresenta menor risco de acidente vascular encefálico (AVE) e infarto agudo do miocárdio (IAM) quando comparada com aquelas não tratadas (WHO, 2010).

Há indícios de que os contraceptivos hormonais modernos com baixa dosagem hormonal, além de poderem ser utilizados com garantia, por mulheres com diabetes não complicada, trazem benefícios no alcance que evitam uma gravidez não planejada e que pode trazer complicações tanto para a gestante quanto para sua progênie (SKOUBY, 2010).

E em casos de amenorreia, que também pode ser explicado pela baixa dosagem hormonal, quando ultrapassa um período de três meses deve ser investigada a fim de detectar uma possível alteração orgânica, destacando que o evento não comprova nenhuma falha do método, apenas um efeito e pode ser corrigido com a substituição de contraceptivo com dosagem mais elevada (BAYER, 2012).

Segundo Freitas et al. (2011), sabendo que idade e obesidade são fatores de risco, independentes, para eventos cardiovasculares e para tromboembolismo venoso (marcadamente em usuárias com mais de 39 anos), a razão de risco- benefício deverá ser individualizada, particularmente em mulheres com sobrepeso. Devendo considerar o desconhecido excesso de risco de câncer de mama em mulheres entre 45 e 50 anos imposto pelo uso de hormonais.

Os efeitos maléficos do cigarro vão adiante daqueles associados às doenças cardiovasculares, uma vez que também se estendem as doenças respiratórias e aos vários tipos de cânceres (WUNSCH FILHO, 2010). Em um estudo realizado por Raval et al. (2011) avaliou em ratos o dano cerebral após isquemia comprovou pela primeira vez que a nicotina contida nos cigarros associada ao uso de contraceptivos orais acentua o efeito deletério pós-isquêmico no tecido neural, proporcionando evidências de que, nessa população específica, a nicotina possui efeito lesivo. Entretanto, esta associação ainda não está estabelecida entre as mulheres.

Desse modo, é contraindicado em mulheres acima de 35 anos em uso de anticoncepcionais hormonais combinados orais o tabagismo, pois, em qualquer idade, o fumo predispõe as doenças cardiovasculares (BRASIL, 2008).

Com isso, os profissionais de saúde e as usuárias de contraceptivos devem estar alertas para quaisquer sinais e sintomas de risco para a utilização dos métodos contraceptivos hormonais orais, entre eles destacam-se tromboembolismo, dor, edema em membros inferiores, dispneia paroxística, taquipneia e/ou tosse, mastalgia, fraqueza ou parestesia no rosto, braço ou perna. Entre os fatores de risco para esses distúrbios estão o tabagismo, sobrepeso, idade avançada, enxaquecas frequentes, histórico familiar de tromboembolismo venoso ou parto em semanas anteriores, e dentre outros.

A utilização de algumas medicações como antibióticos, barbitúricos, entre outros pode interferir na eficácia dos anticoncepcionais. É necessário sempre comunicar ao médico o uso do método. A eficácia de qualquer contraceptivo está associada a seu método de utilização, o qual deve ser feito de forma correta, seguindo sempre a prescrição médica (ANVISA, 2013).

Toda mulher deve receber orientações norteadoras para escolha do melhor método a ser utilizado. Durante a consulta, os profissionais de saúde devem estar atentos e atuar de forma competente no aconselhamento contraceptivo, tanto sobre as informações prestadas da forma correta de utilização, quanto sobre a eficácia, as vantagens, as desvantagens, os efeitos secundários, os riscos e os benefícios dos vários métodos. Também devem aproveitar a oportunidade para informar sobre a importância da prevenção de IST (PORTUGUAL, 2011).

De acordo com Bahamondes (2011) o mau uso dos anticoncepcionais hormonais está diretamente relacionado ao aumento das taxas de falha do método, bem como ao aumento dos efeitos colaterais, o que reflete para a descontinuidade do uso. Para Corrêa (2012) deve-se evitar o uso dos contraceptivos em mulheres com alguma condição que, em associação com este método, possa aumentar o risco de adoecimento e morte.

Dentre essas condições destacam-se as referentes às características pessoais e antecedentes reprodutivos (gravidez, idade, parturição, pós-aborto, tabagismo, obesidade, medição da pressão arterial não disponível) e às doenças cardiovasculares (múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular arterial, antecedente de hipertensão na gravidez, trombose venosa profunda/embolia pulmonar, mutações trombogênicas conhecidas, trombose venosa superficial, doença cardíaca isquêmica atual ou pregressa, acidente vascular encefálico, hiperlipidemias, doença cardíaca valvular) (WHO, 2010).

Freitas (2006) destaca que os anticoncepcionais hormonais estão indicados para mulheres saudáveis, preferencialmente não-fumantes, em idade fértil, abaixo dos 35 anos de idade. Isso se justifica pelo fato dos múltiplos efeitos adversos dos anticoncepcionais hormonais se expressarem, predominantemente, quando há condições adicionais de risco, como fumo, idade e doenças prévias, e também por serem a medida reversível com menor índice de falha, grande praticidade e fácil acesso.

3.3 PLANEJAMENTO FAMILIAR: DA ESCOLHA AO ACOMPANHAMENTO DA MULHER EM USO DE MÉTODOS HORMONAIS

O planejamento familiar envolve ações políticas, econômicas e psicossociais. Tornou-se foco na ESF, demonstrando que a família é prioridade para o governo. Dados revelam que a taxa de fecundidade e os problemas que isso acarreta teve uma significativa queda em seus percentuais, principalmente no sul e sudeste, regiões mais desenvolvidas, o que evidencia o status socioeconômico e efetividade do planejamento familiar, diferentemente do que ocorre no norte e nordeste (SANTOS; FREITAS, 2011).

De acordo com Prietsch et al. (2011, p.1907) planejamento familiar refere-se ao “momento do nascimento do primeiro filho, o intervalo de tempo entre os nascimentos e o momento de parar de ter filhos.”

O Programa de Planejamento Familiar oferece à comunidade orientações, procedimentos técnicos, informações sobre métodos conceptivos e contraceptivos, prevenção de IST, além de outras ações que visam proporcionar ao casal o bem-estar sexual e reprodutivo, no intuito de garantir o direito básico de decidir sobre ter ou não filhos, bem como escolher o momento mais oportuno (RAMOS; SANTOS, 2008).

Criado e desenvolvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) o programa visa informar a população, por meio de um conjunto de ações e atitudes clínicas e práticas em saúde, bem como orientar quanto à anticoncepção, fornecendo total liberdade de escolha sem distinção para que seus usuários possam, com informação e conhecimento, escolher, de forma segura e eficaz, o momento que considerem mais pertinente para a concepção (PAZ; DITTERICH, 2009).

A Carta Magna, no Art. 226, parágrafo 7º, delimita a função do Estado disponibilizar recursos “educacionais e científicos” para assegurar o exercício deste direito. Em 1996, a Lei n.º 9.263 regulamenta o Planejamento Familiar (XAVIER et al., 2013). Em seu artigo 2º define planejamento familiar como o conjunto de ações para controle da fecundidade e tendo como garantia de constituição os direitos iguais, regulação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal, sendo vetada a utilização das ações a que se direcione para qualquer tipo de controle demográfico (BARRETO, 2010).

Embora o planejamento familiar seja de encargo de todos os níveis de atenção em saúde, no Brasil é desenvolvido, totalmente, na Atenção Básica, essencialmente na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (PIERRE; CLAPIS, 2010).

A assistência ao planejamento familiar, para Silva et al. (2011), está distante de um modelo satisfatório, pois as ações são executadas de forma isolada e não priorizadas como os demais componentes da atenção básica. Segundo Pereira e Ávila (2011, p. 9), “a maioria dos municípios brasileiros não tem priorizado em suas políticas públicas o planejamento familiar”.

Conforme Santos e Freitas (2011), o planejamento familiar advém de um processo de informação e de educação aos casais e à população em geral, tendo destaque na reprodução, na família e na comunidade, o papel da mulher, o do pai e do filho como parte integrante da sociedade.

Considerado como atenção preventiva, o planejamento familiar e o aconselhamento pré-concepcional, no exercício da ginecologia na atenção primária, os serviços médicos de prevenção captam o rastreamento e a orientação diante de amplos riscos relativos à saúde e comportamentos, abrangendo práticas sexuais; prevenção de IST; tabagismo; uso de álcool e de outras drogas; alimentação e exercícios (BEREK, 2008).

O principal objetivo do programa planejamento familiar é disponibilizar ao casal, de forma livre e esclarecida, à liberdade de escolha, sem distinção, e para que esta ação tenha sucesso em sua finalidade o profissional deve expor as vantagens e desvantagens de cada método, levando em consideração os fatores de riscos, a idade, o nível socioeconômico, a paridade e até mesmo a religião. Deve ser uma decisão do casal pautada e avaliada pelo profissional, que na ESF é o enfermeiro o responsável (PAZ; DITTERICH, 2009).

A escolha deve ser de forma livre, de maneira informativa e compatível com os critérios de elegibilidade clínica. Para tanto, o Ministério da Saúde por meio do Programa de Planejamento Familiar enfatiza a utilização de diversos métodos contraceptivos e conceptivos, entre eles destacam-se: hormonais, barreira, comportamentais, dispositivo intrauterino (DIU) e cirúrgicos (TOSTA, 2011).

Alguns critérios devem ser analisados para a escolha do método contraceptivo e são abordados durante o aconselhamento, tais como: eficácia, segurança, reversibilidade à fertilidade, adesão ao método, presença de amenorreia (por mais de três meses); prevalência de contraindicações, osteoporose, trombose venosa profunda, hipertensão arterial sistêmica, entre outros; vantagens não-contraceptivas, em que o custo e o benefício sejam garantidos a cada casal, assim como as condições de gravidez proibitiva ou opcional para o casal, relacionamento sexual eventual ou regular, estável ou não, com um ou mais parceiros, desejo de medida contraceptiva de curto ou longo prazo, idade, condição socioeconômico e cultural,

paridade, estado de saúde e adesão, são fatores que interessam no aconselhamento (WANNMACHER, 2006).

Em relação ao método contraceptivo utilizado, não existe método totalmente eficaz. No entanto, os parceiros devem optar por um método que garanta dupla proteção (BRASIL, 2010b).

Dessa forma, considerando que o enfermeiro é responsável pela ação do planejamento familiar na ESF, deve ser capacitado e ter competência quanto às informações prestadas sobre a forma correta de utilização, eficácia, vantagens e desvantagens, efeitos secundários, riscos e benefícios dos vários métodos. O profissional deve aproveitar o momento para informar sobre a importância da prevenção de IST (PORTUGUAL, 2011).

