



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

# Noções e Dinâmica da Utilização dos Contraceptivos Orais

**Andreia Filipa dos Santos Esteves**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Ciências Farmacêuticas**  
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Prof. Doutor Gilberto Alves

**Covilhã, Junho de 2011**



# Dedicatória

Esta dissertação é dedicada a quem nunca me deixou desistir por acreditar mais em mim do que eu própria acredito...



# Agradecimentos

Ao Professor Gilberto pela disponibilidade prestada e interesse pelo meu trabalho.

Aos professores e restantes colaboradores da minha formação que ajudaram a construir a pessoa que hoje sou e a profissional exemplar que pretendo ser.

À D. Lucinda, pela disponibilidade, conversas e desabafos.

À minha mãe, lutadora com um grande coração que sempre acreditou em mim e sempre me apoiou... incondicionalmente!

Aos meus irmãos que sempre estiveram ao meu lado, a ajudar em tudo o que fosse preciso... muito obrigado pelo conforto e bem-estar que me dão desde pequenina.

Ao André... o rapaz de paciência infindável... o meu motivador e ouvinte constante.

À minha prima e ao meu tio que, mais que Família, são muito bons Amigos!

Ao meu pai António e à minha tia Natália que... estejam onde estiverem, acompanham sempre a união da nossa Família.

A todos os colegas de curso, o meu suporte forte que nunca me deixaram cair na desmotivação, apesar de todo o cansaço. A eles também devo imenso... Que privilégio ter-vos conhecido... São essenciais para mim... ficarão a fazer parte de mim!



# Resumo

A pílula é uma forma eficaz no controlo da fertilidade e desde o início da sua comercialização foi sujeita a vários estudos para melhorar as suas características e aplicações. Porém, existem ainda questões por esclarecer no que se refere ao seu efeito sobre o cancro da mama, no humor, libido e a garantia da sua eficácia em mulheres obesas. As pílulas ou contraceptivos orais (CO) são, também, muito associadas a mitos cuja evidência científica provou não serem verdade: efeitos na fertilidade, no aumento de peso, necessidade de realização de pausas periódicas para “descanso do corpo”, entre outros. A manifestação dos seus efeitos secundários (reais ou associados a mitos) e outras desvantagens ao nível da administração (toma diária, de preferência sensivelmente à mesma hora do dia) leva a que os CO estejam associados a uma taxa de descontinuação elevada ou *compliance* inadequada e, conseqüentemente, ao comprometimento da sua eficácia.

Dado que os conhecimentos e atitudes em relação aos CO podem nem sempre reflectir as tendências no seu uso, apesar de serem um bom indicador das percepções do público sobre este método, foram aplicados 205 questionários a uma amostra aleatória de utilizadoras de pílulas adquiridas em farmácias de uma região da Beira Interior, para estudar as noções e a dinâmica associadas à sua utilização: tipo de CO usado, troca e descontinuação do seu uso e contribuição do médico/farmacêutico para esta dinâmica. Após utilização de SPSS, verificou-se que, de uma maneira geral, existem noções correctas sobre os CO, excepto a noção relativa à alteração do desejo sexual. Verificou-se desconhecimento nalguns aspectos como a infertilidade, o risco de cancro da mama e o facto de as adolescentes fumadoras poderem usar CO. Um maior nível de escolaridade ou o uso há mais tempo de CO não garante que exista um maior conhecimento sobre CO. As mulheres entrevistadas usavam essencialmente CO de 3ª ou 4ª geração, apresentando uma elevada taxa de descontinuação devido a períodos de tempo sem necessidade de contracepção (principalmente gravidez), enquanto as trocas ocorridas se deveram principalmente a efeitos secundários. Foram verificadas outras situações de contra-indicação para uso de CO, particularmente, a sua utilização por mulheres obesas e fumadoras com mais de 35 anos. As fontes de informação principais a que recorrem as utilizadoras de CO são o próprio folheto informativo e o médico.

Para além da necessidade em desmistificar outras noções sobre os CO, é essencial investigar com maior profundidade a dinâmica de utilização de CO e detectar quais os principais aspectos associados aos erros de *compliance* durante o uso de CO.

## Palavras-chave

Contraceptivos orais; Noções; Dinâmica de utilização; Descontinuação; *Compliance*



# Abstract

The pill is an effective way to control fertility and several studies have been conducted since its marketing in order to improve their characteristics and applications. However, there are still issues to clarify with regard to its effect on breast cancer, mood, libido, and about its efficacy in obese women. Pills or oral contraceptives (OC) are also associated with myths that have been proven not to be true by scientific evidence, such as effects on fertility, weight gain, the necessity of performing periodic breaks for "rest of the body", among others. Manifestation of side effects (real or associated with myths), and some disadvantages related to the administration (daily dose at the same time) relate OC to a high rate of discontinuation or poor compliance, consequently, compromise their effectiveness.

Knowledge and attitudes towards OC does not always reflect trends in their use. However, due to the fact that they are a good indicator of public perceptions about this method, 205 questionnaires were applied to a random sample of pill users acquired at pharmacies of a region of Beira Interior, to study the concepts and dynamics associated with their use: type of OC use, exchange and discontinuation of its use and contribution of the doctor/pharmacist to this dynamic. By using the SPSS statistical software, it was found that, in general, there are correct notions about the OC, except for the modification of sexual desire. Results revealed lack of knowledge about some aspects, such as infertility due the pill use, risk of breast cancer and the fact that adolescent smokers may use OC. A higher educational level or use of pill in a longer time period doesn't means that there is grater knowledge about this contraception method Women who were asked were taking mainly 3rd or 4th generation OC and it was found a high rate of discontinuation due to periods of time with no need of contraception (especially in pregnancy), while exchanges that occurred were mainly due to side effects. Contraindications for use of OC were observed, particularly its use by obese women and smokers with more than 35 years. The main sources of information to which users of OC seek are leaflet that comes with the pill and the doctor.

Apart from need to demystify other notions about OC, it's essential investigate in greater depth the dynamics of using CO and detect main issues associated with compliance errors when using OC.

## Keywords

Oral contraceptives; Notions; Use dynamics; Discontinuation; Compliance



# Índice

Lista de Acrónimos	xvii
1. Introdução	1
1.1. Contraceção: princípios gerais	1
1.2. Farmacocinética e farmacodinâmica	7
1.2.1. Efeitos neoplásicos dos contraceptivos orais (CO)	14
1.3. Eficácia dos contraceptivos orais (CO)	15
1.4. Outras aplicações dos contraceptivos orais (CO)	18
1.5. Noções sobre os contraceptivos orais (CO)	19
2. Objectivos	21
3. Material e Métodos	23
4. Resultados e Discussão	25
I. Características da amostra	25
II. Noções sobre os contraceptivos orais	26
1. Apresentação das respostas consideradas correctas	26
2. Análise das respostas sobre as noções sobre contraceptivos orais (CO)	26
3. Cálculo da média do total de noções incorrectas (TNI), total de noções não conhecidas (TNNC) e TNI + TNNC	35
4. Total de noções incorrectas (TNI) e total de noções não conhecidas (TNNC) de acordo com a duração de uso de contraceptivos orais (CO)	39
5. Correlação entre conhecimento sobre os contraceptivos orais (CO) e a sua duração de utilização	40
III. Dinâmica da Utilização dos contraceptivos orais (CO)	41
1. Contraceptivos orais (CO) utilizados	41
2. Aplicação do uso dos contraceptivos orais (CO)	42
3. Início do uso de contraceptivos orais (CO)	42
4. Descontinuação do uso de contraceptivos orais (CO)	43
5. Troca do tipo de contraceptivo oral usado	45
6. Esquecimento da administração dos contraceptivos orais (CO)	49
7. Procedimento em caso de vómitos e/ou diarreia	52
8. Follow- up	53
9. Condições clínicas e administração de medicamentos em simultâneo com a utilização de contraceptivos orais (CO)	55
10. Consumo de outros produtos	58
11. Situações especiais	59
12. Fontes de informação	62
13. Outras considerações	63

5. Conclusões	65
6. Bibliografia	69
7. Anexos	79
Anexo I	81
Anexo II	83

# Lista de Figuras

<b>Figura 1:</b> Representação dos <i>feedbacks</i> envolvidos durante o ciclo menstrual.	2
<b>Figura 2:</b> Eventos do ciclo menstrual (HCG - Gonadotrofina coriônica humana, <i>Human chorionic gonadotrophin</i> ). (Adaptado de WELLS et al., 2009).	3
<b>Figura 3:</b> Algumas interações entre CO e outros fármacos (BACK & ORME, 1990;FAZIO, 1991; Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit, 2005).	8
<b>Figura 4:</b> Prevalência da média do total de noções incorrectas (TNI) e total de noções não conhecidas (TNNC) de acordo com a duração do uso da pílula.	39
<b>Figura 5:</b> Distribuição dos tipos de contraceptivos orais usados (CO).	41
<b>Figura 6:</b> Distribuição de aplicações dos contraceptivos orais (CO).	42
<b>Figura 7:</b> Determinação da intervenção médica na escolha do contraceptivo oral a utilizar.	43
<b>Figura 8:</b> Descontinuação do uso de contraceptivos orais (CO) e respectivos motivos.	44
<b>Figura 9:</b> Número de trocas de contraceptivo oral.	46
<b>Figura 10:</b> Motivos indicados para a troca de contraceptivo oral.	46
<b>Figura 11:</b> Iniciativa para a troca de contraceptivo oral.	46
<b>Figura 12:</b> Esquecimento do uso do contraceptivo oral.	49
<b>Figura 13:</b> Semana em que normalmente ocorre esquecimento da administração do contraceptivo oral.	50
<b>Figura 14:</b> Avaliação do procedimento em caso de esquecimento do uso do contraceptivo oral.	50
<b>Figura 15:</b> Representação de um blister de uma embalagem de pílula (Adaptado de: WEBBERLEY & MANN, 2006).	51
<b>Figura 16:</b> Uso de contracepção de emergência (CE) em caso de esquecimento de administração da pílula.	52
<b>Figura 17:</b> Casos de vômitos e/ou diarreia e respectiva precaução.	52

<b>Figura 18:</b> Percentagem de mulheres que fazem controlo do perfil lipídico (PL).	53
<b>Figura 19:</b> Percentagem de mulheres que fazem controlo da pressão arterial (PA).	53
<b>Figura 20:</b> Mulheres que indicam fazer controlo do perfil lipídico (PL) e/ou pressão arterial (PA), tendo tido acesso à pílula através de prescrição médica.	55
<b>Figura 21:</b> Mulheres que indicam fazer controlo do perfil lipídico (PL) e/ou pressão arterial (PA), tendo tido acesso à pílula sem prescrição médica.	55
<b>Figura 22:</b> Determinação das condições clínicas concomitantes com a utilização dos contraceptivos orais (CO)	56
<b>Figura 23:</b> Administração concomitante de outros medicamentos para além do contraceptivo oral.	56
<b>Figura 24:</b> Consumo de outros produtos, não considerados medicamentos, juntamente com os contraceptivos orais (CO).	59
<b>Figura 25:</b> Prevalência de casos de obesidade na amostra obtida.	59
<b>Figura 26:</b> Prevalência das mulheres fumadoras e determinação simultânea das condições de fumadora e idade igual ou superior a 35 anos.	62
<b>Figura 27:</b> Fontes de informação indicadas pelas participantes no estudo.	63

# Lista de Tabelas

<b>Tabela 1:</b> Gerações de progestagénios.	5
<b>Tabela 2:</b> Pílulas comercializadas em Portugal.	6
<b>Tabela 3:</b> Efeitos possivelmente associados à quantidade de hormonas. (Adaptada de SHOUPE, 2006)	10
<b>Tabela 4:</b> Apresentação das características da amostra.	25
<b>Tabela 5:</b> Respostas consideradas correctas no questionário das noções sobre os contraceptivos orais (CO).	26
<b>Tabela 6:</b> Noções em relação aos contraceptivos orais (CO).	27
<b>Tabela 7:</b> Número de total de noções incorrectas (TNI), total de noções não conhecidas (TNNC) e TNI+TNNC de toda a amostra e de acordo com o nível de escolaridade. (Os resultados são apresentados como: média $\pm$ <i>standard error of mean</i> ).	36
<b>Tabela 8:</b> Resultados da aplicação do teste de Kolmogorov - Smirnov e o teste de Shapiro & Wilk.	37
<b>Tabela 9:</b> Resultado da aplicação do teste de Mann-Whitney-Wilcoxon.	37
<b>Tabela 10:</b> Percentagem de respostas correctas, de respostas erradas e de incerteza de acordo com o nível de escolaridade.	38
<b>Tabela 11:</b> Determinação das correlações entre o conhecimento sobre a pílula e a duração de uso desta.	40



## Lista de Acrónimos

AVC	Acidente vascular cerebral
CBG	Globulina ligadora de corticosteróides ( <i>Corticosteroid binding globulin</i> )
CE	Contraceção de emergência
CHO	Contraceção hormonal oral
CO	Contraceptivos orais
COC	Contraceptivos orais combinados
CT	Colesterol total
CYP450	Citocromo P450
CYP3A4	isoforma 3A4 do Citocromo P450
DCV	Doenças cardiovasculares
DIU	Dispositivo intra-uterino
DGS	Direcção Geral de Saúde
EAM	Enfarte agudo do miocárdio
EE	Etinilestradiol
EP	Embolismo pulmonar
FSH	Hormona foliculoestimulante ( <i>Follicle stimulating hormone</i> )
GnRH	Hormona libertadora de gonadotrofina ( <i>Gonadotropin releasing hormone</i> )
HCG	Gonadotrofina coriónica humana ( <i>Human chorionic gonadotrophin</i> )
HDL	Lipoproteína de alta densidade ( <i>High-density lipoprotein</i> )
HTA	Hipertensão arterial
IMC	Índice de massa corporal
LDL	Lipoproteína de baixa densidade ( <i>Low-density lipoprotein</i> )
LH	Hormona luteinizante ( <i>Luteinizing hormone</i> )
MG	Medicamento Genérico
OMS	Organização Mundial de Saúde ( <i>WHO - World Health Organization</i> )
RCM	Resumo das Características do medicamento
SHBG	Globulina ligadora de hormonas sexuais ( <i>Sex hormone binding globulin</i> )
TEV	Tromboembolismo venoso
TG	Triglicéridos
TNI	Total de noções incorrectas
TNNC	Total de noções não conhecidas
VLDL	Lipoproteína de muito baixa densidade ( <i>Very low density lipoprotein</i> )
VPH	Vírus do papiloma humano



# 1. Introdução

## 1.1. Contracepção: princípios gerais

A contracepção trata-se de um método que visa impedir a fertilização de um óvulo ou impedir a nidificação do ovo ou zigoto e o conseqüente desenvolvimento de uma gravidez. Para a contracepção são utilizados vários métodos que podem classificar-se como naturais (método da temperatura basal, método do calendário e método do muco cervical), os quais implicam a abstinência durante o período de maior probabilidade em engravidar, e não naturais onde se recorre a dispositivos de barreira locais (preservativo feminino, preservativo masculino, diafragma, entre outros) ou outros produtos medicamentosos com substâncias que inviabilizam o espermatozóide (espermicidas) ou com esteróides com capacidade de inibir a ovulação de uma forma reversível (contracepção hormonal). Existem ainda outros métodos de contracepção que não são reversíveis, é o caso da esterilização masculina (vasectomia) ou feminina.

Uma vez que a contracepção hormonal não é usada apenas na altura da relação sexual, é necessário que o seu utilizador tenha precauções e adquira, de certa forma, uma rotina para que exista uma utilização adequada desta forma de contracepção. De facto, os adesivos transdérmicos são trocados a cada 3 semanas, os anéis vaginais podem ser aplicados 2 vezes por mês, as injecções podem ser mensais ou a cada 12 semanas (dependendo da sua composição), os implantes subcutâneos são trocados a cada 3 anos, o dispositivo intra-uterino (DIU) deve ser substituído a cada 5 a 10 anos e as pílulas que têm que ser administradas diariamente durante grande parte ou mesmo durante todo o ciclo menstrual. Este último método de contracepção constitui a contracepção hormonal oral (CHO). Um dos problemas da contracepção hormonal é o facto de esta estar associada a uma descontinuação da utilização relativamente elevada durante o primeiro ano devido à ocorrência de efeitos adversos ou dúvidas relacionadas com os seus efeitos na saúde. Dentro os métodos contraceptivos, a CHO é a que está associada a uma menor taxa de descontinuação durante o primeiro ano de utilização (SITRUK-WARE & NATH, 2011).

Para melhor compreender a forma de acção dos CO ao nível do ciclo menstrual (processo onde vão interferir), é necessário ter em conta que este ciclo, em condições normais, envolve uma alternância de *feedbacks* negativo e positivo (figura 1) que permitem o desenvolvimento e posterior libertação do gâmeta feminino (correspondente à ovulação) e induzem as alterações necessárias para que o útero possa acolher um ovo/zigoto, caso ocorra fecundação e, conseqüentemente, se desenvolva uma gravidez ou, caso não ocorra fecundação, existam as alterações necessárias para que outro ciclo menstrual seja iniciado.

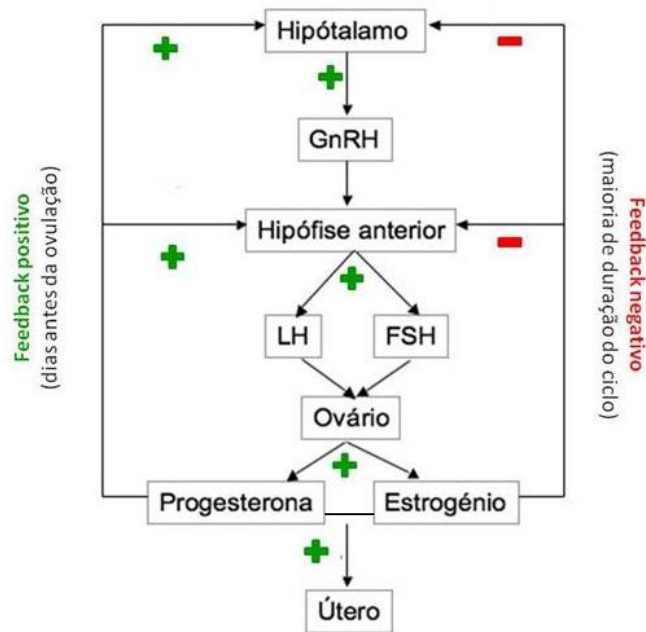


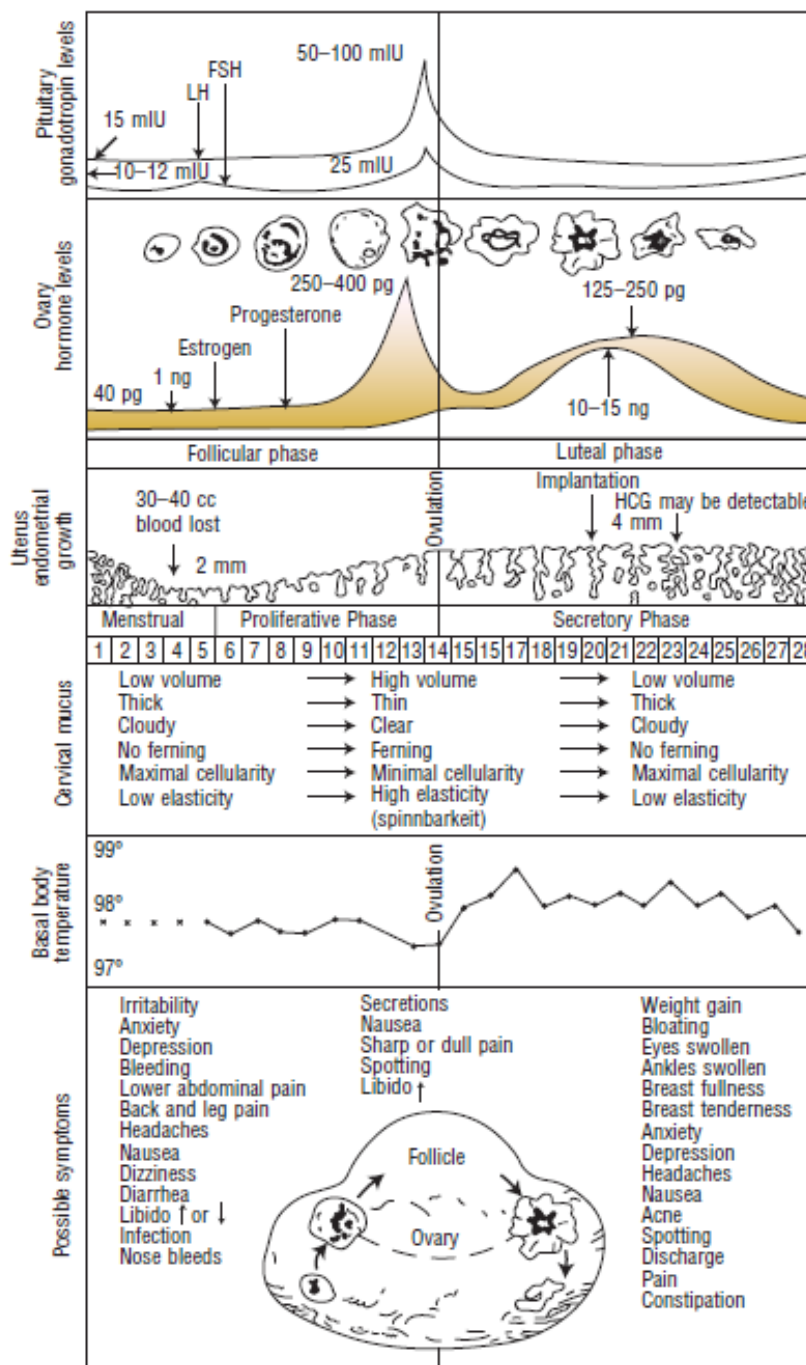
Figura 1: Representação dos *feedbacks* envolvidos durante o ciclo menstrual.

Um ciclo menstrual normal dura, em média 28 dias, podendo variar entre os 21 e os 40 dias, e depende da relação complexa entre o hipotálamo, a hipófise e os ovários podendo ser dividido em duas fases: a fase folicular e a fase luteínica. O início do ciclo menstrual corresponde ao primeiro dia de menstruação. No hipotálamo é produzida a hormona libertadora de gonadotrofina (GnRH - *Gonadotropin releasing hormone*) que, por sua vez, leva à produção e libertação das hormonas foliculoestimulante (FSH - *Follicle stimulating hormone*) e a luteinizante (LH - *Luteinizing hormone*) pela hipófise anterior. A FSH leva ao desenvolvimento de vários folículos nos ovários, onde acaba por se destacar um folículo dominante que será aquele que, mais tarde, vai libertar o oócito na altura da ovulação. À medida que o folículo dominante se desenvolve, vai produzindo estradiol (estrogénio) e inibina que exercem um *feedback* negativo na produção de FSH e leva ao fim do desenvolvimento dos outros folículos que acompanham a evolução do folículo dominante. Para além da produção de estradiol e inibina, o folículo dominante, durante o seu desenvolvimento, produz progesterona e androgénios.

O aumento da produção de estradiol devido à actividade do folículo dominante leva a um *feedback* positivo com aumento da produção de LH a meio do ciclo menstrual (figura 2), a qual é responsável pelos acontecimentos dos estádios finais de desenvolvimento do folículo dominante e pela ovulação. Assim, os dois dias que antecedem a ovulação e o dia da própria ovulação correspondem aos dias onde existe maior probabilidade de existir fecundação, caso existam relações sexuais durante esse período.

Após a ovulação há um aumento da temperatura basal e o folículo remanescente torna-se no corpo lúteo que é responsável pela síntese de estrogénios e progestagénios. Caso

não ocorra fecundação, o corpo lúteo degenera e leva à diminuição dos níveis de progesterona. À medida que os níveis desta hormona diminuem, o endométrio torna-se mais friável e surge a menstruação (WELLS et al., 2009).



**Figura 2:** Eventos do ciclo menstrual (HCG - Gonadotrofina coriônica humana, *Human chorionic gonadotrophin*). (Adaptado de WELLS et al., 2009)

Uma vez que os CO possuem na sua constituição compostos esteróides semelhantes aos esteróides naturais (estradiol e progesterona), estes têm capacidade para diminuir a sua

produção fisiológica por mecanismos de *feedback* negativo, evitando-se o *feedback* positivo que conduz à ovulação.

A ideia desta forma de contraceção foi desenvolvida muitos anos antes do início da comercialização da pílula em 1960. Porém, dificuldades como a obtenção de princípios activos em quantidades aceitáveis e potentes (CASTRO, 2011) atrasaram a sua implementação. Entre os principais intervenientes na obtenção dos CO destaca-se Gregory Pincus que, com o apoio de outras personalidades, conseguiu dar origem ao Enovid (9.85 mg de noretinodrel + 0,150 mg de mestranol), o qual de um ponto de vista clínico foi apresentado como muito eficaz. Porém, surgiram vários efeitos adversos como náuseas, tensão mamária, retenção de líquidos, cloasma e mudanças de humor, que conduziram à descontinuação deste CO.

Procedeu-se, então, à diminuição progressiva das doses dos constituintes esteróides, diminuindo a manifestação de efeitos adversos e a exposição aos riscos cardiovasculares. De facto, as doses de etinilestradiol (EE) diminuíram de 150 µg para 50 µg (CO de dose elevada) e até para dosagens de 30 a 35 µg de estrogénio (CO de dose baixa) e 15 a 20µg (CO de dose ultrabaixa) que, por sua vez, estão associadas a outros efeitos indesejáveis como o maior risco de hemorragias intracíclicas devido a um fraco controlo do ciclo (SHOUPE & MISHHELL Jr., 2006). Surgiram igualmente novas gerações de progestagénios, um outro novo estrogénio, o valerato de estradiol, que por metabolização origina estradiol, e esquemas de dosagem particulares (pílulas bi- e trifásicas) (VAN VLIET et al., 2006); adicionalmente apareceu um outro tipo de pílula constituída apenas por progestagénios, as minipílulas. Os CO que possuem a combinação de progestagénio e estrogénio são, deste modo, designados por contraceptivos orais combinados (COC).

As gerações de progestagénios atrás referidas baseiam-se numa forma de classificação de acordo com a ordem de aparecimento no mercado, resultando de um aperfeiçoamento contínuo destes de modo a apresentarem mais afinidade para os receptores da progesterona e menor afinidade para os receptores de androgénios, estrogénios e glucocorticóides (SITRUK-WARE & NATH, 2011), bem como actividade antiandrogénica (progestagénios de 4ª geração) (tabela 1). Efectivamente, os progestagénios de 1ª e 2ª geração são quimicamente relacionados com a testosterona e com a progesterona e, por isso, apresentam mais efeitos indesejáveis, como pele oleosa, acne e hirsutismo, entre outros. Os progestagénios mais recentes encontram-se estruturalmente mais relacionados com a progesterona e a espironolactona de modo a prevenir a retenção de líquidos induzida pelos estrogénios (SITRUK-WARE & NATH, 2011).

Tabela 1: Gerações de progestagénios.

1ª Geração	2ª Geração <sup>1</sup>	3ª Geração <sup>2</sup>	4ª Geração
Noretisterona (ou noretindrona)	Levonorgestrel	Desogestrel	Ciproterona
Linestrenol <sup>3</sup>	Norgestrel	Gestodeno	Drospirenona
Diacetato de etinodiol		Norgestimato	Cloromadinona
			Dienogest

<sup>1</sup>Introduzido no mercado nos anos 70; <sup>2</sup>Introduzido no mercado nos anos 80; <sup>3</sup>Actualmente não disponível no mercado

A classificação do tipo de pílulas, de acordo com os esquemas de dosagem, também já referida atrás, corresponde ao tipo de pílulas cuja combinação de estrogénio e progestagénio é fixa em todos os comprimidos (pílulas monofásicas) ou variável entre comprimidos, com alterações na composição ao longo das semanas de administração de modo a assemelhar-se o mais possível à fisiologia do ciclo menstrual e minimizar os efeitos secundários (formulações bi e trifásicas). Actualmente ainda não foi demonstrado se os CO fásicos apresentam vantagens em relação aos monofásicos (VAN VLIET et al., 2006) no que se refere ao nível da eficácia, *compliance* e hemorragias. Assim, de acordo com VAN VLIET et al. (2006), mais importante que escolher o tipo de esquema de dosagem da pílula, é determinar qual o tipo de progestagénio mais adequado, pois este componente apresenta maior influência no controlo do ciclo menstrual; estes autores indicam também que é melhor optar por pílulas monofásicas em vez de fásicas até que seja mostrada alguma vantagem destas últimas no que se refere às complicações a longo prazo.

Há ainda CO mais recentes que apresentam uma dosagem mais dinâmica de esteróides muito semelhante às hormonas sexuais, pois a dose de estrogénio (valerato de estradiol) vai diminuindo ao longo do ciclo enquanto a dosagem do progestagénio vai aumentando, é o caso da formulação Qlaira® (valerato de estradiol / dinogest).

Em Portugal, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) no ano 2009, a prevalência da contracepção era de 67,1% das mulheres e a informação nacional disponível indica que a pílula é o método contraceptivo mais usado (65,9%), seguido do preservativo (13,4%) e do DIU (8,8%) (Instituto Nacional de Estatística, 2007). As pílulas que actualmente são comercializadas em Portugal encontram-se indicadas na tabela seguinte.

Tabela 2: Pílulas comercializadas em Portugal.

Nome comercial	Composição
<b>COC monofásicos</b>	
Marvelon®	Desogestrel / Etinilestradiol (0,15mg/ 0,02mg)
Mercilon® e Novynette®	Desogestrel / Etinilestradiol (0,15mg/ 0,03mg)
Microgeste® e Minesse®	Gestodeno / Etinilestradiol (0,06mg/ 0,015 mg)
Minigeste®, Estinette®, Harmonet® e MG*	Gestodeno / Etinilestradiol (0,075mg / 0,02 mg)
Gynera®, Minulet®, Effiplen® e MG*	Gestodeno / Etinilestradiol (0,075mg / 0,03 mg)
Miranova®	Levonorgestrel / Etinilestradiol (0,10mg/ 0,02mg)
Microginon®	Levonorgestrel / Etinilestradiol (0,15mg / 0,03mg)
Belara® e Libeli®	Cloromadinona / Etinilestradiol (2mg / 0,03mg)
Valette® e Denille	Dinogest / Etinilestradiol (2 mg/ 0,03mg)
Yasmin®	Drospirenona / Etinilestradiol (3mg/ 0,03mg)
Yasminelle® e Yaz®	Drospirenona/ Etinilestradiol (3mg/ 0,02mg)
<b>COC bifásicos</b>	
Gracial®	Desogestrel (0,025/ 0,125mg) + Etinilestradiol (0,04/0,03mg)
<b>COC trifásicos</b>	
Tri-gynera® e Tri-Minulet®	Gestodeno (0,05/ 0,07 /0,100mg) + Etinilestradiol (0,03/ 0,04/ 0,030 mg)
Tri-Nordiol®	Levonorgestrel (0,05/ 0,075/ 0,125mg + Etinilestradiol (0,030mg/ 0,040mg/ 0,030 mg)
<b>CO constituídos apenas por progestagénios</b>	
Cerazette®	Desogestrel 0,075 mg
<b>CO antiandrogénicos</b>	
Diane 35® e MG*	Acetato de ciproterona / Etinilestradiol (2mg/ 0,035mg)

\* Medicamento genérico

## 1.2. Farmacocinética e farmacodinâmica

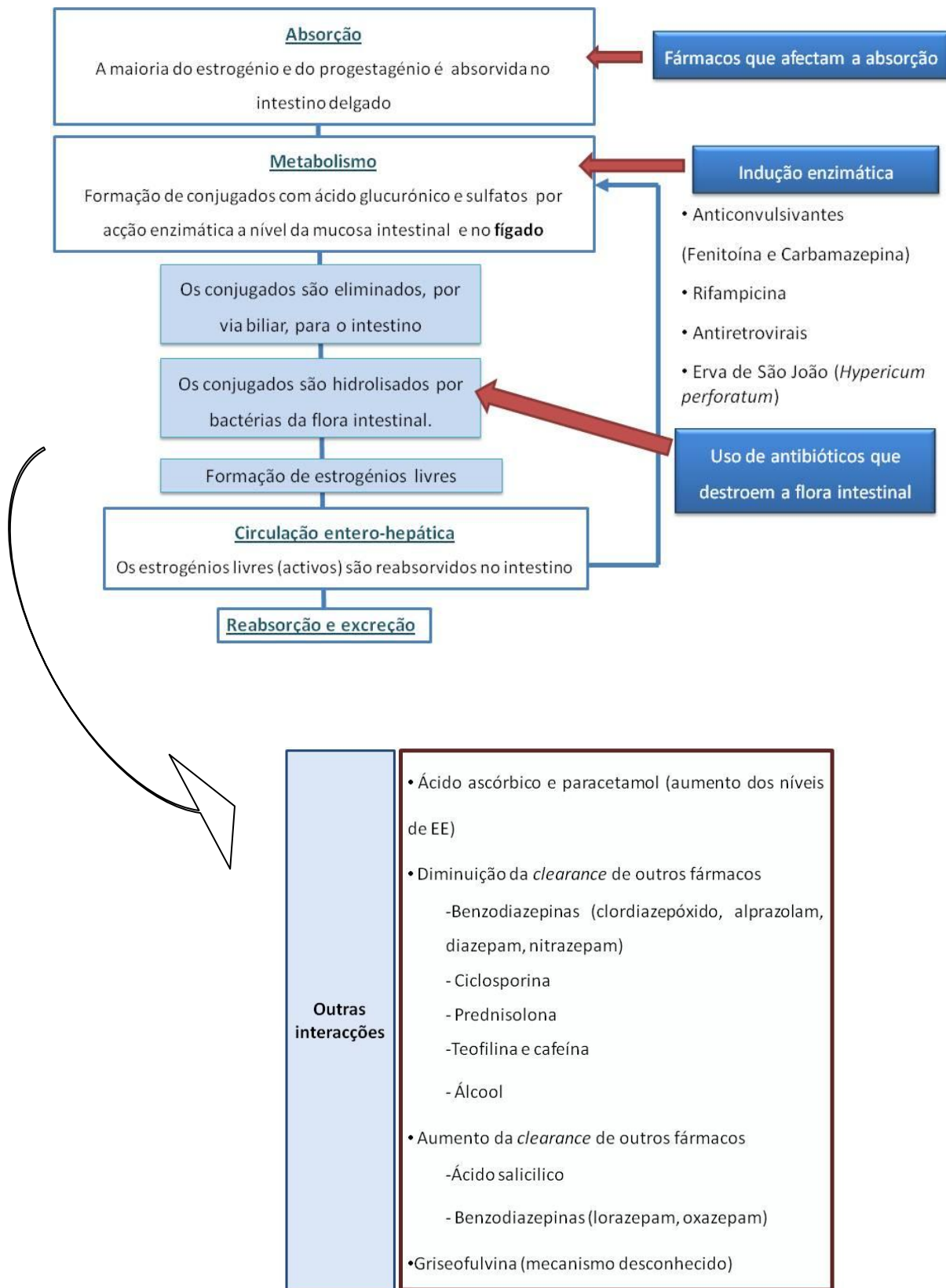
Após a administração oral, a absorção dos CO ocorre em maior extensão no intestino, onde pode ocorrer metabolização dos esteróides pela mucosa intestinal. Este efeito de primeira passagem é acentuado ao nível do fígado pelas enzimas do citocromo P450 (CYP450), em particular, pela isoforma 3A4 do CYP450 (CYP3A4). Assim, a biodisponibilidade do EE veiculado nas preparações de CO varia entre os 25% e os 65% e verifica-se, tanto para o EE como para os progestagénios, uma variabilidade interindividual considerável (EDELMAN et al., 2010). A extensão de exposição sistémica pode também ser influenciada pela administração concomitante de outros fármacos, especialmente aqueles com capacidade de indução enzimática (Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit, 2005) (figura 3) podendo justificar-se a necessidade de utilização de um segundo método contraceptivo (WELLS et al., 2009).