Certificar-se de que as informações repassadas foram bem assimiladas pelo usuário, fornecer material impresso em casos de dúvidas e estar sempre a disposição para maiores esclarecimentos compõe uma das contribuições médicas na decisão do método elegido pelo casal, não havendo razões de caráter médico que o impeçam. São também indispensáveis para uma consulta de enfermagem de forma adequada (MENDES, 2011).

Os casos mais complexos necessitam de intervenção médica e muitas vezes de encaminhamento para especialista ginecologista, por exemplo, para que seja solucionado o problema e para que o casal tenha plena condição de planejar sua família (REZENDE et al., 2010).

De acordo com a Lei do Exercício Profissional do Enfermeiro 7.498/1986 e a Resolução COFEN nº 271/2001, o enfermeiro pode prescrever os anticoncepcionais hormonais. No planejamento familiar a enfermagem possui características próprias, nas consultas realizadas o enfermeiro deve estabelecer o vínculo com a paciente, transmitindo sempre confiança, resultando em uma maior interação entre o profissional e a usuária. Com base nas informações notadas durante a conversação deve-se eleger as informações cabíveis para aquele momento, para que não perca o foco, e nem se desvie a atenção do usuário, porém sempre atenta às dúvidas. As consultas de reavaliação devem ser agendadas pelo menos uma vez ao ano para a mulher em uso de anticoncepcionais hormonais, e sempre que sentir necessidade ou dúvida quanto ao método hormonal escolhido (SOUZA et al., 2013).

O profissional de saúde deve atuar na investigação das condições que contraindiquem o uso do contraceptivo hormonal. Para tanto, deverá realizar exame físico geral e ginecológico, incluindo sempre o exame de mamas e ensinando as práticas para realização do autoexame; esclarecer que os métodos hormonais não protegem contra infecções sexualmente transmissíveis (IST)/ vírus da imunodeficiência humana (HIV)/ síndrome da imunodeficiência

humana adquirida (SIDA) e incentivar a adoção da dupla proteção-uso associado do preservativo, masculino ou feminino, com o método hormonal; orientar a possibilidade do aparecimento de sintomas atípicos, que se faz necessário e procurar assistência médica imediata em serviço de saúde mais próximo (BRASIL, 2010a).

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de campo, com abordagem quantitativa. Conforme Prodanov e Freitas (2013) o estudo descritivo é quando o pesquisador apenas registra e descreve os fatos analisados sem intervir neles. Utiliza o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática.

A pesquisa descritiva busca obter dados mais consolidados sobre uma determinada realidade. Mas ainda não há uma interferência do pesquisador ou a tentativa de obter teorias que expliquem os fenômenos. Tenta-se apenas descrever os fatos como são. A caracterização da pesquisa descritiva é realizada pelo levantamento de dados e pela aplicação de entrevistas e questionários (WAZLAWICK, 2010).

Para Gil (2007, p. 42): “as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno...”. Segundo Minayo (2007), a finalidade do estudo descritivo é observar, registrar e analisar o fato, sem interferência do pesquisador e realizar a coleta de dados através de técnicas, como questionário e observação.

Segundo Marconi e Lakatos (2010) a abordagem quantitativa utiliza-se de técnicas estatísticas, informações numéricas e amostras amplas para classificação e análise da pesquisa, avaliando a importância, o risco, a gravidade e a propensão dos agravos e ameaças através da quantificação. Corroborando, Minayo (2007) afirma que a pesquisa quantitativa patenteia em números as opiniões e as informações a serem analisadas, o pesquisador utiliza técnicas estatísticas e uma sequência lógica dos acontecimentos.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O referido estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF) na zona urbana, no bairro Casas Populares no município de Cajazeiras-PB. A cidade localiza-se no alto sertão paraibano, que se encontra a 477 km da capital João Pessoa-PB, possui uma área territorial de 566 km² e estimativa populacional de 58.443 habitantes (IBGE, 2014).

Segundo o DATASUS a população do município de Cajazeiras possui 59.130 habitantes, dos quais 28.263 são homens e 30.867 são mulheres (BRASIL, 2012). No que se refere à saúde, este município sedia a IX Gerência Regional de Saúde do Estado, sendo responsável pela jurisdição de 14 outros municípios localizados em seu entorno geográfico. Possui atualmente um hospital regional, Hospital Regional de Cajazeiras (HRC), um hospital pediátrico, Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUIB), além de 19 Equipes de Saúde da Família, Policlínica, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto- Atendimento (UPA) e corpo de bombeiros.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

População é considerada um conjunto de seres inanimados e animados, que tem em comum, no mínimo, um atributo. Amostra conceitua-se como sendo a parte ou fração de um todo, tal qual é vista como a mais expressiva (MARCONI; LAKATOS, 2010). A eleição da amostra correspondeu ao critério de aleatoriedade, e constitui-se de uma amostra probabilística, o que garantiu o direito a todas as mulheres de serem seletas. Também foi utilizado a conveniência, uma vez que participaram do estudo as mulheres que compareceram a unidade de saúde até o alcance do quantitativo proposto.

A população do estudo foi composta por todas as mulheres cadastradas na USF São José/ Posto de Atenção Primária à Saúde (PAPS) para as atividades de planejamento familiar, sendo que no período da elaboração do projeto de pesquisa estavam cadastradas 238 mulheres para recebimento de métodos contraceptivos do Ministério da Saúde e/ou da BENFAN.

Foram utilizados como critérios de inclusão na amostra: estar cadastrada na USF em uso de qualquer método anticoncepcional hormonal (MACH); estar fazendo uso de anticoncepcional hormonal por um período mínimo de três meses ou em casos de mulheres ao uso de trimestrais três vezes consecutivas em nove meses e concordar em participar do estudo com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice IV).

Foram excluídas da amostra as mulheres que não atenderam a um ou mais dos critérios de inclusão ou que se recusaram a participar da pesquisa.

A amostra foi estabelecida por critérios probabilísticos, o que a torna representativa entre as mulheres em uso do MACH na população escolhida. Para isso foi utilizada a fórmula para cálculo de amostra de população finita, tendo um nível de confiança de 95%, erro amostral de 5%, percentual máximo de 75% (SANTOS, 2014). Observando que a população que fazia o uso do MACH há no mínimo três meses era de 88 mulheres, após o cálculo, a amostra a ser investigada seria de 68 mulheres, entretanto participaram do estudo 70 mulheres.

4.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

O instrumento de coleta consistiu em um roteiro de questionário semiestruturado, elaborado pela própria pesquisadora, composto por duas partes: a primeira trata sobre o perfil sócio-demográfico e identificação das participantes; a segunda composta por questões sobre as condições de saúde, os fatores de risco e os sinais e sintomas associados ao uso de anticoncepcionais hormonais.

Os dados foram categorizados de acordo com as definições a seguir.

4.4.1.1 Dados sócio-demográficos

- a) **Faixa etária:** A faixa etária considerada pelo MS como aquela na qual as mulheres se encontram em idade reprodutiva é de 10 a 49 anos, será considerada a categorização em dois grupos: 17 a 29 e 30 a 45. A caracterização foi baseada nos valores mínimo (17), média (29,11) e máximo (45) da amostra analisada.
- b) **Situação conjugal:** como essa variável diz respeito à presença ou não de um companheiro, e considerando-se o estado civil de cada entrevistada, a mesma será definida, para melhor entendimento do estudo, em convive com companheiro e sem companheiro fixo. A influência dessa condição é notória, vez que abundam estatísticas mostrando maiores aderências ao método mulheres casadas e ou com companheiro.
- c) **Escolaridade:** a categorização da escolaridade foi feita de acordo com os anos de estudo da seguinte maneira (em anos): nenhuma, 1 a 3, 4 a 7, 8 a 11, 12 e mais. Como no questionário se apresenta com várias subdivisões, e para uma melhor apresentação, ela será categorizada em analfabeto (sem nenhum estudo) e educação fundamental (até a 8ª série) e

educação médio/superior (ensino médio incompleto/completo, ens. superior incompleto, ens. superior completo, especialização/residência, mestrado, doutorado). Desponta como um importante indicador para avaliar o entendimento da mulher sobre o método anticoncepcional hormonal escolhido.

d) **Raça/cor:** a cor auto referida (branca, parda e negra) foi adotado duas categorias para este item: brancos e não brancos para fins de análise.

e) **Ocupação:** considerando que esta é uma condição que dá certa liberdade a mulher, e que caracteriza a sua capacidade produtiva, se fará uma apresentação em três condições: agricultora/ do lar, estudante e outras: balconistas, autônomas, comerciantes e outras.

4.4.1.2 Condições de Saúde, fatores de risco e sinais e sintomas

Vale conhecer da paciente sua história clínica, antecedentes pessoais patológicos relacionados a enfermidades anteriores. Os fatores de risco modificáveis apresentados no instrumento serão apresentados na forma dicotômica, uma vez que as respostas para este ponto só tem duas respostas: sim ou não, obedecendo aos critérios adotados pelo MS.

a) **Cardiopatas:** patologias que acometem o coração, suas principais causas são: genética, sedentarismo e maus hábitos alimentares. Exemplos de cardiopatias: congênita, valvulares, miocárdica e hipertensiva.

b) **Doenças Tromboembólicas:** Trombofilia é a capacidade aumentada para formação de coágulos e trombos no organismo pode ser hereditária e ou adquirida.

c) **Hipertensão:** é considerado hipertenso quando a médias aritmética pressórica for maior ou igual a 140/90 mmHg verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três (BRASIL, 2013b).

d) **Diabetes:** é avaliado como um distúrbio crônico que altera o metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras por uma carência na secreção ou na função da insulina. A doença é definida por hiperglicemia de jejum ou apresentar alterações nos níveis plasmáticos de glicose, e suas principais complicações são vasculares e metabólicas (BRUNNER, 2009).

e) **Icterícia** (autoreferida): Apresenta na pele com coloração amarelada, é resultado de um aumento da destruição dos eritrócitos, e como consequências a submersão do plasma com a bilirrubina de forma rápida, embora o fígado funcionando normalmente não consiga eliminar com rapidez a bilirrubina com qual ela é formada (BRUNNER & SUDDARTH, 2009).