Os metabolitos de EE (composto estrogénico mais comumente presente nos CO) são essencialmente conjugados inactivos; parte dos conjugados são eliminados por via renal e outra parte são eliminados por via biliar fazendo com que fiquem expostos à flora intestinal que, por sua vez, tem capacidade de hidrolisar tais conjugados e permitir a ocorrência de reabsorção do EE (fenómeno conhecido como circulação entero-hepática) (EDELMAN et al., 2010). As diferenças que podem existir no metabolismo dos progestagénios podem também ser devidas à diversidade das estruturas que os compostos progestagénicos apresentam; alguns são profarmacos e outros podem sofrer circulação entero-hepática (WEBBERLEY & MANN 2006; EDELMAN et al., 2010).

A utilização concomitante de alguns antibióticos com CO pode comprometer a eficácia destes últimos. De facto, determinados antibióticos podem promover a destruição da flora intestinal saprófita diminuindo a capacidade de hidrólise intestinal dos conjugados de EE, porém o mesmo não acontece com os progestagénios que, apesar de sofrerem circulação entero-hepática, já não possuem a sua estrutura activa quando eliminados por via biliar. Por isso a eficácia das minipílulas não fica comprometida perante a toma de antibióticos (WEBBERLEY & MANN, 2006).

Outra situação que pode ocorrer durante o metabolismo do componente estrogénico dos CO é o aumento dos seus níveis plasmáticos devido à diminuição da sua conjugação com sulfato em caso de administração concomitante de outros fármacos que apresentam uma via de metabolização semelhante como o ácido ascórbico e o paracetamol. Esta situação é especialmente importante nas mulheres que administram medicamentos com estes princípios activos em quantidades relativamente elevadas.

A absorção dos CO a nível intestinal depende, de igual modo, de outros fármacos que sejam administrados na mesma altura, fármacos que causam vômitos ou diarreia severa, que complexam com os componentes da pílula ou que alteram o pH gástrico e o trânsito intestinal. Nestes casos pode ocorrer diminuição da eficácia dos CO.



**Figura 3:** Algumas interacções entre CO e outros fármacos (BACK & ORME, 1990; FAZIO, 1991; Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit, 2005).

Uma vez que os esteróides que compõem os CO são semelhantes às hormonas sexuais, os COC vão actuar em vários acontecimentos do ciclo menstrual normal, ocorrendo:

- Supressão da ovulação (WEBBERLEY & MANN, 2006):
  - Através da prevenção da maturação dos folículos
  - Através da interrupção do *feedback* positivo mediado pelo estradiol no eixo hipotálamo-hipófise evitando, assim, o aumento da LH.
- Redução da penetrabilidade do esperma no muco cervical (o muco cervical fica mais espesso, impedindo a mobilidade dos espermatozóides) (WEBBERLEY & MANN, 2006).
- Intervenção na função secretória e peristáltica no interior das trompas de falópio (SHERIF, 1999)
- Alterações a nível do endométrio, reduzindo a possibilidade de implantação do óvulo e aumentando a sua estabilidade devido à diminuição da proliferação celular cíclica da sua superfície. Deste modo, evita-se que ocorram hemorragias imprevistas (WEBBERLEY & MANN, 2006).

Nos CO contendo apenas progestagénio, este composto é o principal responsável pela supressão da ovulação, a estabilização do endométrio e o espessamento do muco. Estas acções são dependentes da dosagem de progestagénio (EDELMAN et al., 2010).

Para mimetizar o mais possível o ciclo menstrual normal, as pílulas encontram-se em embalagens de 21 comprimidos com princípio activo podendo ser seguidos de 7 comprimidos placebo correspondentes aos dias do “período de pausa” em que se é esperado ocorrer a “hemorragia de privação” (conhecida por menstruação) (WEBBERLEY & MANN, 2006). Actualmente, há formulações que reduzem o número de dias de administração de placebo, que é o caso de formulações como a Yaz® ou a Qlaira®.

Para além dos efeitos que se pretendem alcançar com a administração dos CO, estes apresentam outras manifestações clínicas e efeitos a nível metabólico que podem ser considerados efeitos adversos. Ambos os efeitos dos CO, quer os efeitos desejáveis quer os efeitos adversos, dependem da dose e da potência tanto do estrogénio como do progestagénio presente na sua composição da formulação. Estas manifestações clínicas e efeitos metabólicos induzidos pelo uso de CO correspondem, por exemplo, a cefaleias, a alterações do metabolismo dos glícidos, a alterações dos factores de coagulação, a modificações no risco de ocorrência de doenças cardiovasculares e doenças oncológicas, entre outros. Alguns destes efeitos indesejáveis podem estar presentes apenas durante o período de adaptação ao uso da pílula (cerca de 3 meses), mas se não desaparecerem torna-se necessário alterar a formulação utilizada como CO (tabela 3) (SHOUPE, 2006).

De uma forma geral, nos CO de baixa dose tais efeitos e manifestações são mínimas.

Tabela 3: Efeitos possivelmente associados à quantidade de hormonas. (Adaptada de SHOUPE, 2006)

Excesso de estrogénio	Défice de estrogénio	Excesso de progestagénio	Défice de progestagénio
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tensão mamária</li> <li>• Aumento do peito</li> <li>• Fluxo menstrual elevado e coágulos</li> <li>• Dismenorreia</li> <li>• Náuseas/vómitos</li> <li>• Aumento de peso de forma cíclica</li> <li>• Cloasma</li> <li>• Supressão da lactação</li> <li>• Dores de cabeça</li> <li>• Irritabilidade</li> <li>• Diminuição da libido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Spotting</i></li> <li>• Diminuição do fluxo menstrual</li> <li>• Sem hemorragia de privação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menstruação de curta duração</li> <li>• Pele oleosa, acne, hirsutismo</li> <li>• Sem hemorragia de privação</li> <li>• Irritabilidade</li> <li>• Nervosismo</li> <li>• Icterícia colestática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia prolongada</li> <li>• <i>Spotting</i></li> <li>• Fluxo menstrual elevado e coágulos</li> <li>• Atraso no início da menstruação</li> <li>• Dismenorreia</li> </ul>

De uma forma geral, os CO de dose baixa não estão associados a alterações no metabolismo da glucose, quer em mulheres saudáveis, quer em mulheres com história de diabetes gestacional (SHOUPE & MISHELL Jr, 2006). Podem, porém, ocorrer algumas alterações durante um período de adaptação ao uso da pílula (SKOUBY et al., 1983). O metabolismo da glucose é principalmente influenciado pelo componente progestagénico, ou seja, os efeitos no metabolismo podem diferir de acordo com o componente progestagénico das pílulas, sendo os CO compostos por levonorgestrel os que provocam maior resistência à insulina (WYNN, 1985).

Os estudos que têm sido realizados para investigar o risco de desenvolvimento de diabetes *mellitus* em utilizadores indicam que tal risco não existe, quer em mulheres que usam CO ou que já os utilizaram, incluindo em mulheres que utilizam os CO há mais de 10 anos (SHOUPE & MISHELL Jr, 2006).

O uso de CO pode provocar alterações enzimáticas como nos casos da globulina ligadora das hormonas sexuais (SHBG - *Sex hormone binding globulin*), da globulina ligadora de corticosteróides (CBG - *Corticosteroid binding globulin*), angiotensinogénio, apolipoproteína A1 e factores de coagulação e fibrinolíticos. O que de facto se verifica é que os estrogénios considerados naturais (estradiol e valerato de estradiol) não estimulam o aumento de produção de proteínas hepáticas, ao contrário do que acontece com o EE

(SITRUK-WARE & NATH, 2011) que, devido à presença do grupo etinil, a sua inactivação decorre de uma forma lenta, fazendo com que o EE circule no fígado numa concentração baixa mas constante, alterando, assim, os parâmetros hepáticos (THALER et al., 2009). A alteração dos parâmetros de coagulação ocorre dentro dos valores considerados normais, sendo o seu significado clínico questionável. A variabilidade interindividual pode ser uma forma de explicar a razão pela qual algumas pessoas apresentam maior risco de trombose (SAMSIOE, 1994).

O componente estrogénico é responsável pelo aumento dos níveis plasmáticos de colesterol total (CT), lipoproteína de alta densidade (HDL - *high density lipoprotein*), triglicéridos (TG), o que, conseqüentemente, aumenta os valores da lipoproteína de muito baixa densidade (VLDL - *very low density lipoprotein*) e pela diminuição dos níveis de lipoproteína de baixa densidade (LDL - *low density lipoprotein*). O componente progestagénico apresenta efeito reverso em relação ao HDL. (KRAUSS & BURKMAN, 1992; SITRUK-WARE & NATH, 2011).

De acordo com GREENLUND et al. (1997) os efeitos dos CO no perfil lipídico são reversíveis após a descontinuação do seu uso, ou seja, os efeitos dos CO nos níveis de CT, TG, VLDL, LDL e HDL deixam de se fazer sentir após a sua interrupção. Apesar dos efeitos causados pelo uso de CO no perfil lipídico, de acordo com SHERIF (1999) o aumento do risco cardiovascular associado eventualmente ao uso da pílula não será devido às alterações no perfil lipídico e à conseqüente aterosclerose, mas devido às alterações relacionadas com a circulação sanguínea.

Entre os anos 60 e 70, os problemas cardiovasculares foram relacionados com o uso de CO. As doses elevadas de esteróides na composição das pílulas aumentaram a incidência de vários eventos tais como o tromboembolismo venoso (TEV), acidente vascular cerebral (AVC), enfarte agudo do miocárdio (EAM) e hipertensão arterial (HTA). Surgiram, assim, vários estudos cujo principal objectivo foi determinar se, de facto, existia alguma relação entre o uso de CO e o risco de doença cardiovascular em utilizadoras actuais de CO ou em antigas utilizadoras, bem como os mecanismos fisiopatológicos envolvidos.

A HTA constitui um problema de saúde pública que predispõe os doentes para patologias cerebrovasculares e cardiovasculares, as quais são a maior causa de morbidade e mortalidade em Portugal (QUITÉRIO, 2008). Nas utilizadoras de CO de doses elevadas pode ocorrer aumento dos níveis de angiotensinogénio, que contribui para o aumento da pressão arterial. O referido efeito desaparece num período de 3 a 6 meses após a descontinuação (SHERIF, 1999). No caso das utilizadoras de CO de dose baixa pode ocorrer aumento da pressão arterial, mas este, geralmente, não é significativo. Deve-se, contudo, monitorizar os valores de pressão arterial durante o uso deste método de contracepção. As mulheres que apresentam tendência para valores de pressão arterial elevados devem optar por outros métodos de contracepção.

Foi verificado que o risco de AVC está relacionado com a dose de estrogénio e não com o tipo de progestagénio (SHERIF, 1999) e que o uso de CO de dose baixa aumenta em

duas vezes o risco de AVC em comparação com as não utilizadoras. Este risco aumenta ainda mais se existirem outros factores de risco tais como cefaleias, HTA, hábitos tabágicos (CHAKHTOURA et al., 2009) e idade mais avançada. De facto, apesar do AVC ser uma patologia rara entre as mulheres saudáveis em idade fértil, a incidência desta condição aumenta com o envelhecimento da mulher (CHAKHTOURA et al. 2009), principalmente a partir dos 35 anos (SHERIF, 1999).

A influência das minipílulas no risco de AVC não é muito conhecida devido a vários motivos: há pouca informação disponível, a incidência de ocorrência de AVC é baixa, os estudos que foram realizados apresentam limitações e factores de confundimento que podem influenciar as suas conclusões como, por exemplo, o facto de ser fumadora. Apesar disso, a evidência científica indica que o risco de AVC não está aumentado em quem utiliza minipílulas (CHAKHTOURA et al., 2009) e por isso este tipo de CO é recomendado pela OMS para as mulheres com factores de risco cardiovasculares.

Existe um risco aumentado de EAM em utilizadoras de CO. De acordo com a WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception (1997), as mulheres com menos de 35 anos e as não fumadoras apresentam um menor aumento deste risco. Os CO de 3ª geração são os mais seguros em termos de risco de enfarte para os fumadores, pois conferem um menor aumento do risco para esta doença vascular em relação aos CO de 1ª e 2ª geração (LEWIS et al., 1997). O mecanismo subjacente a esta redução do risco não se encontra completamente esclarecido mas sabe-se que baixos níveis de SHBG foram associados a um aumento da HTA e mortalidade cardiovascular e, em comparação com o levonorgestrel, o desogestrel (o progestagénio de 3ª geração mais estudado) apresenta menor afinidade para o receptor de androgénios e, além disso, não inibe o aumento da SHBG provocado pelo estrogénio. O gestodeno é conhecido por actuar de forma semelhante. A falta de inibição da SHBG por estes progestagénios mais recentes pode, assim, permitir explicar o efeito observado. Outra possível explicação sugerida por LEWIS et al. (1997) baseia-se no facto dos novos tipos de progestagénios não apresentarem tantos efeitos adversos no perfil lipídico (LEWIS et al., 1997).

Para além da idade avançada e dos hábitos tabágicos ter diabetes *mellitus* tipo 2 constitui outro factor de risco associado ao aumento da incidência de eventos como AVC ou EAM nos utilizadores de CO. A obesidade está associada a este tipo de eventos pois encontra-se relacionada com a HTA e diabetes *mellitus* tipo 2 referidas e com a dislipidémia (SIDNEY et al., 1996).

O TEV é uma condição rara mas potencialmente séria que normalmente envolve a formação de coágulos sanguíneos nas veias profundas das pernas e da pélvis. Se o coágulo se desprende e permanece em circulação, pode bloquear o fluxo sanguíneo nos pulmões e provocar embolismo pulmonar (EP) com possíveis consequências fatais. De acordo com o World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone

Contraception (1995), os factores de risco associados são a idade avançada, hábitos tabágicos, imobilidade (associada a viagens e hospitalização), obesidade, gravidez e período peri-parto. Para além disso, o risco de TEV está relacionado com a dose de hormonas sexuais que compõem a pílula, tanto de estrogénios como de progestagénios, e encontra-se especialmente elevado nos primeiros 4 meses de utilização de CO, desaparecendo 3 meses após a descontinuação do seu uso, não sendo afectado pela duração do uso de CO.

As questões científicas relacionadas com o TEV tendo em conta o tipo de progestagénio surgiram em meados dos anos 90, quando na Alemanha e Reino Unido os médicos foram alertados em relação à prescrição de gestodeno e desogestrel, pois estes progestagénios de 3ª geração estavam relacionados com um maior risco de TEV (WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception, 1995; SPITZER et al., 1996).

Por outro lado, a introdução de uma outra pílula com um novo tipo de progestagénio, a drospirenona, levou ao desenvolvimento de novos estudos cujas conclusões, no início, indicavam que este progestagénio não apresenta maior risco de eventos cardiovasculares (DINGER et al., 2007). Porém, estes estudos apresentavam várias limitações e factores de confundimento (SEHOVIC & SMITH, 2010). Consequentemente, novos estudos foram realizados para comparar a drospirenona com o levonorgestrel e concluiu-se que as utilizadoras de CO com drospirenona apresentam 2 vezes maior risco de TEV não fatal que as utilizadoras de CO com levonorgestrel (JICK & HERNANDEZ, 2011).

O uso de CO pode também interferir na frequência de enxaqueca. Em casos de enxaqueca com aura, o uso de CO é contra-indicado e, caso as mulheres com enxaqueca sem aura passem a manifestar enxaqueca com aura aquando do início do uso de CO, a descontinuação é recomendada. De facto, a enxaqueca com aura está associada a um maior risco de AVC (ALLAIS et al., 2009).

De acordo com a *International Classification of Headache Disorders* do *Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society* (2004), podem existir dois tipos de enxaqueca relacionada com os CO: a enxaqueca induzida por hormonas exógenas (código 8.3.1.) e a enxaqueca devido à diminuição de estrogénios (código 8.4.3.), que geralmente aparece nos primeiros 5 dias de diminuição dos níveis de estrogénios e resolve-se dentro de 3 dias (ALLAIS et al., 2009).

Embora o aparecimento de enxaqueca seja uma das causas que leva à descontinuação do uso de CO, esta condição tende a desaparecer com o uso continuado dos CO (LODER et al., 2005).

A enxaqueca e os CO são factores independentes para o risco de AVC e, apesar de a enxaqueca sem aura não ser uma contra-indicação para o uso de CO, é necessário averiguar outros factores de risco que também podem estar em combinação com a enxaqueca sem aura como os hábitos tabágicos, ter HTA, dislipidémia, obesidade e diabetes *mellitus*, principalmente em mulheres com mais de 35 anos.

No que se refere ao possível efeito dos CO sobre a fertilidade feminina, apesar de existir um ligeiro atraso na capacidade de concepção, geralmente as mulheres voltam a ter ovulação 3 meses após a descontinuação do uso da pílula (SPIRA; 1983). De acordo BARNHART & SCHREIBER (2009), a taxa de concepção é de cerca de 12 meses após descontinuação de uso de CO, sendo semelhante à observada para os outros tipos de contracepção.

### 1.2.1. Efeitos neoplásicos dos contraceptivos orais (CO)

Os CO parecem estar associados com a prevalência e incidência de vários tipos de cancro como o do endométrio, o cancro da mama, o cancro cervical ou o cancro nos ovários.

Actualmente, o cancro do endométrio está no 7º lugar em termos de prevalência de cancro nas mulheres (KOKKA et al., 2010). Tendo como termo de comparação os não utilizadores de CO, tanto os utilizadores de CO com dose baixa de progestagénios como os utilizadores de dose elevada estão associados a uma diminuição do risco de cancro do endométrio. Um aumento na dose de progestagénio não confere maior protecção para este tipo de cancro (MAXWELL et al., 2006).

De acordo com a World Health Organization (2008), o cancro da mama é o principal tipo de cancro mortal nas mulheres e o aumento da sua incidência tem si associado ao aumento do uso de CO. Porém, os estudos que têm sido feitos para compreender a relação entre o uso de CO e os casos de cancro da mama são muitas vezes inconsistentes podendo levar a conclusões pouco definidas. Um dos principais obstáculos à realização de estudos é o facto do número absoluto de casos de cancro da mama devido ao uso de CO ser muito baixo devido à pouca incidência destas doenças nas mulheres mais novas. Tendo em conta a análise do *Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer* de 1996, existe um pequeno aumento do risco de cancro da mama nos utilizadores actuais de CO e em mulheres que pararam de usá-los nos últimos 10 anos. Além disso, os cancros que foram detectados nas utilizadoras de CO tendem a estar menos avançados que os cancros diagnosticados em mulheres que não usaram CO. Na verdade, é importante investigar se tal associação descrita é devida ao diagnóstico precoce de cancro da mama nas mulheres que usaram/usam CO, se é devido aos efeitos biológicos dos contraceptivos hormonais ou devido a uma combinação de ambos.

A infecção persistente das células epiteliais cervicais por alguns tipos de vírus do papiloma humano (VPH) é uma das principais causas de cancro cervical. Este tipo de vírus é transmitido por via sexual e a referida infecção pode ser influenciada por factores como o uso de CO que aumentam a vulnerabilidade do cérvix (VELJKOVIC & VELJKOVIC, 2010). O cancro cervical desenvolve-se muito lentamente durante um longo período de tempo e pode ser efectivamente prevenido através de rastreios periódicos já que os CO não mascaram a citologia cervical anormal.

Existem estudos que indicam um risco aumentado de cancro cervical em mulheres com VPH que usam CO há mais de 5 anos; porém, as que usam CO tem maior oportunidade de realizar testes de papanicolau e, assim, detectarem lesões num estadio mais inicial, podendo este aspecto constituir um factor de confundimento (SMITH et al., 2003).

Os CO, ao permitirem a inibição da ovulação, têm um efeito protector na redução do risco de cancro nos ovários; o risco é menor em 40% nos utilizadores de CO que nos não utilizadores. Esta protecção é especialmente observada em mulheres nulíparas (VELJKOVIC & VELJKOVIC, 2010) e parece persistir até 15 anos após a descontinuação do uso da pílula (WEBBERLEY & MANN, 2006).

### 1.3. Eficácia dos contraceptivos orais (CO)

Os COC devem ser iniciados após o médico se certificar que a utente não está grávida, preferencialmente nos 5 dias após o início da menstruação. Caso este método de contracepção seja iniciado fora do referido intervalo de tempo, torna-se necessário recorrer a um segundo método de contracepção, pois a evidência sugere que a supressão da ovulação é menos fiável se o início de administração da pílula começa após os 5 dias de ocorrência de menstruação. O uso do segundo método de contracepção deve prolongar-se durante 7 dias, pois só com 7 dias de administração contínua de CO é que se pode evitar a ovulação durante o ciclo (CURTIS et al., 2006).

De uma forma geral, se os COC forem bem utilizados a incidência de gravidez não planeada encontra-se abaixo dos 0,3% durante o primeiro ano de uso. Esta eficácia pode ser, teoricamente, afectada por factores como o índice de massa corporal (IMC), o peso, a idade, entre outros. De acordo com o estudo de DINGER et al. (2009), pílulas cujos componentes progestagénicos como o desogestrel, dinogest, drospirenona e levonorgestrel apresentam uma variação muito pequena da eficácia em relação ao IMC, tendo-se verificado uma diminuição significativa da eficácia quando o componente progestagénico era o acetato de cloromadinona para os casos em que o IMC era superior a 30 Kg/m<sup>2</sup> ou as mulheres pesavam mais de 75kg. Tal situação pode ser explicada pelo facto do acetato de cloromadinona ser mais lipofílico, podendo acumular-se no tecido adiposo. Assim, nas mulheres com excesso de peso e obesidade, onde a massa de tecido adiposo é maior, podem ocorrer alterações no volume de distribuição que potencialmente podem fazer com que as hormonas sexuais administradas se encontrem, de forma temporária, em níveis sub-terapêuticos. Em relação à idade, o mesmo estudo refere que a taxa de ineficácia dos CO foi maior nas mulheres mais novas (até aos 24 anos). Em mulheres mais velhas (com idade igual ou superior a 29 anos) e que usam os CO há mais tempo a taxa de ineficácia da pílula diminuiu. Esta situação pode estar associada ao facto do pico da fertilidade da mulher ser entre os 20 e 30 anos. Além disso, as mulheres que já tiveram um ou mais partos apresentam maior risco de ineficácia da pílula que aquelas que nunca tiveram gravidezes. De facto, as que já estiveram grávidas, já

demonstraram que são férteis, ao contrário das que nunca ficaram grávidas (onde estão incluídas as mulheres que podem ser inférteis).

A forma como a pílula é usada também influencia a sua eficácia na prevenção da gravidez e é também devido a este facto que, na prática, a eficácia da pílula se encontra entre os 92 e os 97% (ROSENBERG et al., 1995).

Apesar da pouca informação existente sobre a adesão ao uso dos CO, um estudo de 1995 da autoria de ROSENBERG et al. permitiu determinar que a fraca adesão está associada a vários motivos, entre eles, a ausência de estabelecimento de uma rotina de administração da pílula; a dificuldade na leitura e compreensão dos materiais escritos presentes na embalagem dos CO; a falta de informação fornecida pelo médico e a ocorrência de efeitos adversos como o hirsutismo, náuseas, irregularidades nas hemorragias do ciclo menstrual e tensão mamária. Estes efeitos adversos funcionam como o principal factor de que condiciona a descontinuação precoce dos CO em mulheres que pretenderiam continuar o seu uso. Este estudo também esclarece que o factor idade não influencia a *compliance* do uso de CO, mais precisamente, não é correcto afirmar que as utilizadoras de CO mais novas são as que apresentam uma menor *compliance* em relação à utilização deste método contraceptivo. Para além destas conclusões, foi possível também verificar que existem diferenças na descontinuação nos vários países, indicando que podem estar envolvidas questões culturais (ainda pouco compreendidas) que condicionam o uso de CO pelas mulheres (ROSENBERG et al., 1995).

O uso inadequado dos CO e a descontinuação leva a que exista um aumento tanto na recorrência ao médico, como nas gravidezes não planeadas devido à ineficácia do método anticoncepcional substituto ou, em muitos casos, devido ao facto de não ser utilizado um outro método contraceptivo (ROSENBERG et al., 1995).

Para que, na prática, a eficácia da pílula seja maior, é necessário aumentar a adesão e prevenir a descontinuação precoce. Estas formas de acção são da responsabilidade partilhada entre utilizadores de CO, médicos e fabricantes de CO (ROSENBERG et al., 1998) e, de facto, o fornecimento de materiais escritos informativos e de fácil compreensão pelos produtores de CO podem melhorar a *compliance* da utilizadora (ROSENBERG et al., 1995). Além da informação sobre o uso correcto dos CO, os médicos devem indicar aos utentes a melhor forma de adopção de uma rotina para administração dos CO, avisar sobre os efeitos que podem aparecer no início da sua utilização, de modo a evitar a descontinuação inadequada da pílula, e assegurar-se que a utente compreende a informação disponibilizada (incluindo formas de procedimento em caso de esquecimento de tomas da pílula) e indicar onde procurar informação caso surjam dúvidas durante a utilização dos CO.

Quanto às minipílulas, para que estas sejam eficazes, devem ser tomadas todos os dias à mesma hora uma vez que o pico de acção é atingido 2 a 3 horas após a administração e, a partir desse momento, o efeito começa a diminuir (MANSOUR, 2003). Assim, de acordo com SHERIF (1999), as utilizadoras deste tipo de contraceptivo devem ser alertadas para o facto de a impermeabilidade do muco cervical diminuir 22h após a ingestão da minipílula e de

o seu efeito terminar 24h depois, bem como o facto do uso da minipílula poder resultar em hemorragias menstruais irregulares e em desenvolvimento de quistos ováricos.

Tendo em conta a contribuição do componente progestagénico na eficácia da pílula (combinada ou não), uma revisão de vários estudos realizados (FESTIN, 2006) indica que as pílulas com progestagénios de 2ª geração apresentam menor taxa de descontinuação e melhor controlo do ciclo que os de 1ª. O gestodeno e o levonorgestrel apresentam eficácia semelhante, bem como incidência de *spotting* (hemorragia de disrupção, a meio de um ciclo menstrual) e ausência de hemorragia de privação semelhantes. Entre as pílulas de 3ª geração, apesar de o gestodeno apresentar uma maior capacidade de controlo do ciclo, a probabilidade de descontinuação é menor para o desogestrel. Em comparação com a drospirenona, o desogestrel teve semelhantes resultados no que diz respeito à prevenção da gravidez, controlo do ciclo e efeitos adversos.

A administração da pílula mascara os sintomas/marcadores do início da menopausa. Após ter em consideração a vontade das mulheres, a melhor idade para terminar a administração da pílula é aos 50 anos e a partir daí deve recorrer-se a outros métodos de contraceção como o DIU ou métodos barreira até se comprovar o fim da actividade dos ovários. Se a administração da pílula acaba antes dos 50 anos, pode concluir-se que a mulher já não é fértil após 2 anos de amenorreia e, a partir desse momento, pode deixar de recorrer a métodos contraceptivos. Se a pílula é descontinuada após os 50 anos, só é necessário verificar se há amenorreia durante um ano (WEBBERLEY & MANN, 2006).

Apesar das formas de procedimento em caso de esquecimento da administração de CO poderem diferir com o tipo de contraceptivo, de acordo com as indicações da OMS (World Health Organization, 2004) é necessário ter em conta que formulação de pílula é administrada, em particular, atender à sua composição, dosagem e altura do ciclo em que ocorreu o esquecimento. A maioria dos estudos feitos em relação ao esquecimento da administração de pílulas é principalmente relativo às formulações de 30 e 35 µg de EE.

A pílula esquecida deve ser administrada mas podem ser necessários alguns procedimentos adicionais. Sabe-se que o esquecimento de 3 ou mais pílulas com princípio activo (ou 2, caso a dosagem de EE for até 20 µg), leva a que seja necessário tomar precauções adicionais, qualquer que tenha sido a altura do esquecimento. E sabe-se também que o risco de gravidez é maior no caso de esquecimento no início ou no fim da administração das pílulas com princípio activo (correspondente a um aumento do período de pausa), daí recomendar-se a utilização de um método contraceptivo adicional em caso de esquecimento de um comprimido na primeira semana ou não fazer o período de pausa em caso de esquecimento na terceira semana do ciclo. Refira-se, ainda, que apesar de escassa, a evidência existente para o caso das pílulas com 20 µg de EE indica que o esquecimento de

pílulas com esta dosagem tem um maior risco de ineficácia (gravidez indesejada) que as pílulas com maior dosagem de EE.

Para mulheres que se esquecem com muita frequência, a OMS sugere que estas devem recorrer a um método contraceptivo alternativo.

No caso de esquecimento de minipílulas é necessário aplicar o princípio de tomar a pílula o mais cedo possível, tendo em conta que, caso tenham passado mais de 3h após o esquecimento, deve-se usar um método contraceptivo adicional ou abster-se de relações sexuais nos dois dias seguintes, caso a utilizadora tenha tido parto há mais de seis meses e não se encontre numa situação de amenorreia.

## 1.4. Outras aplicações dos contraceptivos orais (CO)

Uma vez que os esteróides que fazem parte da composição dos CO actuam não apenas na ovulação, mas noutros aspectos relacionados com os efeitos das hormonas sexuais no ciclo menstrual e no organismo, para além da sua aplicação como método contraceptivo, os CO podem ser prescritos para o tratamento de outro tipo de situações tais como a dismenorreia, controlo do ciclo menstrual, hirsutismo e acne.

A dismenorreia é uma complicação correspondente a dores menstruais e pode diminuir com a inibição da ovulação. Assim, as hormonas sintéticas dos COC, em princípio, podem ser usadas no tratamento da dismenorreia. Porém, um estudo de revisão (WONG et al., 2009) indicou que não é possível concluir sobre a eficácia dos COC para a dismenorreia. Por outro lado, há alguns estudos que mostram alguma eficácia dos CO de dose média de 1ª e 2ª geração em relação ao placebo. No entanto, os referidos estudos são pouco robustos e incluíam doses maiores de hormonas que aquelas presentes actualmente nos CO.

O controlo do ciclo menstrual define-se como o controlo do *spotting* e da ausência de hemorragia de privação (ROSENBERG & LONG, 1992). O facto de não existir o referido controlo, constitui um dos problemas relacionados com o ciclo menstrual e com o início da administração de CO, o que faz com que, contribua para a descontinuação precoce do uso deste método contraceptivo. Devido à variabilidade dos desenhos de estudo aplicados, bem como dos métodos utilizados não é possível concluir de forma fidedigna qual a melhor composição para o um bom controlo do ciclo menstrual e, assim, melhorar a *compliance* em relação ao uso dos CO. Mesmo assim, sabe-se que o gestodeno confere um melhor controlo do ciclo que o desogestrel e que o levonorgestrel é melhor que a noretindrona. (ROSENBERG & LONG, 1992)

A acne é uma doença dermatológica complexa que envolve factores relacionados com a acção dos androgénios que levam ao aumento da produção de sebo pelas glândulas sebáceas, tornando a pele mais oleosa, criando assim, um ambiente mais propício ao crescimento do seu microrganismo patogénico (*Propionibacterium acnes*) e desenvolvimento

de inflamação. Apesar de, de uma forma geral, todos os CO poderem melhorar a acne, independentemente do tipo de progestagénio, alguns CO foram estudados em relação à sua acção sobre a acne. Os progestogénios estudados e com melhores resultados foram o acetato de ciproterona, o levonorgestrel, norgestimato, drospirenona e diacetato de etinodiol, entre outros (GEORGE et al., 2008).

O hirsutismo corresponde ao excesso de crescimento de pêlo nas mulheres em locais típicos de crescimento de pêlos nos homens e atinge cerca de 5 a 10% das mulheres, tendo em conta a idade, estado menopáusico e etnia. Esta situação tem várias abordagens terapêuticas, onde se incluem os CO com antiandrogénios (LUMACHI & BASSO, 2010), uma vez que este crescimento excessivo de pêlos encontra-se associado aos níveis de hormonas sexuais masculinas cuja produção é diminuída devido à acção dos CO.

## 1.5. Noções sobre os contraceptivos orais (CO)

Uma das principais barreiras à utilização adequada dos CO é o conhecimento que as mulheres possuem em relação a este método contraceptivo, pois muitas mulheres associam a pílula à ocorrência de problemas sérios de saúde e aumento de peso e existe um défice notório em relação aos conhecimentos dos benefícios do uso dos CO: diminuição do risco de cancro do endométrio e ovários, da doença inflamatória pélvica, da gravidez ectópica, da anemia e da doença benigna da mama (PEIPERT & GUTMANN, 1993; JONES, 1999; PICARDO et al., 2003)

Além disso, muito do conhecimento que é mostrado, está relacionado com os estudos antigos, que investigavam os efeitos em doses elevadas de estrogénios e que não tinham em conta a influência de outros factores que podiam constituir factores de confundimento (SULAK & COFFEE, 1995).

Muitas mulheres acreditam que as mulheres mais velhas não devem tomar a pílula devido à noção de que existe um maior risco para a saúde. Na verdade, existem vários benefícios não só para as mulheres em idade reprodutiva mas para mulheres mais velhas principalmente na regulação do ciclo menstrual e, possivelmente, conferem protecção em relação à perda de massa óssea (SULAK & COFFEE, 1995).

Devido ao facto da pílula ser um dos poucos produtos farmacêuticos associados a benefícios além da sua aplicação principal como contraceptivo, é perturbante constatar como estudos feitos em universidades indicam que as mulheres mais jovens e com um nível educacional mais elevado não conhecem os benefícios da pílula. Esta situação piora quando existem dados recolhidos entre 1991 e 1995, indicando que as raparigas não receberam informação relacionada com os benefícios da pílula (SULAK & COFFEE, 1995).



## 2. Objectivos

A pílula é um dos métodos contraceptivos mais usado no mundo, especialmente em Portugal; tem sido alvo de estudos intensivos e de constantes melhoramentos das suas características para que se torne cada vez mais segura e similar ao funcionamento das hormonas sexuais produzidas fisiologicamente. Todas estas alterações, feitas desde que começou a ser comercializada, tornaram este fármaco acessível a todas as mulheres que pretendam não só controlar a sua fertilidade e evitar gravidezes não pretendidas, mas também que queiram usá-la no tratamento dos sintomas relacionados com desregulação hormonal.

Porém, os dados indicam que são atribuídas à pílula características que esta não apresenta e, para além disso, a sua eficácia na prática não corresponde à eficácia que é indicada nos ensaios clínicos, evidenciando lacunas ao nível da sua correcta utilização. Assim, a dinâmica do uso dos contraceptivos, no que se refere à forma de escolha do método, possível descontinuação e troca está actualmente a ganhar interesse; porém, não existem muitos estudos relativos a esta temática. Além disso, em muitos casos este método contraceptivo é utilizado por mulheres que apresentam determinados estilos de vida ou condições clínicas que constituem contra-indicações para o uso da pílula ou por mulheres que tomam medicamentos que potencialmente interagem com a pílula.