- f) **Anemias** (autoreferida): De acordo com a OMS é definida como a condição na qual o teor de hemoglobina no sangue está em valores abaixo do normal resultante da carência de nutrientes essenciais (JORDÃO et al., 2009).
- g) **Neoplasias**: Câncer cervical (risco relativo de desenvolvimento), endometrial e ovariano (redução do risco de desenvolvimento com dois anos de uso).
- h) **Fumo**: Se fumam quinze ou mais cigarros por dia, mulheres ao uso de anticoncepcionais apresentam maiores riscos de desenvolver doenças cardiovasculares e esse risco é ainda maior entre aquelas que fumam além de haver um efeito dose dependente, ou seja, é tanto maior quanto maior o número de cigarros/dia.
- i) **Drogas ilícitas e lícitas**: as drogas ilícitas são proibidas por lei e as lícitas de acordo com a SENAD (2013) são comercializadas de forma legalística, podendo ou não estar reprimidas a algum tipo de restrição, como alguns medicamentos que só podem ser adquiridos por meio de prescrição médica especial(receituário da cor azul- padronizado). O uso de drogas interfere nos efeitos dos anticoncepcionais hormonais, podendo diminuir sua eficácia.
- j) **Ansiedade** (autoreferida): percepção ou sentimento decorrente da exagerada excitação do sistema nervoso central consequente à interpretação de uma situação desconhecida e/ou de perigo.
- k) **Depressão** (autoreferida): caracterizado como um transtorno multifatorial, podendo ter percurso crônico, que gera grande custo pessoal e social para seus portadores (NARDI, 2006).
- l) **Gastrite** (autoreferida): inflamação da mucosa do estômago.

4.4.1.3 Exame Físico

- a) **Pressão Arterial (PA)**: foi obtida utilizando-se esfigmomanômetro portátil aneróide e manguito padrão para adultos, da marca Premium®.
- b) **Peso**: foi obtido a partir de uma balança convencional disponibilizada pela UBS, e após medição avaliados. Avaliados em balanças ARJA® e modelo automático WELMY®.
- c) **Estatura**: a medição foi realizada em balança antropométrica disponibilizada pela UBS.
- d) **IMC**: Calculou-se o índice de massa corporal (IMC) com as medidas de massa e altura, de acordo com a equação de Quetelet: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (m)}$. Foram considerados os seguintes pontos de corte para classificação do estado nutricional pelo IMC: $IMC < 18,5$ - baixo peso, IMC de 18,5 a 24,9 - adequado, IMC de 25,0 a 29,9 - sobrepeso e $IMC \geq 30$ - obesidade. Frente ao estudo o IMC foi categorizado em três classes: baixo peso, peso adequado e sobrepeso/obesidade. Segundo a OMS o sobrepeso é um fator predisponente para

doenças crônicas, enquanto que a obesidade é um fator mórbido sendo considerada uma doença de origem multifatorial.

e) **Circunferência Abdominal (CA):** a CA foi obtida na menor curvatura localizada entre as costelas e a crista ilíaca com fita métrica flexível e inelástica. O Ministério da Saúde classifica o risco cardiovascular e metabólico de acordo com a medida da CA, em risco baixo entre 70 a 80 cm; moderado de 81 a 99 cm e muito alto com valores ≥ 100 cm. Foi considerado ponto de corte para risco cardiovascular os valores da circunferência abdominal (CA) de 88 cm, para o feminino. (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE, 2009) Nesse estudo classificou o risco em duas categorias distintas: risco baixo/moderado (≤ 87 cm) e muito alto (≥ 88 cm).

4.4.1.4 Antecedentes gineco- obstétricos

Procurou-se investigar, os antecedentes obstétricos e correlacionar com a escolha do método.

a) **Menarca:** considera-se o início da função menstrual, caracterizada pelo Ministério da Saúde como o início da idade reprodutiva. Até < 18 anos e > 45 anos, a mulher irá utilizar o método se não estiver nessa faixa etária preconizada pela OMS e será avaliada periodicamente. As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados.

b) **Gesta:** a ocorrência do número de gestações, primigesta (1), secundigesta (2), multigesta (3 ou mais).

c) **Para:** a prevalência do número de partos realizados, múltiparas, paucípara e nulípara. E o tipo de parto cesáreos e/ou vaginais.

d) **Aborto** (espontâneos e/ou provocados): quando uma mulher grávida apresenta sangramento, cólicas diagnostica-se uma ameaça de aborto porque um aborto real, comumente e iminente (BRUNNER & SUDDARTH, 2009). Em casos de aborto o método deverá ser iniciado só após seis semanas após o evento.

4.4.1.5 Intercorrências

Efeitos relatados após o uso de anticoncepcionais hormonais.

a) **Amenorreia:** é a caracterizada pela ausência de menstruação. É preciso esclarecer, contudo, que a presença da amenorreia de modo algum indica falha na ação contraceptiva da pílula. A ausência de menstruação por mais de três meses seguidos é indicação para uma

consulta com o ginecologista para investigação da causa. Podendo está relacionado este evento pela utilização de pílulas de baixa dosagem de estrogênio, pode ser intencional ou não, o uso contínuo sem intervalos pode ocorrer à amenorreia.

- b) **Dor ou edema intenso nas pernas:** o edema pode ser evidenciado em regiões da pele que se tornam edemaciado com o acúmulo de líquidos nos tecidos. Trauma direto ou comprometimento do retorno venoso são duas ocasiões comuns de edema (POTTER; PERRY, 2010).
- c) **Dispneia paroxística:** dificuldade em respirar ao deitar-se.
- d) **Taquipnéia e/ou tosse:** é considerada segundo Potter e Perry (2010 p.532) “a frequência da respiração é regular, porém anormalmente rápida (superior a 20 respirações por minuto)”. A tosse pode ocasionar o aumento dos movimentos respiratórios surgindo uma alteração, taquipnéia.
- e) **Mastalgia:** refere dor na mama. Pode ser caracterizado como um efeito secundário do uso de anticoncepcionais hormonais
- f) **Fraqueza ou parestesia no rosto, braço ou perna:** diminuição da força muscular, alterações de sensibilidade, podendo ocasionar coceira, dormência ou queimação.

4.4.1.6 Antecedentes familiares

- a) **Diabetes:** Foram investigados quanto a hereditariedade familiar em DM do tipo I e II, haja em vista que é considerado um fator de risco para o desencadeamento em mulheres ao uso de MACH.
- b) **Hipertensão Arterial:** é considerada a PA persistente mais alta que a normal. PA Diagnosticada quando a pressão sistólica >160 ou a pressão diastólica > 100 .
- c) **Câncer de Mama:** por ser comprovado fator hereditário que predispõe a doença, é um tumor sensível ao efeito hormonal e o prognóstico das mulheres com câncer de mama pode piorar com o uso da progesterona.
- d) **Doenças Cardíacas:** doença arterial coronariana, valvulopatia cardíaca, cardiopatias congênitas e cardiomiopatias.

4.4.1.7 Uso do MACH

Foram investigados os métodos contraceptivos já utilizados quanto a sua classificação, método utilizado atualmente, seu tempo de uso e os fatores que influenciaram a sua escolha.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados é a fase da pesquisa em que é iniciada a aplicação dos instrumentos preparados e das técnicas escolhidas, e tem como objetivo a execução da coleta dos dados previstos (MARCONI; LAKATOS, 2010).

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e a coleta de dados junto às usuárias cadastradas no Programa Planejamento Familiar da USF foi realizada logo após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa e da autorização da Secretaria Municipal de Saúde.

Inicialmente foi realizada uma breve explanação sobre os objetivos da pesquisa a enfermeira responsável pela USF, e em seguida aos participantes da pesquisa, no intuito de conseguir uma maior aceitação na participação do estudo. Uma vez dispostas a contribuir com a pesquisa, a participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foi iniciada a aplicação dos questionários individualmente.

Os dados foram coletados e registrados pela própria pesquisadora, na USF e, algumas vezes foi necessária a coleta no domicílio. As perguntas foram registradas no próprio formulário, possibilitando maior interação com as participantes.

4.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO E ANÁLISE DOS DADOS

Essa pesquisa teve uma abordagem quantitativa, analisando as variáveis estatisticamente. Os instrumentos de coleta de dados foram enumerados e codificados para o uso do pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), Versão 21.

No processo de digitação o banco foi digitado aos pares com o intuito de evitar possíveis erros na codificação das variáveis e preenchimento do banco. Com base na estatística descritiva, as tabelas foram elaboradas contendo números absolutos e percentuais e os dados discutidos à luz da literatura pertinente à temática abordada.

4.7 POSICIONAMENTO ÉTICO DA PESQUISA

Respeitando aos aspectos éticos em pesquisa, a pesquisa foi realizada obedecendo todas as normas éticas regidas pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012b). No Brasil todas as pesquisas com seres humanos devem ser submetidas à apreciação de um CEP. Deve ser enfatizado que a revisão ética de toda e

qualquer proposta de pesquisa em seres humanos não poderá ser dissociada da sua análise científica. Os Comitês de Ética em Pesquisa têm também o direito de avaliar os orçamentos dos projetos submetidos à sua apreciação (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013).

O projeto dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Faculdade Santa Maria, Cajazeiras-PB.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização dos sujeitos do estudo

A caracterização das participantes envolvidas no estudo realizou-se por meio da análise das seguintes variáveis: faixa etária, estado civil, situação conjugal, ocupação, cor, antecedentes pessoais, pressão arterial, IMC, circunferência abdominal, antecedentes gineco-obstétricos (menarca, gestações, partos, abortos, nº de filhos), intercorrências (amenorreia, dor ou edema intenso nas pernas, dispneia paroxística, taquipnéia e/ou tosse, mastalgia, fraqueza ou parestesia no rosto, braço ou perna,) antecedentes familiares, métodos contraceptivos hormonais já utilizados, método contraceptivo em uso, tempo de uso, fatores que influenciaram a escolha do método – informações que compunham os dados de identificação do roteiro semiestruturado aplicado à população em questão.

Tabela 01 – Caracterização dos dados sociodemográficos das participantes do estudo ao uso de MACH. Cajazeiras-PB, agosto, 2014.

Variáveis	N	%
Idade(anos)		
17 a 34	57	81,4
35 acima	13	18,6
Escolaridade (anos)		
1 a 3	2	2,9
4 a 7	3	4,3
8 a 11	16	22,9
12 ou mais	49	70,0
Estado Civil		
Casada	48	68,6
Solteira	22	31,4
Situação Conjugal		
Com companheiro fixo	55	78,5
Sem companheiro fixo	15	21,4
Ocupação		
Agricultora/Do lar	35	50,0
Estudante	24	34,8
Outros	11	15,7
Cor*		
Branca	20	28,6
Não-Branca	50	71,4
Total	70	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

*Não Branca contempla aquelas que declararam a cor como: negra, parda, amarela (origem oriental) ou vermelha (origem indígena).

No que diz respeito à idade, a faixa etária predominante foi entre de 17 a 34 anos com 81,4% (n=57), seguido da faixa de 35 anos acima com 18,6% (n=13), consideradas mulheres na faixa etária de maior risco para o desenvolvimento de complicações associadas ao uso de

MACH. Tal achado vai de encontro a outros estudos como o de Silva; Souza (2014) onde as mulheres questionadas, em uso atual ou passado de métodos contraceptivos, em sua maioria eram adultas jovens, faixa etária entre 19 e 25 anos, representando 45,4%.

De acordo com OMS os ciclos de vida são divididos em: adolescentes jovens que estão na faixa etária de 15 a 19 anos, os adultos jovens entre a faixa etária de 20 a 24 anos e, na fase adulta, consideram-se a partir dos 25 anos (SILVA; SOUZA, 2014).

Em relação à escolaridade, 70% (n=49) das mulheres tinham 12 ou mais anos de estudo; 22,9% (n=16) de 8 a 11 anos. Dentre as demais participantes 4,3% (n=3) estudaram de 4 a 7 anos e 2,9% (n=2) de 1 a 3 anos, ou seja, a grande maioria das participantes possui boa escolaridade.

Confirmando os resultados desta pesquisa, Barreto (2010) em um estudo realizado no município de Teresina-Piauí notou maior prevalência de mulheres com 12 ou mais anos de estudo (44,9%), seguido de 31,6% com 8 a 11 anos de estudo, frente a este dado constatou-se maior autonomia frente à escolha do método. O nível de instrução da mulher está diretamente relacionado com a escolha do MACH, entendimento do método, os fatores avaliativos ao uso, busca aos serviços de saúde e maior adesão ao tratamento.

No tocante ao estado civil, 68,6% (n=48) das mulheres eram casadas. O estudo de Moura et al. (2010) realizado em cidades do interior do Ceará, entra em consonância com a pesquisa; pois percebe-se a importância de avaliar essa variável no contexto da assistência ao planejamento familiar, uma vez que expectativas para se planejar, analisar e escolher um MACH depende da tomada de decisão compartilhada, a depender do tipo de união.

Na variável situação conjugal, observou-se que 78,5% (n=55) relataram manter um relacionamento com um ou mais companheiros fixos; identificou-se ainda que, 21,4% (n=15) utilizavam o MACH sem união conjugal e sem parceiro fixo.

Em relação à ocupação, 50% (n=35) eram agricultoras ou trabalhavam apenas no lar. Frente às informações coletadas, observou-se ainda que aquelas que trabalham com carteira assinada e as que estudava representava 34,3% (n=24); sendo que 15,7% (n=11) desempenhavam outras ocupações como secretária, costureira, recepcionista, telefonista, zeladora e comerciante.

Um achado com repercussão negativa para este estudo foi o grande número de relatos da ocupação agricultora, gerando a inexistência de uma análise socioeconômica mais fidedigna, já que o relato é baseado na correlação que essas mulheres têm com a previdência social.

Em estudo realizado por Silva; Souza (2014) quanto à ocupação das mulheres questionadas, 49% exerciam atividades do lar, seguidas pelas trabalhadoras informais, ou seja, sem carteira profissional assinada, totalizando 21,8%.

Vale ressaltar que as mulheres sendo em sua grande maioria sem renda ou agricultoras, dedicam-se ao lar e dependem financeiramente do seu companheiro. Quanto as agricultoras, muitas mulheres investigadas referiram essa ocupação por contribuir com o benefício cedido pela previdência social.

Quando indagadas sobre a cor auto-referida, 71,4% (n=50) consideravam-se não branca. Contradizendo com dados apresentados em inquérito populacional telefônico realizado por Corrêa (2012), em Belo Horizonte, as mulheres em uso de anticoncepcionais autodeclararam-se de cor branca 37,2%, vale destacar que nessa região, segundo o censo de 2010 do IBGE, a população é predominantemente branca, ao contrário do presente estudo em que a maioria referiu ser não branca.

Tabela 02 – Caracterização dos antecedentes pessoais, pressão arterial, IMC e circunferência abdominal das participantes do estudo ao uso de MACH. Cajazeiras-PB, agosto, 2014.

Variáveis	n	%
Antecedentes pessoais* (n=23)		
Hipertensão	6	8,57
Fumo	6	8,57
Anemias	5	7,52
Gastrite	4	5,72
Cardiopatas	1	1,43
Ansiedade	1	1,43
Outros	2	2,86
Pressão arterial (n=70)		
PAS ≤ 120 mmHg	61	87,2
>120 mmHg	9	12,9
PAD 60 a 75mmHg	66	94,2
76 a 90 mmHg	4	5,7
IMC (n=70)		
Baixo peso	3	4,3
Peso adequado	36	51,4
Sobrepeso/ obesidade	31	44,3
Circunferência abdominal (n=70)		
Risco baixo/moderado (70 a 99 cm)	46	65,7
Risco muito alto (> 100 cm)	24	34,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

*Apenas 23 mulheres, sendo que algumas mulheres referiram mais de um antecedente pessoal.

Na Tabela 2 observa-se a distribuição dos fatores clínicos decisivos para a escolha do MACH. Dessa forma, a importância dos antecedentes pessoais é avaliada como fator preditor na sua utilização, direcionando os profissionais de saúde bem como a mulher ou o casal.

Em relação aos antecedentes pessoais foi observado a ocorrência de hipertensão com 8,57% (n=6); tabagismo 8,57% (n=6) seguido de anemias 7,2% (n=5); gastrite 5,72% (n=4); ansiedade 1,43% (n=1) cardiopatias 1,43% (n=1) e outras 2,86% (n=2) sendo citadas a febre reumática e a sinusite.

A análise dessa variável é considerada essencial na avaliação clínica, pois, possibilita identificar os fatores de riscos para desencadeamento de outras doenças associadas ao uso do MACH, como doenças metabólicas, cardíacas, cerebrovasculares, neoplasias e dentre outras.

Quanto ao uso de contraceptivos hormonais por mulheres hipertensas, a OMS recomenda restrição na utilização. No entanto, quando escolhido, aconselha-se que a sua composição seja apenas de progestógeno. Ainda, salienta que a utilização de MACH aumenta discretamente os níveis pressóricos médios, podendo predispor maior chance de eventos isquêmicos e tromboembólicos quando um método hormonal é associado à hipertensão crônica. Contudo, mulheres com hipertensão tratadas adequadamente exibem menor risco de IAM e AVE quando comparadas com aquelas não tratadas (WHO, 2010).

Em relação ao hábito de fumar, Wunsch et al. (2010) aponta que os efeitos maléficos do cigarro associado ao uso do MACH aumentam consideravelmente os riscos cardiovasculares, como também para as doenças respiratórias e vários tipos de cânceres. Para tanto, o autor destaca que esse risco é maior entre as fumantes ativas, em decorrência dos efeitos de dose dependente; tendo forte correlação com o número de cigarros por dia. A WHO (2010) destaca que a associação da idade com o tabagismo e o número de cigarros e, contraindica o uso de MACH para as fumantes com mais de 35 anos.

Com exceção da PA, IMC e circunferência abdominal, as demais variáveis foram autoreferidas, as mulheres que apresentaram anemias deve-se haver a distinção dentre os seus tipos para uma melhor avaliação, por exemplo, no caso da anemia ferropriva, que o MACH terá benefícios na redução da perda sanguínea, quando o método irá regular o fluxo sanguíneo. Na anemia falciforme estudos ainda não comprovaram sua contra indicação, a paciente deve ser avaliada e um questionamento dos riscos deve ser discutido entre o médico e a mulher orientando quanto aos possíveis efeitos e riscos que podem estar expostas (BRASIL, 2012).

Em estudo realizado para caracterizar a prevalência de anemia em mulheres em idade reprodutiva no município de Pelotas, região sul do Brasil, demonstrou um percentual de 21,9% (n=137) (OLINTO, 2003).

Os índices pressóricos das mulheres estudadas foram analisados e classificados de acordo com o critério de avaliação da pressão arterial destacando a contraindicação do uso de MACH por mulheres com idade superior a 35 anos. Atestando-se que 87,2% (n=61) encontravam-se com a pressão arterial sistólica (PAS) ≤ 120 mmHg e 12,9% (n=9) apresentavam-se > 120 mmHg; referente a pressão arterial diastólica (PAD), verificou-se que 94,2% (n=66) demonstram 60 a 75 mmHg e 5,7% (n=4) mostravam-se 76 a 90 mmHg. Destacando-se que 12,9% (n=9) das participantes do estudo apresentaram (PAS) > 140 mmHg e 5,7% (n=4) exibiram (PAD) > 90 , o que caracteriza hipertensão estágio II. Assim, evidenciou-se que algumas mulheres apresentaram parâmetros da PA elevados, desta forma, subteve-se que o uso de MACH pode elevar as taxas pressóricas e predispor as doenças cardiovasculares.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica do MS - Hipertensão Arterial Sistêmica, a hipertensão é duas a três vezes mais comum em usuárias de anticoncepcionais hormonais, notadamente entre as mais idosas e obesas. No referido documento cita-se que é contraindicado para mulheres com mais de 35 anos e/ou fumantes, e o começo da doença durante a utilização do método atribui a suspensão imediata da medicação, o que, em geral, regulariza a PA em alguns meses. Necessita-se, no entanto, fornecer a substituição por método contraceptivo eficaz (BRASIL, 2013a).

Com relação à média e desvio padrão essa pesquisa apresentou PAS $110,8 \pm (12,7)$ e PAD $74,4 \pm (8,4)$ (n=70). Corroborando o resultado da pesquisa com o estudo realizado por Silva (2012) que teve média de PAS $104,5 \pm (10,4)$ PAD $67,82 \pm (8,10)$ (n=212).

Embora não tenha sido objetivo dessa pesquisa ao questionar e avaliar essas mulheres, as mesmas relataram que na maioria das vezes a simples aferição da PA não é realizada na Unidade de Saúde, geralmente o profissional solicita informação de qual a média do valor da PA, sendo anotado como registro na UBS (DNIT).

Segundo o MS e os critérios de elegibilidade clínica definida pela OMS, mulheres que possuem antecedente de hipertensão e níveis elevados de PA e/ou doenças cardiovasculares têm contraindicação específica para o uso de MACH (BRASIL, 2010b).