Neste âmbito, podem ser colocadas diversas questões. O que as mulheres portuguesas sabem em relação à pílula? Qual a pílula mais utilizada? Qual a adesão e preocupações em relação a este método de contracepção? Uma vez que a informação disponível não permite dar resposta a estas questões, pretendeu-se fazer uma abordagem inicial sobre esta temática. Assim sendo, pretende-se corresponder de uma forma específica aos seguintes objectivos:

- Identificar quais as noções das utilizadoras de pílula em relação a este método contraceptivo;
- Determinar se há relação entre o nível de escolaridade (ensino básico, ensino secundário e ensino superior) e o nível de conhecimento em relação à pílula;
- Determinar se há relação entre duração de uso da pílula e nível de conhecimento em relação a este contraceptivo oral;
- Determinar da dinâmica do uso da pílula:
  - Qual a pílula mais usada;
  - Motivos de uso da pílula;
  - Razões que levaram à descontinuação do uso da pílula;
  - Trocas de formulações da pílula e motivos que levaram a tal troca;
  - Intervenção do médico na escolha e alteração da formulação da pílula;
  - *Compliance* e *follow-up* do uso da pílula (nomeadamente o controlo do perfil lipídico e controlo da pressão arterial);

- Precauções em situações especiais como o caso de vômitos e/ou diarreia;
- Condições clínicas concomitantes e possíveis interações medicamentosas presentes;
- Fonte de informação à qual se recorre em caso de necessidade de esclarecimento adicional;
- Identificação de possíveis contra-indicações ao uso da pílula;

### 3. Material e métodos

Para responder aos objectivos propostos foi feito um estudo transversal retrospectivo através da aplicação de um questionário às mulheres que adquiriam a pílula, com ou sem receita médica, em algumas farmácias comunitárias do distrito de Castelo Branco. Tendo sido recolhida uma amostra de natureza accidental, esta caracteriza-se pela sua heterogeneidade, envolvendo desde mulheres muito jovens a mulheres em idade de pré-menopausa, fumadoras e não fumadoras, com diferenças no IMC e características clínicas, permitindo, deste modo, oferecer a oportunidade para um conhecimento geral sobre este assunto.

Os questionários aplicados encontram-se em anexo (Anexos I e II) e apresentam questões que permitem determinar quais os conhecimentos que as utilizadoras de pílula têm em relação a algumas características deste método contraceptivo e qual a sua dinâmica de utilização: qual o tipo de pílula administrada; quem a prescreveu; há quanto tempo usa; se alguma vez descontinuou a sua administração e razão pela qual o fez; se já alguma vez trocou, o porquê e se tal troca foi acompanhada pelo médico; bem como análise da sua *compliance*, condições clínicas e medicamentos concomitantes. Pretendeu-se também determinar se alguma vez recorreu à contracepção de emergência (CE) e qual a fonte de informação usada em caso de necessidade de esclarecimento adicional.

O conjunto de 10 questões relacionadas com as noções sobre a pílula foi baseado num artigo publicado por HAMANI et al. (2007). Estas questões apresentam 3 opções de resposta possíveis: “sim”, “não” ou “não sei” e podem ser agrupadas em grupos relacionados com a imagem corporal (questões 1, 2 e 3), possíveis efeitos secundários (questões 4 e 5), possíveis riscos para a saúde no futuro (questões 6, 7 e 8) e formas de uso (questões 9 e 10).

O questionário foi aplicado durante o período de um mês. Os dados obtidos foram posteriormente tratados por métodos estatísticos (SPSS) e foram igualmente tidas em conta algumas considerações no tratamento de resultados; uma vez que o questionário foi aplicado a mulheres com um intervalo de faixas etárias bastante alargado, teve de se considerar que algumas das participantes no questionário podiam ter já tido um ou mais filhos e, por sua vez, a gravidez constitui uma razão de descontinuação do uso da pílula por um período relativamente prolongado onde não é necessária a utilização de um contraceptivo sendo, por isso, incluída na hipótese: “Período de tempo sem necessidade de contracepção” indicado no questionário.

Para análise da *compliance* do uso da pílula, a população alvo foi questionada em relação ao esquecimento na toma da pílula e, caso existissem esquecimentos, avaliou-se o procedimento adoptado. Para isso, teve-se em conta qual a semana em que era mais frequente ocorrer o esquecimento e verificou-se se a descrição indicada do procedimento em relação à administração da pílula esquecida era concordante com o que está indicado no resumo das características do medicamento (RCM).

Uma das situações que também é importante na determinação dos cuidados tidos em conta em relação ao uso deste método contraceptivo é qual a forma de reacção das utilizadoras em caso de vómitos e/ou diarreia e a realização de análises periódicas para controlo do perfil lipídico e pressão arterial. Para o primeiro caso, teve-se em conta a existência ou não de precauções adicionais caso ocorressem efectivamente vómitos e/ou diarreia.

As condições clínicas e medicamentos concomitantes foram questionados de modo a identificarem-se eventuais contra-indicações/interacções em relação ao uso dos CO. As possíveis interacções foram consultadas no RCM da pílula utilizada pela mulher questionada e na informação científica disponível.

## 4. Resultados e discussão

### I. Características da amostra

Após a aplicação dos questionários procedeu-se ao tratamento dos resultados obtidos. Na tabela que segue apresentam-se as características gerais da amostra.

Tabela 4: Apresentação das características da amostra.

Número de questionários (n)		205
Intervalo de idades (anos)		17-55
Idade (média $\pm$ DP; anos)		(31,9 $\pm$ 9,4)
IMC (média $\pm$ DP; Kg/m <sup>2</sup> )		23,37 $\pm$ 3,86
Duração de uso da pílula (média $\pm$ DP; anos)		10,35 $\pm$ 7,80
Nível de escolaridade	Ensino básico	39 (19,0%)
	Ensino secundário	94 (45,9%)
	Ensino superior	72 (35,1%)
Estado civil	Solteira	95 (46,3%)
	Casada	89 (6,3 %)
	Divorciadas	13 (6,3 %)
	Viúva	3 (1,5%)
	Outro: união de facto	5 (2,4%)
Consumo de tabaco	Fumadora	47%
	Não fumadora	53%

DP - desvio padrão

## II. Noções sobre os contraceptivos orais (CO)

### 1. Apresentação das respostas consideradas correctas

As respostas consideradas como correctas no questionário aplicado para avaliar as noções das utilizadoras sobre os CO encontram-se representadas na tabela 5.

**Tabela 5:** Respostas consideradas correctas no questionário das noções sobre os contraceptivos orais (CO)

	Questão	Sim	Não
Imagem corporal	A pílula causa aumento significativo do peso?		X
	A pílula normalmente aumenta o apetite?		X
	A pílula aumenta a acne facial e a quantidade de pêlo no corpo?		X
Efeitos secundários	A pílula pode afectar o desejo sexual?	X	
	A pílula influencia o humor?		X
Riscos futuros para saúde	O uso da pílula durante a adolescência aumenta significativamente o risco de cancro da mama?		X
	A pílula normalmente causa infertilidade futura?		X
	O uso da pílula é perigoso para a saúde?		X
Forma de uso	As adolescentes fumadoras podem tomar a pílula de forma segura?	X	
	É necessário fazer pausas no uso da pílula para “descansar o corpo”?		X

### 2. Análise das respostas acerca das noções sobre contraceptivos orais

Na tabela 6 encontram-se as percentagens relativas à análise das respostas obtidas pela aplicação do questionário às participantes no estudo de modo a avaliar o seu conhecimento em relação à pílula. A percentagem de incerteza corresponde aos casos em que as inquiridas responderam “Não sei”.

**Tabela 6:** Noções em relação aos contraceptivos orais (CO).

	Questão	Resposta correcta (%)	Resposta incorrecta (%)	Incerteza (%)
Imagem corporal	1. A pílula causa aumento significativo do peso?	58,5	37,6	3,9
	2. A pílula normalmente aumenta o apetite?	75,6	15,6	8,8
	3. A pílula aumenta a acne facial e a quantidade de pêlo no corpo?	82,4	13,2	4,4
Efeitos secundários	4. A pílula pode afectar o desejo sexual?	21,5	63,9	14,6
	5. A pílula influencia o humor?	61,0	27,8	11,2
Riscos futuros para saúde	6. O uso da pílula durante a adolescência aumenta significativamente o risco de cancro da mama?	36,6	21,4	42,0
	7. A pílula normalmente causa infertilidade futura?	46,8	24,9	28,3
	8. O uso da pílula é perigoso para a saúde?	61,5	28,3	10,2
Forma de uso	9. As adolescentes fumadoras podem tomar a pílula de forma segura?	44,9	33,1	22,0
	10. É necessário fazer pausas no uso da pílula para “descansar o corpo”?	54,6	37,1	8,3

De uma forma generalizada, em todas as questões, excepto na questão “A pílula pode afectar o desejo sexual?”, a percentagem de respostas correctas foi maior que a percentagem de respostas incorrectas. Porém, refira-se que em outras três questões, a percentagem de noções erradas em relação ao uso da pílula (respostas incorrectas) ultrapassou os 33% (questões 1, 9 e 10), o que indica que mais de um terço errou na questão colocada.

Quase metade das inquiridas não sabiam indicar se o uso da pílula pelas adolescentes levaria a um aumento do risco de cancro da mama. Outro caso em que se verificou uma percentagem elevada de incerteza foi na questão relativa aos efeitos dos CO na fertilidade após a sua descontinuação.

Seguidamente serão analisadas as noções de cada grupo de questões de forma particular e mais pormenorizada.

## 2.1. Questões relativas à imagem corporal

O tema “imagem corporal é de interesse geral pois, cada vez mais, as pessoas têm a sua identidade ligada a essa imagem, muitas vezes, confundindo-a com identidade” (CASTILHO, 2003).

A imagem corporal é a construção mental que as pessoas têm em relação ao seu próprio corpo e é influenciada por vários factores, especialmente os culturais. As mulheres são o género que mais importância dá à imagem corporal.

### 2.1.1. “A pílula causa aumento significativo do peso?”; “A pílula normalmente aumenta o apetite?”

A regulação do peso é um aspecto importante a nível pessoal e de saúde e o seu aumento é muitas vezes considerado como efeito adverso do uso de contraceptivos hormonais. Muitos profissionais de saúde e mulheres acreditam que tal efeito é real, o que leva a um receio no início da sua administração e a uma descontinuação precoce.

Os estudos publicados na literatura não permitem concluir a existência de uma associação causal entre os CO e o aumento de peso (GALLO et al., 2003). No entanto, de acordo com a Sociedade de Planeamento Familiar dos Estados Unidos (2009) as utilizadoras associam o aumento de peso à pílula, o que acontece, possivelmente, pelo facto da pílula poder ser o único ou um dos poucos medicamentos que se administram ao longo da vida. Na verdade, é necessário ter em conta que ao longo da vida a tendência é para aumentar de peso, independentemente do uso de contraceptivos. Para além disso, o peso que as mulheres dizem ter, muitas vezes, não corresponde ao que elas realmente têm e o aumento de peso pode estar associado às situações onde não são usados contraceptivos, que é o que acontece com a gravidez, onde muitas mulheres não conseguem regressar ao peso que tinham antes de engravidar.

Na tentativa de explicar os mecanismos para um possível aumento de peso (mesmo que não seja significativo), foram levantadas hipóteses como a estimulação do sistema renina- angiotensina- aldosterona que pode levar a um aumento da retenção de líquidos e, assim, conferir um aumento de 1 a 2 Kg. A alteração do metabolismo dos glícidos foi outra das explicações sugeridas por GUPTA (2000).

Em relação aos estudos já realizados para esclarecer esta situação de acordo com critérios científicos, destaca-se um estudo de BRILL et al. (1994) feito com uma formulação com 75 µg de gestodeno e 30 µg de EE (mesma composição existente nas formulações Gynera® e Minulet®) a 5602 adolescentes onde, ao fim de 6 ciclos não foi verificado aumento de peso em 91.2% das participantes. Destaca-se, de igual forma, um outro estudo de LINDHT et al. (2011) sobre a influência do uso prolongado dos CO no peso. Na investigação realizada,

não existiu uma diferença significativa no aumento de peso quer entre as mulheres utilizadoras de CO e as não utilizadoras, quer entre grupos de mulheres com diferentes durações de uso da pílula. De facto, o único factor referido como indicador do aumento de peso foi a idade apoiando, assim, a ideia defendida pela Sociedade de Planeamento Familiar dos Estados Unidos.

No estudo descrito nesta dissertação, a noção de que o uso de CO pode aumentar o peso foi registado em 37,6% das entrevistadas, tendo a maioria das participantes indicado que o uso da pílula não aumentava de forma significativa o peso (58,5%). Além disso, as participantes no estudo apresentavam também a noção correcta que o possível aumento de peso não estava relacionado com o aumento do apetite, já que mais de  $\frac{3}{4}$  (75,6%) respondeu que o uso da pílula não o aumentava. Porém, destaque-se o facto de que nesta segunda questão houve uma maior prevalência da incerteza comparativamente à primeira questão (8,8% *versus* 3,9%). Refira-se, igualmente, que a percentagem de incerteza em relação à influência do uso dos CO no peso corresponde à percentagem de incerteza mais baixa das dez questões colocadas.

Estes resultados contrariam, de certa forma, os restantes estudos que abordavam as entrevistadas em relação a esta questão. De facto, no artigo da autoria de HAMANI et al. (2007), 59,8% das participantes tinham a noção que o uso da pílula levava ao aumento significativo do peso e, além disso, 47,6% indicavam que a pílula levava ao aumento do apetite. Um outro estudo da autoria de ODDENS (1996) indica que 74,8% das participantes associavam ao uso de CO o aumento de peso.

### 2.1.2. “A pílula aumenta a acne facial e a quantidade de pêlo no corpo?”

A acne é, por definição, uma dermatose inflamatória crónica do folículo pilosebáceo e constitui uma das desordens da pele mais comuns, estando relacionada com a estimulação das glândulas sebáceas na secreção de sebo por hormonas androgénicas. Devido a tal facto, e tendo em conta que há CO com actividade antiandrogénica, a pílula pode também ser usada na atenuação e tratamento da acne.

O hirsutismo corresponde ao aparecimento de pêlos no corpo feminino nos locais cuja manifestação é comumente associada ao género masculino. Esta situação clínica pode ter um impacto no desenvolvimento psicossocial das mulheres e está muitas vezes relacionado com desordens endócrinas, nomeadamente com o excesso de hormonas androgénicas. Assim, uma das formas de tratamento é a supressão hormonal exercida por CO (AZZIZ, 2003).

Mais de 80% das participantes neste estudo tinham a correcta noção que o uso de CO não levava a um aumento da acne nem do hirsutismo. Esta percentagem foi ligeiramente

superior à percentagem de noção correcta que a amostra do estudo de HAMANI et al. (2007) apresentou.

De uma forma geral, esta noção correcta das utilizadoras de CO predomina há alguns anos uma vez que num estudo de ODDENS à população italiana em 1993 relacionado com a determinação do uso e atitudes desta população em relação a este método de contracepção oral, concluiu que 51,8% dos participantes tinham a noção que os CO podiam ser utilizados no alívio de desordens dermatológicas (ODDENS, 1996).

Para além destas evidências, acrescenta-se que, também nesta questão a percentagem de incerteza foi uma das mais baixas de todas as questões abordadas no questionário.

## 2.2. Questões relativas aos efeitos secundários

### 2.2.1. “A pílula pode afectar o desejo sexual?”; “A pílula influencia o humor?”

A libido refere-se ao desejo sexual, podendo ser influenciada tanto por factores psicológicos, como fisiológicos, nomeadamente, níveis de hormonas sexuais.

O humor é referente a um estado emocional duradouro durante o qual as actividades psíquicas como a percepção, cognição ou interacção social, são influenciadas pela emoção prevalente.

Estes dois aspectos são, por vezes, investigados em conjunto nos estudos que procuram melhorar a caracterização dos efeitos dos CO. Assim, numa das investigações desse género (GRAHAM & SHERWIN, 1993) foram registadas as características de humor e da libido de 45 mulheres com complicações pré-menstruais de modo a definir uma *baseline* para posteriormente estas serem sujeitas à administração de placebo ou CO trifásico durante três meses, com o objectivo de avaliar as alterações de humor e da libido. Concluiu-se que, tanto as mulheres que usaram princípio activo como as que usaram placebo mostraram uma melhoria do humor, principalmente na fase pré-menstrual e as que usavam apenas CO experimentaram uma diminuição do desejo sexual durante as fases menstruais e pós-menstruais do ciclo. Neste estudo determinou-se, assim, que a diminuição do interesse sexual não é devido a alterações negativas do humor induzido por CO, sendo o humor e o desejo sexual dissociáveis, ainda que o uso de CO possa ter efeitos directos na sexualidade feminina.

Mais concretamente em relação à questão da influência na libido, os estudos existentes apresentam conclusões relacionadas com alterações positivas, bem como efeitos negativos ou, simplesmente, sem efeitos. Porém, de acordo com DAVIS e CASTAÑO (2004), estes resultados diferem entre si devido à forma como os estudos foram desenvolvidos. Uma possível explicação para a diminuição da libido baseia-se no facto de existir um aumento de SHBG provocado pelo estrogénio dos CO. Tal facto pode fazer com que os níveis de

testosterona livres diminuíam e, deste modo, ocorra a associação com a diminuição da função e desejo sexual (HAMANI et al., 2007).

De uma maneira geral, considera-se que os CO de doses baixas (a grande maioria, se não a totalidade dos tipos de CO usados na actualidade) apresentam pouca ou nenhuma influência no humor (HAMANI et al., 2007).

Uma vez que na aplicação do questionário sobre o nível de conhecimento foram tidas em conta as considerações atrás referidas, concluiu-se que as participantes neste estudo não apresentam uma noção correcta em relação aos efeitos dos CO na libido pois apenas 21,5% responderam de forma acertada a esta questão. De facto, é neste aspecto que se verifica maior proximidade entre o estudo desta dissertação e a investigação que inicialmente aplicou um questionário semelhante, uma vez que 60,9% da amostra do estudo de HAMANI et al. (2007) tinha a noção errada sobre o efeito na libido. Refira-se que neste mesmo estudo a tendência para noções erradas também está presente no que se refere aos efeitos dos CO no humor, ao contrário do que sucede com a amostra de mulheres portuguesas, onde 61,0% respondeu de forma acertada, ou seja, consideram que o uso da pílula não afecta o estado emocional. Estas divergências de opiniões, em relação aos efeitos secundários da pílula na amostra de mulheres portuguesas, pode dever-se ao facto de a idade média da amostra obtida ter sido maior que a da amostra do artigo considerado como referência. Uma idade mais avançada é, muitas vezes, relacionada com maior experiência de vida e melhor noção das situações, o que não acontece durante o período de adolescência, população alvo do estudo de HAMANI et al. (2007).

Uma das grandes dificuldades na abordagem à tentativa de explicação desta questão é, essencialmente, o facto de muitos dos estudos relativos às noções que a população tem sobre a pílula não abordam estes aspectos, baseando-se principalmente na percepção do efeito dos CO nos riscos para a saúde e no nível de conhecimento sobre os seus benefícios não contraceptivos.

### 2.3. Questões relativas aos riscos futuros para a saúde

#### 2.3.1. *“O uso da pílula durante a adolescência aumenta significativamente o risco de cancro da mama?”*

Um dos aspectos que tem gerado mais controvérsia em relação aos possíveis efeitos dos CO é a sua influência no cancro da mama, uma vez que foi observado um aumento da incidência deste cancro simultaneamente com o aumento do uso de CO. Consequentemente, foram feitos uma série de estudos sobre tal possível associação e os resultados dessas investigações têm-se mostrado inconclusivos e com algumas limitações.

Por um lado, há estudos que confirmam a existência de um risco aumentado de cancro da mama, por outro, há estudos que sugerem que tal risco aumentado pode não ser real.

Um trabalho que fez a análise de 54 estudos epidemiológicos verificou que as utilizadoras de CO apresentam um maior risco de desenvolver cancro da mama (RR=1,24 com um intervalo de confiança a 95% de 1,13 a 1,33). Este risco aumentado encontrava-se também nas mulheres que descontinuaram o uso de CO entre 1 a 9 anos, mas a partir dos 10 anos após descontinuação já não existia tal risco aumentado (RR=1,01 com um intervalo de confiança a 95% de 0,96 a 1,05) (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 1996). Note-se que um outro trabalho de VELJKOVIC e VELJKOVIC (2010) afirma que os estudos que mostram o referido aumento do risco podem ter sido influenciados por viéses ou podem ser devido aos efeitos biológicos dos contraceptivos. Este mesmo estudo sugere que o que realmente pode estar a acontecer é o facto de os CO levarem ao desenvolvimento de um cancro pré-existente, sendo os CO promotores mas não iniciadores de cancro da mama.

Um artigo de 2009 da autoria de BRAENDLE indica que os registos disponíveis até à data não sugerem um risco aumentado para carcinoma da mama nas utilizadoras de CO.

Assim, mesmo que exista um risco aumentado de cancro da mama, este é, em valor absoluto (número de casos existentes de cancro da mama devido ao uso de CO), muito baixo (HAMANI et al., 2007; CASEY et al., 2008) e, para além disso, muitos dos estudos são baseados em formulações antigas onde existiam doses elevadas de componentes hormonais (CASEY et al., 2008).

Considerando os resultados obtidos no estudo realizado, a percentagem de participantes que respondeu de forma correcta a esta questão foi maior que a percentagem daquelas que respondeu de forma equívoca (36,6% e 21,4%, respectivamente). É, no entanto, necessário realçar que a percentagem de utilizadoras que revelaram desconhecimento sobre esta situação apresenta um valor correspondente a quase metade das inquiridas (42%). Tal facto demonstra que, para além de existirem noções erradas em relação ao risco de cancro da mama em jovens utilizadoras de CO, existe uma falta de conhecimento neste aspecto. Por isso, tanto o médico como o farmacêutico podem ter um papel importante no esclarecimento destas questões.

### 2.3.2. “A pílula normalmente causa infertilidade futura?”

Um dos mitos que tem sido associado ao uso da pílula é o seu impacto negativo na fertilidade da mulher. Os médicos são unânimes em relação ao facto de o uso dos CO não afecta a fertilidade feminina. Na verdade, o que ocorre a nível da fertilidade no momento em que uma mulher descontinua o uso da pílula é um atraso em recuperar a actividade normal do

ciclo menstrual devido à supressão que ocorre no eixo hipotalâmo-hipófise durante a administração da pílula (HAMANI et al., 2007).

Na amostra recolhida 46,8% das participantes revelou ter conhecimento de que o uso da pílula não influencia a fertilidade da sua utilizadora. Porém, é também necessário salientar que cerca de 30% das participantes indicaram não saber o que responder. A percentagem de respostas erradas é semelhante à percentagem de noções erradas obtidas no questionário com a amostra de adolescentes do estudo de HAMANI et al. (2007). É, assim, necessário esclarecer as utilizadoras de CO em relação aos efeitos a longo prazo da utilização destes de uma forma mais pormenorizada e clara de modo a melhorar o correcto uso e conhecimento da pílula.

### 2.3.3. “O uso da pílula é perigoso para a saúde?”

Os resultados no presente estudo mostram que a maioria das mulheres entrevistadas considerava a pílula como um método de contracepção seguro (61,5% de respostas correctas *versus* 10,2% de respostas associadas a incerteza).

Para a interpretação destes resultados é necessário considerar que se tem verificado uma diminuição no receio de uso da pílula como método contraceptivo devido à sua elevada eficácia contraceptiva e outros efeitos não contraceptivos benéficos. De facto, *The Gallup Survey*, ao serviço do *The American College of Obstetricians and Gynecologists* e na sequência de um estudo de 1985, verificou em 1993, que a percentagem de mulheres que associam o uso da pílula a riscos substanciais diminuiu (MURPHY et al., 1995).

Destaque-se que a associação dos CO a riscos substanciais para a saúde é principalmente notória nas mulheres com maior formação e nas pessoas que usavam outros métodos de contracepção. Neste último caso, determinou-se que 56% das participantes nesta pesquisa que não usavam CO indicavam maior possibilidade de riscos para a saúde associado a estes que as utilizadoras desta forma de contracepção (34%) (MURPHY et al., 1995).

Deste modo, coloca-se a hipótese desta percentagem elevada de respostas correctas se dever ao facto de apenas terem sido entrevistadas utilizadoras de CO e que, se tal não tivesse acontecido, a percentagem de respostas erradas em relação a esta situação poderia ser mais elevada. Porém, se tivermos em conta os resultados obtidos no trabalho de HAMANI et al. (2007) no que se refere a esta questão, a noção de o uso da pílula ser perigoso para a saúde não difere muito entre si (11% para os utilizadores de CO e 11,2% para os não utilizadores cujo valor de p foi de 0,93).

Note-se ainda, que entre as questões relativas aos riscos futuros para a saúde, é nesta questão que a percentagem de respostas erradas na amostra de mulheres portuguesas utilizadoras de CO é maior, encontrando-se nos 28,3%.

É, então, neste aspecto que o médico ou farmacêutico podem actuar para melhorar o conhecimento das utilizadoras da pílula ou potenciais utilizadoras porque, para além da acção como método contraceptivo, a pílula contribui para outros aspectos igualmente importantes para o bem-estar das mulheres. Destacam-se (PEIPERT & GUTMANN, 1993; JONES, 1999; HAMANI et al., 2007; PICARDO et al., 2003):

- Regulação dos ciclos irregulares;
- Diminuição da dismenorreia;
- Prevenção de casos de endometriose;
- Diminuição da incidência da doença inflamatória pélvica;
- Prevenção da anemia;
- Redução dos riscos de cancro do endométrio e ovários;
- Redução da ocorrência de quistos ováricos e endometriose;
- Contribuição para o aumento da densidade óssea, apresentando um efeito protector em relação à osteoporose.

#### 2.4. Questões relativas às formas de uso da pílula

##### 2.4.1. “As adolescentes fumadoras podem tomar a pílula de forma segura?”

Com efeitos aditivos a nível do sistema circulatório, o consumo de tabaco e a utilização de CO em simultâneo aumenta o risco de incidência de doenças cardiovasculares (DCV) principalmente a partir dos 35 anos. Antes dessa idade, apesar do risco aumentado, o número de casos existentes, em termos de valor absoluto, é baixo. Considerando ainda o facto da incidência de DCV em adolescentes ser ainda mais baixa, torna o tal risco aumentado praticamente negligenciável para mulheres jovens (HAMANI et al., 2007).

No presente estudo, a amostra de mulheres portuguesas, mais uma vez, indicou que a maioria tinha a noção correcta em relação a esta questão, uma vez que, 44,9% respondeu que as adolescentes fumadoras podem tomar a pílula de forma segura. Mas, refira-se ainda que, tanto a percentagem de respostas erradas como a percentagem de incerteza é das mais elevadas no conjunto das 10 questões. Estes dois aspectos somados perfazem um total de 55,1% de concepções erradas/desconhecidas. É, por isso, necessário manter esta noção nas utilizadoras de CO, mas realçar que o risco de fumar e usar CO é apenas negligenciável em idades muito jovens e que o próprio consumo de tabaco pode ter outras desvantagens para a saúde. Aliás, no trabalho de HAMANI et al. (2007) os médicos abordados apresentaram alguma precaução ao indicar que as adolescentes fumadoras podiam administrar este método de contracepção de forma segura.

#### 2.4.2. “É necessário fazer pausas no uso da pílula para “descansar o corpo”?”

Não existe uma fundamentação racional para este tipo de procedimento e tal situação só vai fazer com que exista maior risco de ocorrência de uma gravidez não planeada (HAMANI et al., 2007).

A noção de que é necessário fazer as referidas pausas na administração da pílula de forma periódica encontra-se presente em 37,1% das participantes neste estudo. Esta percentagem é semelhante à obtida na investigação de HAMANI et al. (2007) que também rondou os 41%.

Na presente pesquisa, a maioria das pessoas que responderam a este questionário (54,6%) tinham a correcta noção de que tais pausas não eram necessárias.

Nesta mesma linha de ideias um outro estudo demonstrou que mais de metade das mulheres que consideravam conhecer bem os aspectos sobre a contracepção (56%) pensavam que era necessário parar periodicamente a administração de CO (PEREIRA & JONES, 1996).

Deste modo, conclui-se que a forma correcta de administração da pílula deve ser fomentada de modo a diminuir a proporção de utilizadoras que fazem as referidas pausas. Mais uma vez, o farmacêutico, como profissional de saúde em contacto com o utente que adquire CO na farmácia, muitas vezes sem a renovação da prescrição médica, deve ter o cuidado de esclarecer e acompanhar as utilizadoras da pílula para evitar equívocos deste género, os quais apenas contribuem para a diminuição da eficácia da pílula. Porém, é certo que uma das principais barreiras para este acompanhamento é o facto da aquisição dos CO ser feito em mais de uma farmácia ao longo do ano.

### 3. Cálculo da média do total de noções incorrectas (TNI), total de noções não conhecidas (TNNC) e TNI + TNNC

Um dos objectivos do estudo descrito nesta dissertação é determinar se existe alguma relação entre o nível de escolaridade e o nível de conhecimento em relação ao uso da pílula. Ou seja, pretende-se definir até que ponto a formação e o acesso a diferentes níveis de exigência no ensino a que uma mulher utilizadora de pílula acede exerce alguma influência nos aspectos relacionados com a pílula.

Para isso, determinou-se o número de respostas incorrectas respondidas por cada uma das participantes no estudo, isto é, o total de noções incorrectas (TNI) e o número de respostas indicadas como desconhecidas por cada participante, ou seja, cuja resposta foi “não sei” (total de noções não conhecidas, TNNC) e calculou-se a média de tais valores, de acordo com os níveis de escolaridade: ensino básico (desde a 1ª classe até ao 9º ano de

escolaridade), ensino secundário (desde o 10º ano até ao 12ª ano) e ensino superior (entrada num curso superior).

Tabela 7: Número de total de noções incorrectas (TNI), total de noções não conhecidas (TNNC) e TNI+TNNC de toda a amostra e de acordo com o nível de escolaridade. (Os resultados são apresentados como: média  $\pm$  *standard error of mean*).

	Amostra	Ensino básico	Ensino secundário	Ensino superior
TNI	3,01 $\pm$ 0,120	2,54 $\pm$ 0,251	1,56 $\pm$ 0,180	3,28 $\pm$ 0,204
TNNC	1,61 $\pm$ 0,120	2,21 $\pm$ 0,297	3,00 $\pm$ 0,163	1,36 $\pm$ 0,210
TNI + TNNC	4,50 $\pm$ 0,127	4,69 $\pm$ 0,252	4,52 $\pm$ 0,188	4,38 $\pm$ 0,230

Com a análise da tabela 7 verifica-se que o ensino superior é o que tem maior número médio de noções incorrectas que os restantes níveis de ensino e é também o que tem um menor número médio de noções não conhecidas, o que indica que as mulheres utilizadoras de pílula que tinham o ensino superior como nível de escolaridade responderam mais às questões, mas também, ao responder mais, erraram mais. Se, por outro lado, verificarmos os valores de TNI + TNNC dos 3 grupos, verifica-se que tais valores médios não diferem muito entre si, tendo um sentido decrescente se considerarmos a ordem ensino básico, seguido de ensino secundário e, por último, ensino superior.

Para se verificar até que ponto os resultados determinados na tabela 7 são comparáveis, procedeu-se a determinação da distribuição que cada tipo de ensino (variável considerada) tinha em relação ao total de noções incorrectas/desconhecidas, ou seja, em relação à soma entre o TNI e o TNNC. Os resultados e interpretações de tal determinação são abordados a seguir.

### 3.1. Testes de normalidade para comparação de TNI + TNNC dos diferentes grupos

#### 3.1.1. Aplicação do teste de Kolmogorov - Smirnov e o teste de Shapiro & Wilk

A aplicação do teste de Kolmogorov - Smirnov e do teste de Shapiro & Wilk permite determinar se a variável considerada apresenta ou não uma distribuição normal. A tabela seguinte apresenta os resultados após aplicação dos referidos testes.

**Tabela 8:** Resultados da aplicação do teste de Kolmogorov - Smirnov e o teste de Shapiro & Wilk.

Grupos	Valores de sig	
	Teste de Kolmogorov - Smirnov	Teste de Shapiro & Wilk
Ensino básico	0,088	0,087
Ensino secundário	0,005	0,005
Ensino superior	0,000	0,025

Como só há um valor de p maior que 0,05 nos dois testes considerados em apenas um grupo (ensino básico) e nos restantes dois grupos há, nos dois testes,  $p < 0,05$ , conclui-se que apenas o ensino básico apresenta uma distribuição normal, enquanto o ensino secundário e o ensino superior não têm tal distribuição.

Procede-se assim, a uma comparação das medianas com a aplicação do teste de Mann-Whitney-Wilcoxon cujos resultados são apresentados a seguir (tabela 9).

**Tabela 9:** Resultado da aplicação do teste de Mann-Whitney-Wilcoxon.

Grupos	Valores de sig
Ensino básico e Ensino secundário	0,874
Ensino secundário e Ensino superior	0,478
Ensino superior e Ensino básico	0,344

Uma vez que só existe significado estatístico quando  $p$  (sig)  $< 0,05$ , conclui-se que a comparação das medianas não é possível pois não é estatisticamente significativa a sua comparação.

Após as aplicações estatísticas indicadas, resta verificar em que questões terão ocorrido maior diferença entre as respostas das participantes no estudo com diferentes níveis de formação: ensino básico (EB), ensino secundário (ESE) e ensino superior (ESU). Assim, os resultados de cada uma das questões presentes no questionário de acordo com o nível de escolaridade da inquirida encontram-se apresentados a seguir.

**Tabela 10:** Percentagem de respostas correctas, de respostas erradas e de incerteza de acordo com o nível de escolaridade.

Questão		Resposta correcta (%)			Resposta incorrecta(%)			Incerteza (%)		
		EB	ESE	ESU	EB	ESE	ESU	EB	ESE	ESU
Imagem corporal	1	64,1	57,4	56,9	25,6	39,4	41,7	10,3	3,1	1,4
	2	79,5	69,1	81,9	10,3	21,3	11,1	10,2	9,6	6,9
	3	84,6	81,9	81,9	7,7	13,8	15,3	7,7	4,3	2,8
Efeitos secundários	4	12,8	19,1	29,2	61,5	67,0	61,1	25,5	13,9	9,7
	5	64,1	60,6	59,7	15,4	28,7	33,3	20,5	10,7	7,0
Riscos futuros para saúde	6	33,3	42,6	30,6	12,8	16,0	33,3	53,9	41,6	36,1
	7	35,9	39,4	62,5	30,8	28,7	16,7	33,3	31,9	20,8
	8	48,7	68,1	59,7	33,3	23,4	31,9	18,0	8,5	8,4
Forma de uso	9	48,7	51,1	34,7	20,5	26,6	48,6	30,8	22,3	16,7
	10	48,7	54,3	58,3	41,0	35,1	37,5	19,3	10,6	4,2

Com a interpretação dos dados da tabela 10, verifica-se que a noção errada da associação entre o aumento do peso e o consumo de CO é mais evidente nas mulheres que frequentaram o ensino secundário e o superior. O mesmo acontece com o caso do efeito no humor, acne e hirsutismo. Apesar dos estudos realizados, não existe ainda evidência científica robusta que relacione o uso de contraceção hormonal oral com os efeitos no peso e no humor, tal como mencionado anteriormente.

As participantes no estudo com maior formação académica foram mais seguras ao afirmarem que o uso da pílula durante a adolescência podia aumentar de forma significativa o risco de cancro da mama, enquanto nos outros níveis de escolaridade houve um maior número de participantes a admitir que desconheciam o efeito dos CO no risco do referido tipo de cancro. Esta situação pode ser devida ao facto de as mulheres mais formadas terem mais acesso à informação sobre os possíveis efeitos neoplásicos da pílula associando-a, por isso, a uma maior incidência de cancro da mama, independentemente da idade em que se utiliza a pílula. Na verdade, muitas vezes a idade não é mencionada na informação que pode ser fornecida sobre as características da pílula.