Quanto ao IMC, neste estudo 51,4% (n=36) estavam com peso adequado; 44,3% (n=31) tinham sobrepeso e obesidade e 4,3% (n=3) das mulheres apresentavam baixo do peso. No Brasil, dados do Inquérito Populacional Telefônico (VIGITEL), foi observado que as

mulheres apresentavam excesso de peso ($IMC > 25 \text{ kg/m}^2$) categorizado como: de 18 a 24 anos (24,9%), 25 a 34 anos (36%) e 35 a 44anos (45,7%) (CORRÊA, 2012).

Em estudo realizado por Esteves (2011) foi possível determinar que 7% (n=14) das participantes apresentavam valores de IMC classificados como indicadores de obesidade.

Observou-se que entre as investigadas prevaleceu as com peso adequado. No entanto, foi bastante significativa a quantidade de mulheres com sobrepeso/obesidade em uso de MACH.

Recomenda-se que na dispensação de medicamentos deve-se investigar o ganho ponderal de peso de um mês para o outro, a fim de observar o desenvolvimento de efeitos colaterais ao uso do método, como o sobrepeso e a obesidade. Tendo em vista que nesse estudo as mulheres apresentaram um elevado percentual de sobrepeso, o que demonstra a necessidade contínua de monitoração do peso.

Skouby (2010) expõe que a obesidade isoladamente não é contraindicada para o uso de anticoncepcionais, justificando que não é comprovada a redução da eficácia do método. O que se verifica é a descontinuidade do método hormonal por mulheres que relacionam o ganho de peso ao contraceptivo. Contudo, é necessário analisar que mulheres obesas já possuem um risco de diferentes comorbidades como hipercolesterolemia, hipertensão e diabetes (ABDOLLAHI, CUSHMAN, ROSENDAAL, 2003).

No que diz respeito à circunferência abdominal, 65,7% (n=46) apresentaram risco baixo/moderado e 34,3% (n=24) apresentaram risco muito alto. Sabendo que a CA é preditor de sobrepeso e obesidade e considerado um fator de risco para doenças cardiovasculares é notória a significância da CA aumentada entre a amostra estudada.

A adiposidade abdominal é apontada como fator de risco para doenças cardiovasculares, influenciando a resistência insulínica como também a síndrome metabólica e o risco cardiovascular (HASSELMANN, 2008).

Destarte, é imprescindível a utilização da medida de CA com precisão nas escolhas do método e reavaliação do MACH. Frente aos dados coletados verificou-se a ausência da realização da CA na UBS, sendo avaliados apenas peso e altura.

Frente a pesquisa realizada por Damascena (2014) os valores referentes a IMC não diferenciam gordura corporal de massa muscular. Portanto, esses valores podem ser subestimados, referente à gordura corporal.

Tabela 03 – Caracterização dos antecedentes gineco- obstétricos das participantes do estudo ao uso do MACH. Cajazeiras-PB, agosto, 2014.

Antecedentes gineco- obstétricos (n=70)	N	%
Menarca (n=70)		
Precoce (9 a 11anos)	9	12,9
Adequada (12 a 14 anos)	51	72,9
Tardia (15 ou mais anos)	10	14,2
Gestações (n=61)		
Primigesta	29	47,54
Secundigesta	20	32,78
Multigesta	12	19,66
Parto (n=61)		
Um parto	30	49,18
Dois partos	19	31,14
Três partos	11	18,03
Cinco partos	1	1,4
Aborto (n=5)		
Um aborto	4	5,71
Dois abortos	1	1,42
Número de filhos (n=61)		
Um filho	30	49,18
Dois filhos	19	31,14
Três filhos	11	18,03
Cinco filhos	1	1,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

No que tange à história de desenvolvimento sexual foi observado que as mulheres questionadas tiveram suas menarcas numa idade média de 12,9 anos, o que está de acordo com os estudos de Martínez et al. (2010), em que onde a idade da menarca no grupo estudado foi de 12,4 anos e a prevalência antes dos 12 anos foi de 24,3%.

Na tabela 03, 72,9% (n=51) das mulheres relataram menarca entre 12 a 14 anos, seguida de menarca precoce, com 12,9% (n=9) e 14,2% (n=10), apresentaram menarca tardia.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), no Brasil a faixa etária de menarca é de 12 e 13 anos. Com a menarca acontecendo precocemente, a vida sexual tende a iniciar mais cedo. No entanto, é importante a participação da equipe de profissionais de saúde para orientação quanto às informações prestadas, a escolha e uso de anticoncepcionais com participação do parceiro, incentivando uma escolha livre e explanada (BRASIL, 2008).

A análise dos dados mostrou que 47,54% (n=29) eram primigestas; 32,78% (n=20) secundigestas e 19,66% (n=12) multigestas.

Quanto aos partos vivenciados pelas mulheres que participaram da pesquisa, observa-se que 49,18% (n=30) realizaram apenas um parto; 31,14% (n=19) passaram por dois partos; 18,03% (n=11) relataram ter feito três partos e apenas 1,4% (n= 1) mulher teve cinco partos.

Esses achados aproximam-se dos da pesquisa realizada por Tapeti (2012) em que 46,9% (n=23) das mulheres realizaram um parto; 32,7% (n=16) passaram por dois partos; 18,4% (n=9) relataram ter feito três partos e apenas 2,0% (n= 1) teve quatro partos.

Verificando-se os percentuais observa-se que atualmente existe uma abrangente diminuição no número de partos realizados, o que pode ser justificado pelo fato que as mulheres estão se preocupando cada vez mais com o planejamento de sua família, investindo mais no uso de contraceptivos.

Os dados referentes aos abortos mostraram que foi predominante o número de mulheres que relataram que nunca passaram por nenhum aborto, totalizando 92,9% (n= 65) mulheres; 5,71% (n=4) relataram já ter sofrido um aborto e apenas uma 1,42% relatou dois abortos. Destacando que todos os abortos relatados foram espontâneos, segundo os relatos das mulheres.

No Brasil é comum à prática de aborto, mesmo sendo um ato ilegal em quase todas as condições. Mais de uma a cada cinco mulheres ao completar quarenta anos já realizou um aborto, especialmente entre as faixas etárias de 18 e 29 anos (DINIZ; MEDEIROS, 2010).

Na França, em estudo realizado, demonstrou-se também um percentual elevado em casos de aborto, apesar do fato da maioria das mulheres francesas (82%) usarem contraceptivos altamente eficazes, as gravidezes não planejadas ainda abrangem um percentual de 33% das gestações, dos quais 60% finalizam em aborto, consequentemente atribui o fato a uma relação de descontinuação dos métodos contraceptivos, já que em intervalos de troca de métodos, pausa ou abandono de método a mulher sem proteção está exposta ao risco de gravidez não planejada (MOREAU et al., 2009).

De acordo com a pesquisa, a maioria 49,18% (n=30) das mulheres tem um filho; 31,14% (n=19) afirmaram ter dois filhos; 18,03 % (n=11) possuem três filhos e apenas 1,4% (n=1) relatou ter cinco filhos. Esses dados sugerem que atualmente a mulher tem o desejo de manter estabilizado o número de filhos por um determinado período de tempo, pois fazem uso de MACH com caráter de planejamento. Concebendo, portanto, mudanças da representação da família contemporânea, que assume uma característica de família com um número diminuído de filhos (TAPETI, 2012).

Segundo o PNDS a Taxa de Fecundidade Total (TFT) no Brasil no ano de 2006 foi em média 1,8 filhos por mulher. Porém em estudo realizado no ano de 1996, esse percentual era de 2,5 filhos por mulher. Portanto, houve declínio dessa taxa, com a maior queda em relação aos 6,2 filhos por mulher observada na década de 60 (BRASIL, 2008).

Tabela 04 – Caracterização das intercorrências ao uso de MACH. Cajazeiras-PB, agosto, 2014.

Intercorrências	N	%
Amenorreia	11	35,48
Dor ou edema nas pernas	10	32,25
Mastalgia	4	12,90
Dispneia paroxística	3	9,6
Taquipnéia e/ou tosse	2	6,45
Fraqueza ou parestesia na face, braço ou perna	1	1,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

*apenas 31 mulheres apresentaram intercorrências e, algumas apresentaram mais de uma.

Na Tabela 04 observou-se que 44,3% (n=31) mulheres apresentaram intercorrências ao uso de anticoncepcionais hormonais; 35,48% (n=11) relataram amenorreia; 32,25% (n=10) dor ou edema nas pernas; 12,90% (n=4) mastalgia; 9,6% (n=3) dispneia paroxística; 6,45% (n=2) taquipnéia e/ou tosse; 3,22% (n=1) fraqueza ou parestesia no rosto, braço ou perna.

Com relação ao surgimento de amenorreia é importante inicialmente descartar a possibilidade de gravidez e logo após associar a um evento comum ao uso de MACH. Sua ocorrência é bem comum ao iniciar o método contraceptivo, mais é importante que a mulher seja avaliada e que não ultrapasse três meses de ocorrência.

Estudo realizado por Silveira et al. (2014) com usuárias de um ambulatório municipal de saúde no município de Tupanciretã – RS, quanto às mudanças físicas associadas ao uso de MACH percebem principalmente a presença de edemas em 25% dos casos (n=16).

Tabela 5. Caracterização de antecedentes familiares das participantes do estudo ao uso do MACH. Cajazeiras-PB, agosto, 2014.

Antecedentes familiares *	n	%
Hipertensão	36	54,5
Diabetes	18	27,3
Câncer de mama	06	10,0
Doença cardíaca	06	10,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

* apenas 31 mulheres, sendo que algumas mulheres apontaram mais de um antecedente familiar.

Conforme a tabela 5 em relação aos antecedentes familiares, as mulheres referiram pelo menos um familiar portador de hipertensão arterial, com 54,54% (n=36); 27,27% (n=18), diabetes; 9,09% (n=6) de câncer da mama e 9,09% (n=6), de doenças cardíacas.

A escolha do MACH deve ser baseada também na identificação dos antecedentes familiares, ressaltando os possíveis riscos, fazendo com que os benefícios da contracepção possam superá-los sem trazer riscos à saúde da mulher. Essa avaliação deve ser precisa e o profissional de saúde deve questionar minuciosamente as características familiares de cada mulher que estarão sendo contraindicadas caso possuam um ou mais antecedentes que predis põem as doenças hereditárias.