Esta associação a uma menor segurança da pílula já tinha sido também constatada pelo trabalho da autoria de MURPHY et al. (1995) que foi referido anteriormente. Esta mesma situação ocorre para as outras questões que mais dúvidas poderiam suscitar devido à ambiguidade da informação científica existente: as mulheres com maior nível de formação apresentam de forma mais evidenciada a noção de que as adolescentes fumadoras não poderiam consumir a pílula de forma segura. É necessário lembrar, mais uma vez, que no estudo de HAMANI et al. (2007) os médicos mostraram-se mais receosos em relação ao uso de

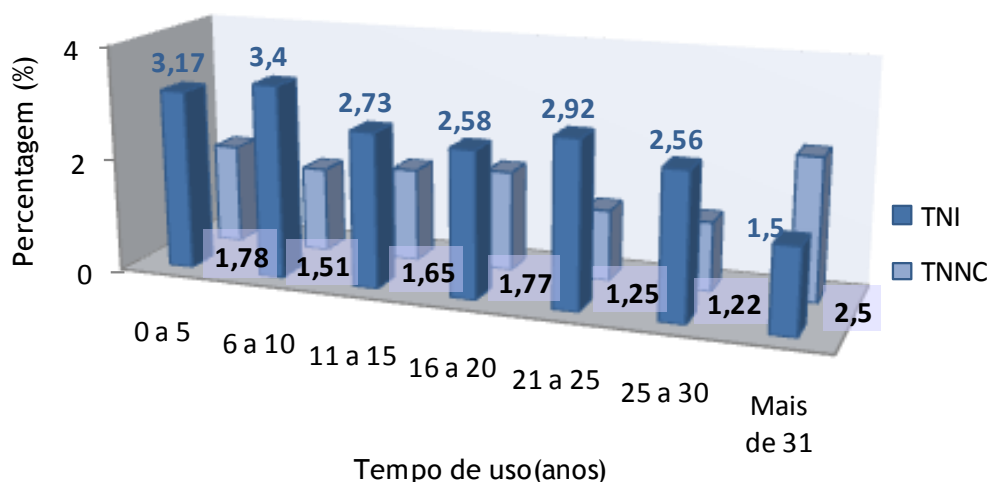
contraceptivos em mulheres jovens fumadoras onde a probabilidade de ocorrência de eventos cardiovasculares devido ao consumo concomitante de CO e tabaco é baixa.

As participantes no estudo com menor formação académica associam, em maior percentagem, o uso da pílula e a diminuição da fertilidade.

Finalmente, outra diferença nas respostas que se destaca entre as participantes com diferentes níveis de escolaridade é o facto das mais formadas mostrarem em maior percentagem que não existem quaisquer vantagens em parar a administração da pílula durante algum tempo, de modo a permitir o suposto “descanso do corpo”.

#### 4. Total de noções incorrectas (TNI) e total de noções não conhecidas (TNNC) de acordo com a duração de uso de contraceptivos orais (CO)

Procedeu-se à análise das prevalências das noções incorrectas e das situações de desconhecimento em relação ao uso da pílula de acordo com os períodos de duração de uso, mais precisamente períodos de 5 em 5 anos. Os resultados assim obtidos encontram-se esquematizados no gráfico seguinte (figura 4):



**Figura 4:** Prevalência da média do total de noções incorrectas (TNI) e total de noções não conhecidas (TNNC) de acordo com a duração do uso da pílula.

À excepção das pessoas que usam a pílula há mais de 31 anos, verifica-se que a média das respostas erradas tem maior prevalência que a média das respostas que indicam desconhecimento em relação a alguns aspectos sobre a pílula. Para além disso, não existe uma tendência nem de aumento nem de diminuição das noções sobre a pílula à medida que o tempo de utilização aumenta.

## 5. Correlação entre o conhecimento sobre os contraceptivos orais (CO) e a sua duração de utilização

Para testar a existência de uma possível correlação entre o conhecimento das características dos CO e a duração de uso deste método de contraceção, verificou-se inicialmente se era possível estabelecer uma relação entre o número total de respostas erradas entre as dez questões aplicadas e a duração de uso da pílula e, posteriormente, procedeu-se, à análise da correlação entre o total de respostas erradas de cada grupo de perguntas (imagem corporal, efeitos secundários, efeitos futuros para a saúde e formas de uso) e a duração de uso da pílula.

De uma forma mais concreta, investigou-se se um maior tempo de duração de uso da pílula apresenta uma relação definida com o nível de conhecimento sobre este método de contraceção.

Refira-se que foi aplicada uma correlação de Spearman uma vez que o número de questões erradas não constitui uma variável paramétrica (não apresenta distribuição normal).

**Tabela 11:** Determinação das correlações entre o conhecimento sobre a pílula e a duração de uso desta.

Conjunto das 10 questões	Imagem corporal	Efeitos secundários	Riscos para a saúde no futuro	Formas de uso
R=-0,131	R=-0,44	R=-0,124	R=-0,141	R=-0,055
P=0,061	P=0,528	P=0,078	P=0,044	P=0,0435

Para se tratar de uma correlação forte e estatisticamente significativa, é necessário ter em conta que é aconselhável que o valor de R seja menor que -0,3 ou maior que 0,3 e o valor de p seja menor que 0,05. Neste caso, tendo em conta os valores apresentados na tabela 11, não é possível estabelecer uma correlação entre a duração de utilização da pílula e o número de noções incorrectas em relação a este método contraceptivo.

O trabalho da autoria de HAMANI et al. (2007), que aplicou semelhante questionário a um conjunto de adolescentes utilizadoras e não utilizadoras de CO, também testou a possível presença desta relação, tendo em conta a duração de utilização da pílula (com o mesmo tipo de raciocínio: análise de todas as questões e, posteriormente, de cada uma do grupo de questões) e, de igual modo, não foi detectada a presença de uma relação entre o tempo de utilização da pílula e uma melhor ou pior noção sobre este método contraceptivo.

### III. Dinâmica da utilização dos contraceptivos orais (CO)

#### 1. Contraceptivos orais (CO) utilizados

Relativamente à questão sobre qual a formulação de contraceptivo oral actualmente utilizado pelas participantes no estudo obteve-se a distribuição indicada na figura 5:

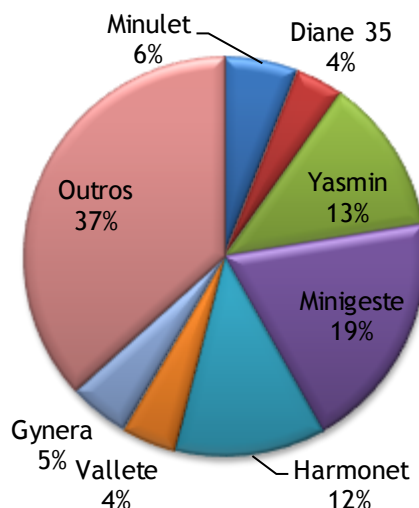


Figura 5: Distribuição dos tipos de contraceptivos orais (CO) usados

Foi verificado que a pílula mais usada pelas participantes no estudo foi a Minigeste®, que pertence ao grupo das pílulas de terceira geração, visto ser composta por EE e gestodeno. Uma vez que a dosagem de estrogénio é de 20 µg, trata-se de uma pílula combinada de dose ultra baixa. Esta pílula era usada por 19,5% das mulheres entrevistadas, o que corresponde a 40 das 205 inquiridas. De facto, de acordo com os estudos científicos, o gestodeno confere uma melhor tolerância clínica no que se refere a efeitos adversos e permite a existência de padrões normais de hemorragia (SERFATY, 1992).

Outras das pílulas também comumente usadas foram a Yasmin® (12,7%; 26 entrevistadas) e a Harmonet® (12,2%; 25 entrevistadas), que correspondem a pílulas da quarta e terceira geração, respectivamente, com baixas doses de estrogénio. No conjunto de pílulas identificadas e agrupadas na designação “outros” encontram-se duas formulações correspondentes a medicamentos genéricos de pílula: a Estinette e Acetato de Ciproterona (2mg) + EE (0,035mg) MG, referidas respectivamente por 4 e 1 participantes no estudo. Esta situação indica que o uso de genéricos dos CO ainda não se encontra difundido entre as utilizadoras de pílula.

## 2. Aplicação do uso dos contraceptivos orais (CO)

Quando questionadas sobre a razão para o uso de CO, algumas participantes do estudo referiram mais que uma aplicação. A representação gráfica de todas as aplicações mencionadas encontra-se na figura seguinte (figura 6).

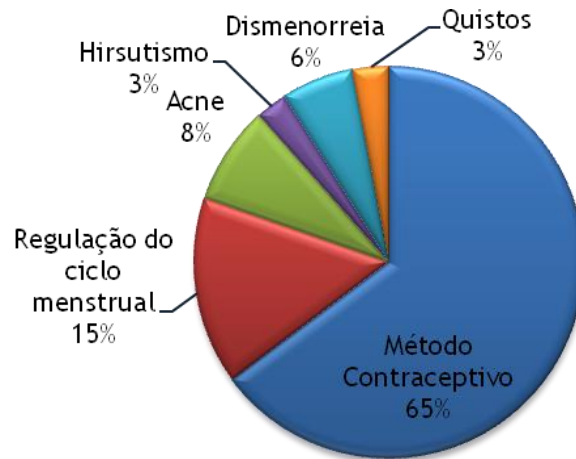


Figura 6: Distribuição de aplicações do uso dos contraceptivos orais (CO)

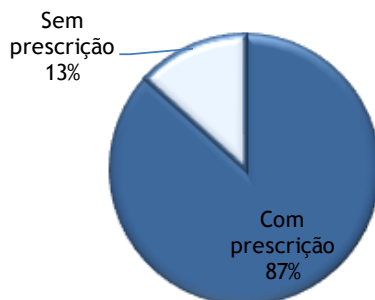
A principal razão registada para o uso da pílula corresponde à aplicação para a qual foi formulada: como método contraceptivo (65%). Outras das principais aplicações foram a regulação do ciclo menstrual e acne (15% e 8%, respectivamente).

## 3. Início do uso de contraceptivos orais (CO)

Os CO são considerados medicamentos sujeitos a receita médica. De facto, para adquiri-los é aconselhável que se recorra ao médico, pois apenas este profissional de saúde se encontra autorizado para, de acordo com *guidelines* de utilização de CO, prescrever qual a formulação de contraceptivo oral mais adequado para a mulher que recorre a este método de contraceção, tendo em conta as suas características clínicas.

Muitas vezes, o que acontece no quotidiano é que as mulheres recorrem ao médico para o aconselhamento sobre o tipo de pílula a utilizar e prescrição das primeiras embalagens. Posteriormente, passam a fazer a aquisição na farmácia sem apresentação de receita médica. Assim, as participantes no estudo responderam à questão cujo objectivo era

determinar se para a utilização de CO recorreram ao médico, pelo menos para a aquisição da primeira embalagem a usar. Os resultados obtidos encontram-se representados na figura 7.

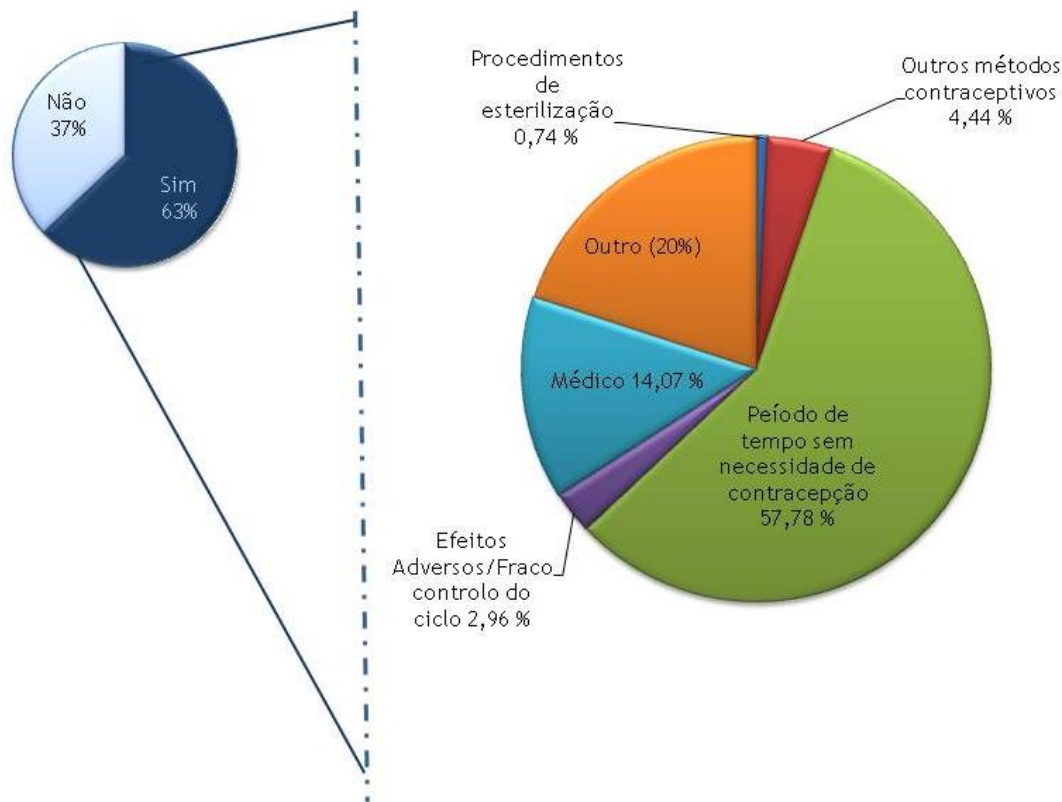


**Figura 7:** Determinação da intervenção médica na escolha do contraceptivo oral a utilizar

De acordo com os dados obtidos, 87% (178) das participantes obtiveram prescrição médica para, pelo menos, iniciar o uso da pílula. Para além disso, algumas das utilizadoras que responderam ao questionário adquiriram-na através da apresentação de receita médica.

#### 4. Descontinuação do uso de contraceptivos orais (CO)

Para responder a um dos objectivos propostos na presente dissertação, procedeu-se à determinação da percentagem de participantes no estudo que descontinuaram o uso da pílula durante um período prolongado de tempo e o motivo subjacente a tal descontinuação. Os resultados obtidos são apresentados na figura 8.



**Figura 8:** Descontinuação do uso de contraceptivos orais (CO) e respectivos motivos

Das utilizadoras da CHO, 63% (129) indicaram que já tinham descontinuado o seu uso. A descontinuação podia ser devida a mais que um motivo e as razões que levaram a intervalos de tempo sem uso da pílula foram, principalmente, períodos sem necessidade de contraceção (57,78%; correspondente a 78 mulheres entrevistadas) correspondentes, em muitos dos casos, a situações de gravidez. Uma percentagem de 14,07% das entrevistadas indicou que descontinuou o uso do contraceptivo por indicação do médico como forma de procedimento para confirmar se o aparecimento de situações como a formação de quistos era devido ao uso da pílula ou, na maioria dos casos, devido a indicação do médico sem este indicar uma razão concreta para tal atitude. Por outro lado, 4,44%, indicou que recorreu a outros métodos de contraceção ou descontinuou o uso da pílula devido ao aparecimento de efeitos secundários ou, então, dificuldade no controlo do ciclo menstrual (2,96%).

Outros motivos mencionados para a descontinuação do uso da pílula foram o esquecimento prolongado que levou à desistência de administração deste fármaco durante algum tempo; crença no facto de o uso deste método contraceptivo podia levar à diminuição da fertilidade (crença essa que deixou de existir após esclarecimento da utente relativamente a esta questão); realização de pausas durante a utilização da pílula para “descanso do corpo”; ou, ainda, pausa antes de iniciar um novo tipo de pílula; e fim do período de aleitamento materno, uma vez que uma das entrevistadas utilizava a minipílula apenas durante o período de aleitamento devido à indicação do médico.

Para além disso foram referidos outros motivos pertencentes ao campo da medicina e possível existência de interacções/complicações como o caso de doenças ginecológicas (doença no colo do útero), intervenção cirúrgica a varizes e início de outra terapêutica, cuja entrevistada indicou que provocou desregulação hormonal e, conseqüentemente, levou à descontinuação do uso da pílula.

Os estudos que abordam a questão da descontinuação do uso da pílula não são muitos e os que existem referem a percentagem de pessoas que descontinuaram o uso da pílula e as respectivas razões e não voltaram a usar novamente este método contraceptivo, pelo menos até ao fim do momento em que o estudo foi realizado. De acordo com o estudo de ODDENS et al. (1994), a maioria dos casos de descontinuação verificados foram devidos a tentativas para engravidar (valores entre 55,9% e 66,7% durante os 4 anos em que o estudo decorreu). Outros motivos foram a insatisfação da inquirida em relação ao CO, o que inclui efeitos secundários e fraco controlo do ciclo menstrual.

O facto de parar o uso da pílula para tentar engravidar como principal razão para a descontinuação do uso deste método anticoncepcional é também partilhada por um artigo de COLLI et al. (1999) numa amostra da população da Nova Zelândia. A percentagem de descontinuação por esta razão foi de 13,1%. Outras razões mencionadas foram a indicação de que já não havia necessidade de recorrer a métodos contraceptivos (5,1%) e o procedimento de vasectomia e esterilização, que corresponderam, respectivamente, a 3,6% e 2,1%. No estudo que esta dissertação aborda, o caso de esterilização permanente foi indicada em apenas um questionário, correspondendo a uma percentagem de 0,74%.

O estudo de COLLI et al. (1999) também refere a percentagem de descontinuação devido as efeitos secundários referidos pelas participantes como os problemas de peso, menorragia, hemorragias intracíclicas, entre outros. A referida percentagem foi de 20,5%.

## 5. Troca do tipo de contraceptivo oral utilizado

Durante a utilização de CO podem ocorrer situações onde a formulação utilizada é trocada. No presente estudo foi analisado o número de trocas de tipos de CO associado a cada participante desde o início da sua utilização, determinaram-se quais os principais motivos que levaram a tais trocas e, de igual modo, procedeu-se à pesquisa de quem interveio no processo de troca, ou seja, se esta alteração de CO foi acompanhada ou não por um médico ou outro profissional de saúde. Obtiveram-se os resultados apresentados nas figuras 9, 10 e 11.