**Tabela 6- Caracterização das participantes do estudo quanto ao uso do MACH.
Cajazeiras- PB, agosto, 2014.**

Uso de MACH	N	%
Métodos já utilizados (n=59)		
Oral combinado	45	64,3
Injetável Combinado	14	20,0
Em uso do MACH (n=70)		
Minipílulas	50	71,4
Injetáveis	15	21,4
Dispositivo intrauterino de levonogestrel	5	7,1
Tempo de uso em meses (n=70)		
Até 38 meses	46	65,7
39 a 156 meses	24	34,3
Indicação do uso do MACH (n=70)		
Indicação médica	53	75,75
Por conta própria	11	15,71
Indicação de terceiros	6	8,57

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Com relação ao uso dos MACH 64,3% (n=45) já utilizaram anticoncepcional oral combinado (AOC); 20% (n=14) consumiram anticoncepcional injetável combinado (AIC), e 15,7% (n=11) nenhum método antecedente a escolha atual. Cada porcentagem foi analisada em relação ao total de mulheres, sendo os métodos utilizados individualmente ou associado a outros métodos.

Entre as mulheres que estavam em uso de algum MACH podemos citar: 71,4% (n=50) utilizavam somente minipílula; 21,4% (n=15) usavam injetáveis e 7,1% (n=5) relataram usar dispositivo intrauterino de levonogestrel.

Quanto ao tempo de uso dos contraceptivos hormonais, em meses, observou-se que 65,7% (n=46) das mulheres estavam em utilização do MACH em até 38 meses e 34,3% (n=24) de 39 a 156 meses.

Nesse estudo 75,75% (n=53) das mulheres relataram ter usado o MACH pela primeira vez após indicação médica; 15,71% (n=11) por conta própria; 8,57 % (n=6) delas afirmaram que iniciaram o uso por indicação de terceiros (amigas, parentes, vizinhas). O uso de MACH sem indicação médica pode não ser adequado para cada caso e, conseqüentemente, aumentar as chances de insucesso dos métodos.

Corroborando Silva e Souza (2014) em pesquisa com usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), 62% das mulheres relataram ter o uso do MACH pela primeira vez após indicação médica; 22% delas afirmaram que iniciaram o uso por indicação de terceiros; 11% por influencia das amigas, parentes, vizinhas e 11% por conta própria.

Destacando que há possíveis erros na utilização do MACH quando não se tem a indicação médica, a mulher está exposta a riscos provenientes da má utilização do método. Podendo ser desconhecadora da data adequada para início do método (indicação médica no primeiro dia da menstruação), o espaçamento das cartelas e o método mais adequado de acordo com o exame físico-clínico da mulher.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa possibilitou analisar o perfil de mulheres ao uso de anticoncepcionais hormonais, em uma unidade de saúde no município de Cajazeiras, PB, no ano de 2014. Para o alcance desse objetivo foram investigados os dados sociodemográficos, os antecedentes pessoais, realizado exame físico e análise gineco-obstétrica dessas mulheres.

A partir da análise dos dados sociodemográficos observou-se que a maioria das mulheres ao uso de MACH possuíam idade de 17 a 34 anos, adultas jovens, com ensino médio completo, com companheiro, posto que uma parcela significativa das mulheres não possuíam união conjugal, e sem ocupação remunerada. Quanto a cor auto referida houve predomínio no relato de não branca.

No tocante ao valor dos níveis pressóricos das mulheres estudadas constatou-se que houve uma predominância entre os parâmetros adequados. Destarte, algumas mulheres apresentaram parâmetros da PA elevados, dado importante na avaliação da mulher, considerando a contraindicação do uso do MACH para hipertensas.

No que concerne aos antecedentes pessoais, foi referido pelas mulheres à ocorrência de hipertensão, anemias e tabagismo. A maioria apresentou o IMC em parâmetros adequados, mais vale destacar que uma significativa parcela de mulheres tinham sobrepeso/obesidade.

Em relação à circunferência abdominal, conclui-se que houve predomínio de mulheres que mantinham risco baixo/moderado, mais também houve uma parcela significativa de mulheres que apresentou risco muito alto. Sabendo-se que, a adiposidade abdominal é fator de risco para doenças cardiovasculares, é necessário a medição periodicamente, aproveitando sempre na oportunidade da dispensação do MACH.

Constatou-se que a maioria das mulheres teve suas menarca na idade adequada, era primigesta, realizou apenas um parto, tendo a maioria apenas um filho. Quanto aos dados referentes ao aborto foi predominante o número de mulheres que relatou que nunca passaram por nenhum aborto.

No que concerne às intercorrências apresentadas após o uso do MACH, relataram amenorreia e dor ou edema nas pernas.

Com relação aos antecedentes familiares, as mulheres referiram pelo menos um familiar portador de hipertensão arterial e diabetes. Outro dado relevante que deve ser avaliado na mulher, pois os benefícios da contracepção devem superar os fatores de riscos, sem trazer risco à saúde da mesma.

Na pesquisa foi constatado que muitas mulheres já utilizaram AOC, já quanto aos métodos anticoncepcionais utilizados atualmente houve predominância no uso das minipílulas seguido dos injetáveis. Quanto ao tempo de uso do MACH, em meses, observou-se que as mulheres estavam utilizando em até 38 meses, em sua grande maioria, considerando o elevado percentual de mulheres em uso de 39 a 156 meses.

Notou-se que a maioria das mulheres já optou pela mudança de método, muitas, já utilizaram vários métodos até encontrar o que mais se habituou e, geralmente buscam escolher o mais prático. Destacando que essas mulheres em uso de MACH inicialmente devem passar por uma avaliação em seis meses ao iniciar o método e depois anualmente. O estudo mostra que essa avaliação não é realizada, face a associação com fatores que contraindicam o método entre essas mulheres, observa-se que os efeitos adversos e as intercorrências apresentadas também não vem sendo avaliados.

No presente estudo não foi identificado a utilização do anticoncepcional hormonal associado à camisinha. É crescente a preocupação de mulheres ao uso de MACH sem utilizar a dupla proteção com o códon, os profissionais de saúde devem orientar as mulheres sobre a importância dessa associação.

Conclui-se na pesquisa que a adesão ao programa planejamento familiar é realizada de forma superficial, por fim reafirma-se a extrema importância da realização de uma análise mais precisa das mulheres que pretendem e/ou estão em uso do MACH.

O estudo apresentou algumas limitações, principalmente pelo fato das variáveis serem autoreferidas, também não permitiu a percepção se o ganho de peso referido pelas mulheres foi a partir do uso do MACH. Dessa forma concluímos que o estudo não foi conclusivo, por ter gerado outras hipóteses e, por não ser sido um estudo que terá segmento, as mulheres não serão avaliadas em outro momento para a comparação dos resultados obtidos.

Com a apreciação dos resultados apresentados na pesquisa estinguiu-se a realização de um estudo prospectivo com o intuito de avaliar o desenvolvimento sobrepeso/obesidade em mulheres com peso adequado, e o desenvolvimento de doenças metabólicas e correlação com AVC e hipertensão.

REFERÊNCIAS

ABDOLLAHI, M; CUSHMAN, M; ROSENDAAL, F. R. Obesity: risk of venous thrombosis and the interaction with coagulation factor levels and oral contraceptive use. **Thromb Haemost.** v.89, n.3, p.493-8, mar- 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12624633>> Acesso em: 18 de maio. 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Bulário da ANVISA.** 2013. Disponível em: <<http://www4.anvisa.gov.br/BularioEletronico/default.asp>>. Acesso em: 09 de maio. 2014.

BAHAMONDES, L. et al. Fatores associados à interrupção do uso de contraceptivos orais combinados. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v.33, n.6, p.303-9, 2011.

BARRETO, F.S.C. **A bioética da proteção e o programa de assistência ao planejamento familiar:** a percepção das usuárias e profissionais dos ambulatórios e maternidades de Teresina-PI. [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7350/1/2010_FranciscaSandraCardosoBarreto.pdf>. Acesso em: 27 de maio. 2014.

BAYER, H. **Contraceptivos Injetáveis Mensais (CIM).** Disponível em <<http://www.bayerpharma.com.br/pt/areas-terapeuticas/saude-de-a-a-z/contracepcao/metodos-hormonais/contraceptivos-injetaveis-mensais/index.php>> Acesso em: 09 de maio. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar:** Manual Técnico. 4 edição, Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2002, 152 p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>> Acesso em: 17 de abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf> Acesso em: 25 de abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **PNDS 2006- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança.** Brasília: MS; 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n.26. Brasília: MS, 2010a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf> Acesso em: 27 de abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. 2010b. **Saúde da mulher:** um diálogo

aberto e participativo. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_da_mulher_um_dialogo_aberto_part.pdf> Acesso em: 12 de maio. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 de jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da mulher. **Métodos anticoncepcionais**. 2013a. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-da-mulher/metodos-anticoncepcionais>. Acesso em: 09 de maio. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. – Brasília, 2013b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf> Acesso em: 12 de agos. 2014.

BEREK, J. S. **Tratado de ginecologia**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

BRITO M. B.; NOBRE, F.; VIEIRA, C. S. Contracepção hormonal e sistema cardiovascular. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, São Paulo, v. 96, n. 4, p. 81-9, abr.2011.

CARDOSO, C.S; TAVARES, N. J. Q. **Dificuldade de adesão ao planejamento familiar: um estudo de caso**. Paracatu: Faculdade Atenas; 2010.

CAVADAS, L. F. No período pós-parto o uso dos contraceptivos orais combinados é tão seguro quanto o uso dos progestativos orais? **Rev. Port. Clín. Geral**. Portugal, v.25, n.31, p. 6, 2009. Disponível em: <<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10587>>. Acesso em: 12 de maio. 2014.

COELHO, E. D. A. C. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc. Anna. Nery.Rev. Enfer**, v.13, p.154-60, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21>> Acesso em: 11 de maio. 2014.

CORRÊA, D. A. S. **Uso de contraceptivos orais entre mulheres de 18 a 49 anos: inquérito populacional**. [Dissertação] (Mestrado em Saúde e Enfermagem) –Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-8UYKMT/daniele_aparecida_s_corr_a.pdf?sequence=1> Acesso em: 19 de maio. 2014.

COSTA, C.C.S. **Planejamento Familiar**: a percepção da mulher acerca da participação do homem neste contexto. Uruguaiana: Universidade Federal de Pampa, p.13. 2010. Disponível em: <<http://www.yumpu.com/pt/document/view/8011159/universidade-federal-do-pampa-unipampa-cursos>>. Acesso em:16 de jul. 2014.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção à saúde do adolescente**. Curitiba: SMS, 2006.

DAMASCENA, L. L. In: **Correlação entre obesidade abdominal IMC e risco cardiovascular, XI**. Encontro de Iniciação à Docência. Centro de Ciências da Saúde/ Departamento de Educação Física/ PROLICEN. 2014.

DINIZ, D; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro .v.15, supl.1, jun, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000700002&script=sci_arttext> Acesso em: 10 de ago. 2014.

FALCO, J. G. **Estatística aplicada**. Cuiabá: EDUFMT, 2008. Disponível em: <<http://www5.usp.br/4350/fsp-desenvolve-software-que-permite-a-coleta-de-dados-em-tempo-virtual/>> Acesso em: 17 de abr.2014.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em ginecologia**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

_____. **Rotinas em ginecologia**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

HASSELMANN, M H. et al. Associação entre circunferência abdominal e hipertensão arterial em mulheres: Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.24, n.5, p. 1187-91, maio. 2008. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000500029&script=sci_arttext >. Acesso em: 23 de agos. 2014.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. IBGE cidades@. **Cajazeiras – PB**: dados básicos. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=250370>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

Instituto Nacional de Estatística. **4.º Inquérito nacional de saúde – 2005/2006**. Lisboa: INE 2009.

JORDÃO, R. E. et al. Prevalência da anemia ferropriva no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. Paulista de Pediatria**, v. 27, n, 01, p. 90-8, 2009.

LENZA, P. **Direito Constitucional Esquematizado**. 13 ed. Rev. atual. e ampl. Editora Saraiva. São Paulo, 2009.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; LUCHESE, G. Integração entre vigilância sanitária e a assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade do SUS. **Cad. Saúde Publica**. Rio de Janeiro, v. 26, p. 682-92, abr. 2010.

MARCONI, M. A ;LAKATOS, E. V. **Fundamentos de Metodologia Científica – 7 ed**. Atlas, 2010.

MARTÍNEZ, J. et. al. Growth patterns in early childhood and the onset of menarche before age twelve. São Paulo: **Rev Saúde Pública**, vol. 44, n. 2, p. 249-60, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102010000200004&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 agost. 2014.

MARTINS, M. C. C. et al. Pressão arterial, excesso de peso e nível de atividade física em estudantes de universidade pública. **Arq Bras Cardiol.** 2010; v.95, n.2, p.192-9. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abc/2010nahead/aop06810> >. Acesso em: 20 de agos. 2014.

MEDEIROS, P. F. E; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Rev. Estudos Feministas**, v.17, n. 1, p.31-47, 2009. Disponível: < <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2009000100003/10982> >. Acesso em: 20 de agos. 2014.

MENDES, J.J.N. **Adesão dos jovens do gênero masculino à Consulta de Planejamento Familiar.** Porto: Universidade Fernando Pessoa Faculdade Ciências da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2792/3/T_18068.pdf>. Acesso em: 21 de jul. 2014.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco. 2007.

MOURA, E.R. F; SILVA, R.M; GALVÃO, M.T.G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v. 23, n.4, p.961-70, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/22.pdf> >. Acesso em: 10 de agos. 2014.

MOURA, E.R.F. et al. Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde reprodutiva de mulheres atendidas em planejamento familiar no interior do Ceará. **Rev. baiana saúde pública**, v.34, n.1, p.119-33, jan./mar, 2010.

MOUREAU, C. et. al. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. **Human Reproduction**, v.24, n. 6, p. 1387–92, 2009. Disponível em: <<http://humrep.oxfordjournals.org/content/24/6/1387.full.pdf+html>>. Acesso em : 20 de Agos. 2013.

NARDI, A.E. **Questões atuais sobre depressão.** São Paulo: Lemos; 2006.

OLINTO, M. T. A. et al. Prevalência de anemia em mulheres em idade reprodutiva no Sul do Brasil. **Boletim da Saúde**, v. 17, n. 1, 2003

PAZ, E. C. M; DITTERICH, R.G. O conhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos no planejamento familiar. **Rev. Gestão &Saúde.** v.1, n.1, p.1-10, 2009. Disponível em: <<http://www.herrero.com.br/revista/Edicao%201%20Artigo%204.pdf>> Acesso em : 09 de maio. 2014.

PEREIRA, A. L. C.; ÁVILA, M. A. N. **Planejamento familiar no Brasil: uma análise crítica.** Fundação Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2011.

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

POTTER, P.A; PERRY, A.G. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: conceitos, processo e prática.** 7 ed. Rio de Janeiro. Elsevier , 2009.

PORTUGUAL, Sociedade Portuguesa. **Consenso sobre contracepção 2011**. Estoril: Sociedade Portuguesa, 2011. Disponível em: <http://www.spdc.pt/files/publicacoes/11_11363_2.pdf>. Acesso em: 02 de jun. 2014.

PRODANOV, C.C; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico**: método e técnicas de pesquisa do trabalho científico. 2 ed. Novo Hamburgo - Rio Grande do Sul - Brasil, 2013.

PRIETSCH, S.O.M. et al. Gravidez não planejada no extreme Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.10, p.1906-16, out. 2011.

RAMOS, F.I. S; SANTOS, L.A.C. **Análise histórica das políticas de planejamento familiar no Brasil** [Tese]. Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=494989&indexSearch=ID>> Acesso em: 20 de abr .2014.

RAVAL, A. P. et al. Nicotine And estrogen synergistically exacerbate cerebral ischemic injury. **Neuroscience**, Oxford, v.18, n.1, p. 216–25, maio. 2011.

REZENDE, A.C. et al. **Diagnóstico Situacional da Unidade Básica de Saúde Barreiro de Cima**. Belo Horizonte: 2010. Disponível: <https://www.ufmg.br/portalprosaudebh/images/pdf/BC_diagnostico.pdf>. Acesso em: 21 de jul. 2014.

SANDERS, S. et al. A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexualit anad wellbeing and their relationship to discontinuation. **Contraception**. v.64, n.1, p. 51-8, jul, 2001. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11535214> > Acesso em 15 de ago. 2014.

SANTOS, J. C.; FREITAS, P. M. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v. 16, n.3, 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/Win7/Documents/Monografia/Refer%C3%AAs/Ancias/Ci%C3%AAncia%20&%20Sa%C3%Bade%20Coletiva%20-%20usado.htm>>. Acesso em :16 de nov. 2013.

SAUTHIER, M; GOMES, M. L. B. Gênero e planejamento familiar: uma abordagem ética sobre o compromisso profissional para a integração do homem. **Rev Bras Enferm**. Brasília. v.64, n.3, p. 457-64, maio/jun, 2011.

SEABRA, L. O. et al . Conhecimento sobre métodos contraceptivos por universitários da área de saúde. In: Encontro Nacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero, 17., 2012, João Pessoa. **Anais...**2012. p. 15 Disponível em: <<http://www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/17redor/17redor/paper/view/328>> . Acesso em: 17 de abr. 2014.

SENAD. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção de uso de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias/ Ministério da justiça. 5ed. Brasília. 2013.

SILVA, M. P. et al. Relação do índice de massa corporal e circunferência de cintura com a pressão arterial de mulheres de diferentes faixas etárias. **Cinergis**. v.13, n.1, 2012. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/2568/2218>>. Acesso em: 21 de ago. 2014.

SILVA, R.M.et.al. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, n. 5, p.2415-24, maio. 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63018749010.pdf>> Acesso em: 09 de maio. 2014.

SILVA, J. S. C; SOUSA, C. R. Motivos de interrupção dos contraceptivos hormonais por usuárias do sistema único de saúde. **Revista FACID: Ciência & Vida**. Teresina, v. 10, n. 1, p.17-26, maio, 2014. Disponível em: <<http://favip.edu.br/arquivos/REVISTA%20FACID%202014.1.pdf>> Acesso em: 16 de agos. 2014.

SILVEIRA, A.V. et al. Síndrome da tensão pré-menstrual observada em usuárias do ambulatório municipal de saúde da mulher. **Rev. Eletr. Semestral de enfermagem**. v. 13, n. 3,p. 63-84. 2014. Disponível em: < <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4751393> > Acesso em: 10 de ago. 2014.

Sociedade Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **VI Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010**. 3 ed. Itapevi: AC Farmacêutica. 2009.

SOUZA, C. Q. M. S. et al. **Protocolo de ação para assistência de enfermagem**. Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas, Secretária de Saúde. 2013. Disponível em:<http://www.prosaude.org.br/legislacao_2013/Manuais/protoc_assist_enferm.pdf > Acesso em 10 de ago. 2014.

SMELTZER, S.C; BARE, B.G. **BRUNNER & SUDDARTH: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11 ed. Rio de Janeiro. Guanabara koogan, 2009.

SKOUBY, S. O. Hormonal contraception in obesity, the metabolic syndrome, and diabetes. **In:** of the New York Academy of Sciences, 2010, New York. **Annals...**2010. v. 12, n.5, p. 240–4, set, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20840279>>. Acesso em : 2 de ago.2014.

TAPETI, C. M. S.C. **Prática anticoncepcional de mulheres no puerpério**. 2012. [Monografia] Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará/ UFC, 2012.

TOSTA, M. A. B. **Gravidez na adolescência e suas implicações no contexto escolar e na sociedade**. Xambrê, Paraná. 2011. Disponível em: <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2010/2010_uem_bio_pdp_marisa_aparecida_baraviera.pdf. > Acesso em: 25 de agos.2014.

WAZLAWICK, R. S. Uma reflexão sobre a pesquisa em ciência da computação à luz da classificação das ciências e do método científico. **Rev. de Sistemas de Informação da FSMA**. n.6, p. 3–10, 2010. Disponível em: <http://www.urisan.tche.br/~paludo/material/ProjetoConclusao/Projeto/Artigo_Raul_2010.pdf>. Acesso em: 21 de maio. 2014.

WANNMACHER, L. **Novas opções contraceptivas**. Brasília, v. 3, 2006. ISSN 1810-0791. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/v3n7_contraceptivos.pdf>. Acesso em: 21 de jul. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/ WHO .Reproductive Health and Research and John Hopkins Bloomberg School of Public Health. **Family planning: a global handbook for providers** (2008). Baltimore and Geneva: CCP and WHO; 2008.

_____. **Medical eligibility criteria for contraceptive use**. 4 ed .Geneva. 2010.

WUNSCH, F. V. et al. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Revista Brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 175-87, jun. 2010.

XAVIER, E.et al. História do planejamento familiar e sua relação com os métodos contraceptivos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.37, n.1, p. 74-86, jan./mar. 2013.

APÊNDICE I - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO
PESQUISADOR RESPONSÁVEL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Eu, **Maria Mônica Paulino do Nascimento**, professora da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação de **Thaynara Ferreira Filgueiras**, aluna do Curso de Graduação em enfermagem, no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulada “*Análise do perfil de mulheres em uso de anticoncepcionais hormonais*”. Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem-estar dos participantes nela recrutados, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria (CEP – FSM) sobre qualquer alteração no projeto e/ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem como pelo arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, dos arquivos gerados durante a execução da mesma.

Cajazeiras – PB, 03 de junho de 2014.

A handwritten signature in blue ink, reading 'Maria Mônica P. do Nascimento', is written over a horizontal line.

Maria Mônica Paulino do Nascimento

Pesquisador Responsável

APÊNDICE II



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCEG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

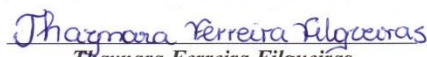
TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR (ES)

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando e autor da pesquisa intitulada: “*Análise do perfil de mulheres em uso de anticoncepcionais hormonais*” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/FSM (Comitê de Ética em Pesquisas/Faculdade Santa Maria), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/FSM, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cajazeiras – PB, 03 de junho de 2014.


Maria Mônica Paulino do Nascimento
Pesquisador Responsável


Thaynara Ferreira Filgueiras
Pesquisador Participante



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: ANÁLISE DO PERFIL DE MULHERES EM USO DE ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS.		2. Número de Participantes da Pesquisa: 120	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO			
6. CPF: 677.011.833-53		7. Endereço (Rua, n.º): RUA DIMAS ANDRIOLA, 21 JARDIM OASIS CAJAZEIRAS PARAIBA 58900000	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (83) 9311-3927	10. Outro Telefone:
		11. Email: enfmonicapaulino@hotmail.com	
12. Cargo:			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo. Data: <u>03</u> / <u>06</u> / <u>2014</u> <i>Maria Monica Do Nascimento</i> Assinatura MARIA MONICA DO NASCIMENTO ENTREMBIRA CORSEJA 7244			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Faculdade Santa Maria/ FSM /PB		14. CNPJ: 03.945.249/0001-68	15. Unidade/Órgão:
16. Telefone: (83) 3531-1363		17. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Responsável: <u>ECLIVANEIDE CALDAS DE ABREU CAROLINO</u> CPF: <u>361.495.134-91</u> Cargo/Função: <u>VICE-DIRETORA</u> Data: <u>03</u> / <u>06</u> / <u>2014</u> <i>Eclivaneide e Carolino</i> FACULDADE SANTA MARIA Eclivaneide C. de Abreu Carolino VICE-DIRETORA			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

APÊNDICE IV



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

1. INFORMAÇÕES AO PARTICIPANTE

1.1 Este termo de consentimento livre e esclarecido obedece às exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que, no Brasil regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Seu principal objetivo é assegurar e preservar os direitos dos participantes da pesquisa.

1.2 O consentimento livre e esclarecido do participante é uma exigência não só do Brasil, mas de todos os códigos internacionais e é, sem dúvida, um dos pilares da ética nas pesquisas científicas.

1.3 No Brasil, a resolução CNS 466/2012 estabelece que o pesquisador deverá suspender imediatamente o experimento quando perceber a possibilidade ou a ocorrência de um risco ou dano ao sujeito da pesquisa, não previsto no termo de consentimento.

2. IDENTIFICAÇÃO

2.1 Título do Projeto de Pesquisa: ANÁLISE DO PERFIL DE MULHERES EM USO DE ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS.

2.2 Nome do pesquisador Responsável: MARIA MÔNICA PAULINO DO NASCIMENTO.

2.3 Nome do pesquisador participante: THAYNARA FERREIRA FILGUEIRAS

2.4 Instituição proponente: Faculdade Santa Maria (FSM) –situada na BR 230, Km 504 – Cristo Rei, CEP 58900-000 - Cajazeiras – PB, Telefone: (83) 3532-2000.

2.5 Finalidade: Projeto de Pesquisa para realização de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem.

3. INFORMAÇÃO A CERCA DO PROJETO DE PESQUISA

3.1 Justificativa: O interesse inicial pelo referido tema despertou-se a partir das primeiras vivências em estágio supervisionado I, onde pude ter o contato com a população e aos programas da Estratégia de Saúde da Família. Outro fator que reforçou o interesse foi o conhecimento das fragilidades do Programa de Planejamento Familiar desenvolvido na ESF.

3.2 Objetivos:

3.1 Geral: Analisar o perfil de mulheres em uso de anticoncepcionais hormonais que são cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família no município de Cajazeiras – PB.

3.2 Específicos: Identificar fatores de risco associados ao uso de contraceptivos hormonais; verificar sinais e sintomas associados ao uso de anticoncepcionais hormonais; analisar as condutas dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família diante dos sinais apresentados pelas mulheres.

3.3 Procedimentos: O projeto será enviado ao Comitê de Ética da Faculdade Santa Maria (FSM). Após aprovação do comitê será iniciada a coleta de dados através de um questionário elaborado pela própria pesquisadora. Os resultados serão apresentados para uma banca composta por três avaliadores e será parte de uma monografia que estará disponível em sua versão final na biblioteca da Universidade Federal de Campina Grande.

3.4 Riscos ou desconfortos: O único risco que a pesquisa oferece será o da quebra do anonimato, no entanto, todos os cuidados serão realizados para não haver desconforto ou risco mínimo previsível para os que irão participar do estudo, este não apresenta quaisquer tipos de procedimentos invasivos ou questionário com perguntas agressivas.

3.5 Benefícios Esperados: O presente estudo é de suma relevância para a criação de estratégias que atendam a população visando à redução/conhecimento dos fatores de riscos associados ao uso de anticoncepcionais hormonais, consequentemente, os sinais e sintomas apresentados; permitirá também avaliar condutas dos profissionais da saúde sobre o tema proposto, uma vez que se considera insuficiente o número de trabalhos que trate de uma análise do perfil de mulheres em uso de Anticoncepcionais Hormonais; Possibilitará maior importância no âmbito social, pois os fatores de riscos/ sinais e sintomas analisados é um problema preocupante de saúde pública.

4. GARANTIAS AO PARTICIPANTE DE PESQUISA

4.1 Garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia e procedimento da mesma.

4.2 Liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e sem prejuízo ao seu cuidado ou assistência (caso o voluntário esteja recebendo cuidado ou assistência no âmbito da instituição onde está sendo realizada a pesquisa).

4.3 Garantia do sigilo que assegure a privacidade do participante quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, e anonimato, visando preservar a integridade de seu nome e dos seus.

4.4 Garantia de que receberá retorno dos resultados da pesquisa e de sua publicação para fins acadêmicos e científicos, e que os dados coletados serão arquivados e ficarão sob a guarda do pesquisador, estando acessível ao participante quando desejar.

4.5 Garantia de que não terá nenhum ônus com o projeto, que será totalmente custeado pelo pesquisador e/ou patrocinador, e/ou instituição, e que será ressarcido de despesas decorrentes do projeto de pesquisa, como deslocamento, afastamento das atividades e/ou do trabalho, hospedagem, alimentação, bem como será indenizado por eventuais danos diretamente resultantes da pesquisa a curto, a médio ou longo prazo.

4.6 Garantia de que poderá buscar informações junto ao pesquisador responsável para esclarecimentos e/ou dúvidas acerca do andamento, conclusão e publicação dos resultados, bem como, de que poderá buscar informações junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria (CEP – FSM) – situada na BR 230, Km 504 – Cristo Rei, CEP 58900-000 - Cajazeiras – PB, Telefone: (83) 3532-2000, que avaliou o

trabalho e aprovou o termo ora apresentado, ou a outras instâncias que podem esclarecer e defender, caso manifeste esse desejo.

5. CONTATOS DISPONIBILIZADOS PELOS PESQUISADORES

Os pesquisadores:

5.1 Cientes da importância da participação do voluntário, o agradecem por permitir sua inclusão no acima referido projeto de pesquisa;

5.2 Se comprometem, reiteradamente, a cumprir a resolução 466/2012, e prometem zelar fielmente pelo que neste termo ficou acordado;

5.3. Como prova de compromisso, disponibilizam seus dados para contato ao participante:

Dados completos do pesquisador responsável para contato:

Nome: MARIA MÔNICA PAULINO DO NASCIMENTO **Endereço completo:** Rua Dimas Andriola, 21 Bairro: Jardim Oasis. Cajazeiras – PB. CEP: 58900-00 **Telefone para contato:** (83) 9311.3927 **E-mail:** enfmonicapaulino@hotmail.com

Dados completos do pesquisador participante para contato

Nome: THAYNARA FERREIRA FILGUEIRAS

Endereço completo: Rua das Dores, 85, Socorro. Juazeiro do Norte - CE. CEP: 63010-275. **Telefone(s) para contato:** (83) 99086322/ (88)35125671

E-mail: thaynara_filgueiras@hotmail.com

6. CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Após obter as informações e esclarecimentos sobre o referido projeto de pesquisa, declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento e consinto minha inclusão no protocolo de pesquisa, de forma livre e gratuita. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Cajazeiras - PB, ____/____/____

Assinatura do Participante


Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE V
INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

1 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade _____

Estado Civil _____ () Com companheiro fixo () Sem companheiro fixo

Ocupação _____ () Agricultora/Do lar () Estudante () Outras

Escolaridade _____ () 1-Nenhuma () 2-De 1 a 3 anos () 3-De 4 a 7 anos
() 4 – De 8 a 11anos () 5 – De 12 anos e mais

Cor auto-referida:

() branca () negra () parda () amarela () não sabe

2 – CONDIÇÕES DE SAÚDE, FATORES DE RISCO E SINAIS E SINTOMAS

Antecedentes pessoais:

() Cardiopatias

() Doenças Tromboembólicas

() Hipertensão

() Diabetes

() Icterícia

() Anemias

() Neoplasias

() Fumo

() Drogas

() Ansiedade

() Depressão

() Gastrite/Úlcera péptica

() Outros. Especificar: _____

Exame Físico: PA _____ Peso _____ Estatura _____ CA _____

Antecedentes gineco-obstétricos:

Menarca _____ anos

Gesta _____ Para _____ () cesáreos () vaginais

Aborto _____ () espontâneos () provocados

Intercorrências:

() Amenorreia;

() Dor ou edema intenso nas pernas;

() Dispneia paroxística;

() Taquipnéia e/ou tosse;

() Mastalgia;

() Fraqueza ou parestesia no rosto, braço ou perna.

Antecedentes familiares:

() Diabetes () Hipertensão Arterial () Câncer da Mama () Doenças Card.

Métodos contraceptivos hormonais já utilizados: _____

Método utilizado atualmente:

() minipílulas () injetável mensal ou trimestral () Dispositivo Intrauterino- DIU

Quanto tempo de uso: _____

Que fatores que influenciaram a sua escolha: _____