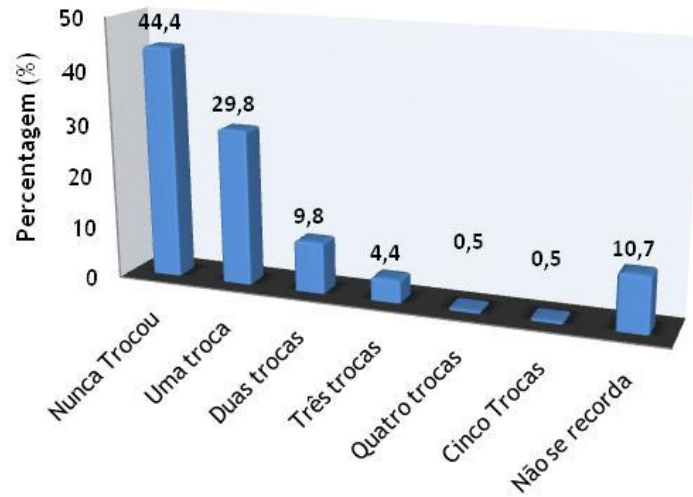


Figura 9: Número de trocas de contraceptivo oral



Figura 10: Motivos indicados para a troca de contraceptivo oral

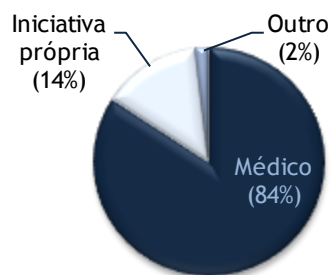


Figura 11: Iniciativa para a troca de contraceptivo oral

Verificou-se que quase metade das entrevistadas nunca teve necessidade de trocar a pílula que utilizava (44,4%; 91 participantes). Entre as situações de necessidade de troca de pílula, constatou-se que a maioria já utilizou 2 formulações diferentes, ou seja, teve a necessidade de fazer uma troca (29,8%; 61 das 205 que responderam ao inquérito). Foram registados 2 casos em que as utilizadoras de pílula fizeram mais de 3 trocas (uma das participantes no estudo indicou que fez 4 trocas e outra indicou que fez 5 trocas). Tais trocas foram, essencialmente, devido ao aparecimento de efeitos secundários e à necessidade de diminuição da dosagem de hormonas esteróides nas formulações usadas. Se a esta situação, se adicionar o facto de mais de um terço das trocas registadas (37%) ter sido devida ao aparecimento de efeitos adversos (náuseas, dores de cabeça, retenção de líquidos, entre outros), pode constatar-se que existem situações em que há dificuldade na escolha da pílula a utilizar. Para além disso, é necessário destacar o facto de em alguns casos as participantes no estudo não terem conseguido indicar quantas trocas de pílulas já experimentaram, o que sugere que existe pouca atenção por parte da utilizadora no tipo de medicamentos que consome.

A dificuldade no controlo do ciclo menstrual devido ao uso da pílula constituiu igualmente outra das razões que levaram à alteração da formulação, correspondendo a 14% das razões de troca. Note-se que uma das razões para a troca de pílulas foi o próprio preço das mesmas e, em menor percentagem, surgiu a mudança de geração de contraceptivo (onde está associada a alteração do progestagénio que faz parte da composição do CO) e a mudança para um genérico da pílula que a participante utilizava. De facto, a mudança para genérico também está relacionada com o preço do CO, mas este aspecto foi pontual e verificou-se em situações cujas entrevistadas estavam mais em contacto com o farmacêutico e com as opções oferecidas pela indústria farmacêutica, pois foi possível determinar que tais participantes trabalhavam na farmácia onde o questionário foi aplicado. Esta situação descrita pode ser um indicador do desconhecimento geral da existência de genéricos de pílulas entre as utilizadoras.

Outros motivos indicados como razão para troca de pílula foram o fim da comercialização de formulações como a Triquilar®; alteração da indicação para a qual a pílula era utilizada (foram descritas situações em que as mulheres deixaram de utilizar a pílula exclusivamente para o tratamento da acne e passaram a usá-la como método contraceptivo, sem a referida necessidade de tratamento da acne); e troca por ineficácia do uso da pílula para tratamento da dismenorria. De facto, atendendo às suas limitações, os estudos existentes não permitem concluir sobre a eficácia dos CO para a dismenorria, se bem que CO de 1ª e 2ª geração apresentam alguma eficácia em comparação com o placebo (WONG et al., 2009).

Na maioria das situações (84%), as inquiridas indicaram que a alteração de formulação de pílula que experimentaram foi aconselhada pelo médico. Verificou-se, igualmente, que podem existir outros profissionais de saúde que aconselham a troca de pílula, pois uma das

participantes indicou a intervenção de um enfermeiro na troca de CO. Esta não será certamente a melhor opção neste âmbito.

À semelhança do que acontece com um estudo sobre a descontinuação da utilização da pílula, são escassas as pesquisas que determinam a percentagem de trocas de tipos de CO. Destaca-se, assim, o artigo da autoria de ODDENS et al. (1994) onde foram analisadas as situações de troca de CO no seu estudo sobre a utilização deste método de contraceção na Holanda entre os anos de 1990 e 1993 e verificaram que, em cada ano de estudo, foram obtidas diferentes percentagens de casos de trocas, cujos valores ficaram compreendidos entre 8,9 e 13,6%, não contabilizando o número de trocas de tipo de pílula relativo a cada participante no estudo.

A principal razão pela qual ocorreu a troca de tipo de CO neste estudo foi a insatisfação em relação ao tipo de pílula usada, onde as percentagens variaram entre 28,6% e 44,7% durante o período em que o estudo decorreu. Outros dos motivos também indicados foram mudança de CO para obter um melhor controlo do ciclo menstrual e alívio da acne.

Tal como nos resultados obtidos no estudo desta dissertação, no estudo de ODDENS et al. (1994) o médico foi quem mais participou na troca do CO num dos anos em que o estudo decorreu (1990). Nos restantes anos, a iniciativa da troca era principalmente da própria utilizadora do contraceptivo oral. Refira-se, de igual modo, que neste estudo o papel farmacêutico na iniciativa de troca do tipo de CO foi registado apenas num dos 4 anos em que o estudo decorreu. No referido ano, o farmacêutico teve um papel mais participativo que o verificado no estudo descrito na presente dissertação, tendo estado presente em 5,3% dos casos de troca de tipo de pílula.

Todas estas comparações e constatações indicam que para otimizar a utilização dos CO, o médico e o farmacêutico, como profissionais de saúde com grande capacidade de contacto com o público que são (principalmente o farmacêutico), devem ter um papel mais activo no aconselhamento relativo aos CO. O farmacêutico pode contribuir neste aspecto através da avaliação de cada situação que envolva uma possível alteração do tipo de contraceptivo e, caso necessário, aconselhar o utente a consultar o seu médico para avaliar a efectiva necessidade de troca.

De facto, nas situações em que é sugerida a troca de tipo de contraceptivo oral, é necessário avaliar se os motivos indicados pela utilizadora justificam a mudança. Além disso, os profissionais de saúde conseguem identificar o tipo de contraceptivo mais adequado às características de cada mulher e, conseqüentemente, diminuir o número de trocas de pílula.

Mais, o farmacêutico tem ainda a possibilidade de contribuir no aconselhamento para uma troca mais responsável em que para além da informação geral dos CO, tem oportunidade de referir a existência de genéricos de algumas pílulas de marca, tornando este método menos dispendioso e acessível a mais mulheres.

## 6. Esquecimento da administração dos contraceptivos orais (CO)

Um dos motivos que fazem com que a eficácia dos CO na prática seja menor em relação ao que é definido na literatura baseada em ensaios clínicos é o facto de ocorrerem esquecimentos durante a sua administração e o procedimento adoptado poder não ser o adequado quando ocorre tal situação.

Na presente dissertação, as participantes foram abordadas para determinar se se esqueciam de alguma administração da pílula que utilizam e acerca da forma como actuavam para contornar a diminuição da sua eficácia devido ao referido esquecimento. Para avaliar até que ponto é adoptada uma atitude correcta, teve-se em conta a semana do ciclo menstrual em que tal esquecimento é mais frequente, o que se faz em relação à pílula esquecida e se é usado ou não um segundo método contraceptivo, já que nalgumas situações de esquecimento, torna-se necessário recorrer ao uso de um segundo método de contracepção, como o preservativo (masculino ou feminino) ou outras formas de contracepção. Os aspectos agora referidos foram os que se consideraram durante a consulta das recomendações mencionadas no RCM da pílula que as participantes utilizavam de modo a classificar o procedimento de cada uma como “correcto” ou “incorrecto”.

Os resultados obtidos relativamente a esta abordagem do esquecimento de uso da pílula encontram-se representados nas figuras 12, 13 e 14.



Figura 12: Esquecimento do uso do contraceptivo oral.

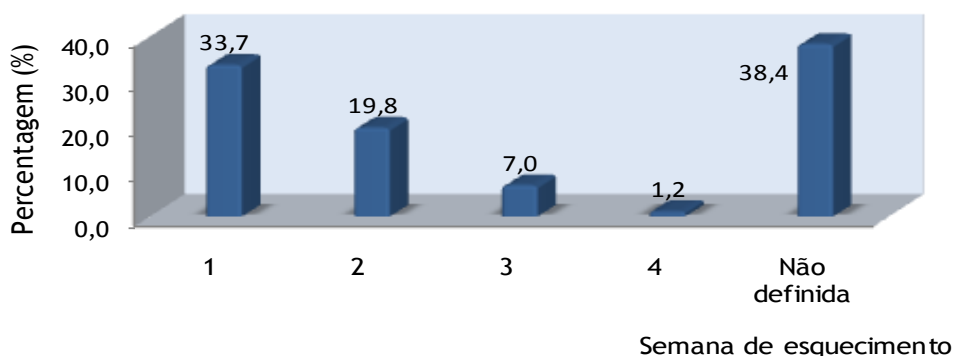


Figura 13: Semana em que normalmente ocorre esquecimento da administração do contraceptivo oral.

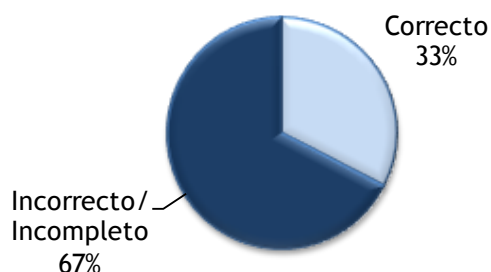


Figura 14: Avaliação do procedimento em caso de esquecimento do uso do contraceptivo oral.

Considerando os dados das figuras 12 e 13, pouco menos de metade das utilizadoras de pílula, 42% (86 inquiridas), indicaram que já tiveram um ou mais esquecimentos da administração deste método de contracepção e, das que se recordaram da altura do ciclo menstrual em que tal esquecimento ocorreu, a maioria respondeu que se esqueceu na primeira (33,7%, correspondente a 29 mulheres) e segunda semanas (19,8% correspondente a 17 mulheres). A semana em que menos ocorreu esquecimento foi na quarta semana do ciclo menstrual, que corresponde à semana de pausa que pode ser ou não contemplada pelas embalagens de pílulas, ou seja, muitas embalagens de formulações de pílula não apresentam comprimidos para administrar nesta altura do ciclo menstrual.

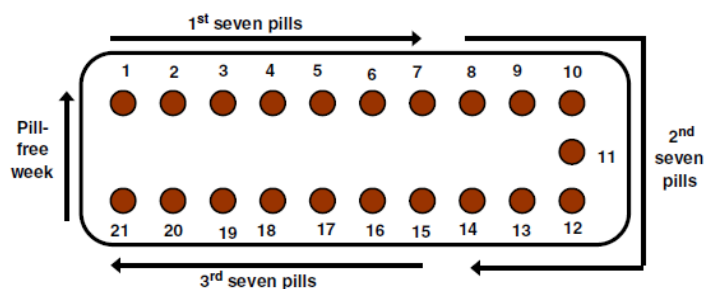
Na avaliação do procedimento em caso de esquecimento (figura 14), determinou-se que mais de dois terços (67% ou seja, 58 das 86 mulheres que indicaram que já se esqueceram de tomar a pílula) apresentaram um procedimento incorrecto ou incompleto. Refira-se que no procedimento incompleto foram incluídas as mulheres que não definiram a semana em que ocorreu esquecimento, pois a falta dessa noção pode levar a procedimentos inadequados, e nos casos em que a participante consultou o folheto informativo para saber como deveria proceder, foi considerado um procedimento correcto.

É, de certa forma, fácil ocorrer esquecimento durante o uso da pílula. De facto, num estudo à população italiana (ODDENS, 1996) foram pesquisados alguns dos problemas mencionados pelas participantes em relação a alguns dos métodos contraceptivos disponíveis, entre eles os CO. Os resultados indicaram que 23,8% tinham dificuldade em se lembrar da toma da pílula todos os dias e 26,7% considerou a possibilidade de esquecimento da sua administração durante o período de férias.

De acordo com HILLARD (1992) o esquecimento é mais frequente nos primeiros 3 meses de administração da pílula e, efectivamente, em diferentes estudos foram registadas percentagens entre os 25% e os 33% de esquecimento durante os referidos 3 meses.

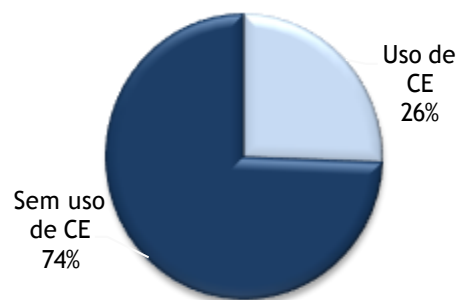
Para além do esquecimento, são também descritos outros casos que diminuem a *compliance* da utilização de CO: dificuldades em tomar a pílula sempre à mesma hora do dia (facto principalmente importante para as minipílulas); dificuldade em estabelecer uma rotina para a administração da pílula; o facto de se administrar a pílula em sentido contrário ao indicado no blister (figura 15); a confusão nos dias em que não é necessária a administração da pílula por se tratar do período de pausa (caso das embalagens que possuem apenas 21 comprimidos em vez de 28); dificuldade na compreensão da informação presente na embalagem dos CO; e falta de informação fornecida por parte do médico (HILLARD, 1992; ROSENBERG et al., 1995).

Da análise realizada surgem questões como: “Quais as razões que podem estar associadas ao esquecimento?” e “Qual a forma de solucionar os casos que levam à diminuição da *compliance*?”. WEISBERG (1994), no seu estudo intitulado por “*Practical problems which women encounter with available contraception in Australia*”, propõe estratégias para otimizar a *compliance*: melhorar a embalagem dos CO, uniformizar as instruções de procedimento em caso de esquecimento de administração da pílula, introduzir folhetos informativos com informação mais acessível, melhorar o aconselhamento (escrito e verbal) no que se refere às instruções e detalhes de como tomar a pílula e o que fazer em caso de esquecimento.



**Figura 15:** Representação de um blister de uma embalagem de pílula. (Adaptado de: WEBBERLEY & MANN, 2006)

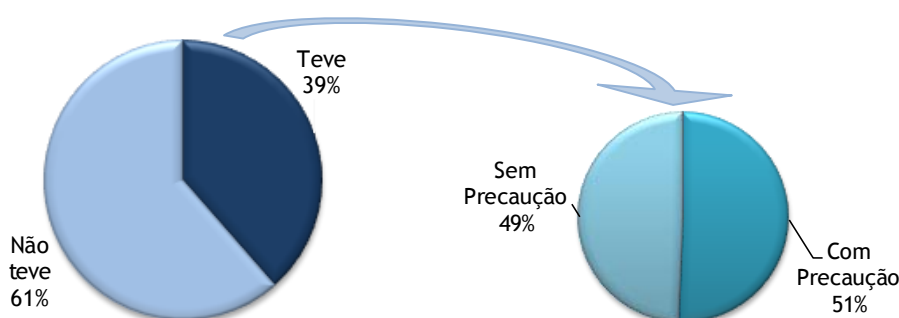
Ainda tendo em conta os dados obtidos pela aplicação do instrumento de estudo desta pesquisa, verificou-se, entre as mulheres que admitiam já ter, pelo menos, um episódio de esquecimento de administração da pílula, quantas já tinham recorrido à CE e demonstrou-se que um pouco mais que um quarto das que esqueciam de administrar a pílula em alguma altura do ciclo (26%), já tinham recorrido à administração da também designada de “pílula do dia seguinte”. Surge, assim, a questão de uma possível relação entre o esquecimento da toma da pílula e o uso de CE para evitar gravidez não intencionada na altura do esquecimento (figura 16).



**Figura 16:** Uso de contraceção de emergência (CE) em caso de esquecimento de administração do contraceptivo oral.

## 7. Procedimento em caso de vómitos e/ou diarreia

As mulheres que participaram no preenchimento destes questionários foram também abordadas em relação ao facto de já terem tido algum episódio de vómitos e/ou diarreia enquanto usavam a pílula. Refira-se que foi explicado às participantes que estes episódios de vómitos e/ou diarreia não correspondiam a efeitos secundários do uso da pílula, mas sim a situações de saúde que apresentavam os referidos sintomas.



**Figura 17:** Casos de vómitos e/ou diarreia e respectiva precaução.

A análise das preocupações que as utilizadoras têm em relação às situações em que existem vómitos e/ou diarreia é importante uma vez que a absorção da pílula se encontra

comprometida se estas manifestações ocorrerem sem terem passado, pelo menos, 3 a 4 horas após a sua toma o que, conseqüentemente, não garante o efeito terapêutico do método contraceptivo.

Considera-se como precaução o facto das mulheres que já se encontraram nestas condições terem considerado que se tratava de uma situação semelhante a um caso de esquecimento da pílula e terem procedido de acordo como tal ou terem recorrido a um segundo método contraceptivo. Assim, das 79 mulheres (39%) que indicaram já terem tido episódios que limitam a absorção da pílula, 40 (51%) apresentaram alguma precaução e não se limitaram a tomar diariamente a pílula, tal como se se encontrassem numa situação normal.

Este tipo de situação ainda não é muito explorado pelos estudos publicados.

## 8. Follow-up

Uma vez que um dos possíveis efeitos do uso de CO são as alterações dos valores de perfil lipídico e da pressão arterial, é necessário fazer um controlo regular dos referidos parâmetros, permitindo, deste modo, um melhor controlo em relação ao aparecimento de factores de risco para DCV que diminuem a qualidade de vida.

Assim, as participantes no estudo realizado foram abordadas para saber se fazem um controlo periódico dos valores da pressão arterial e/ou do perfil lipídico. Os resultados obtidos encontram-se representados nas figuras 18 e 19.

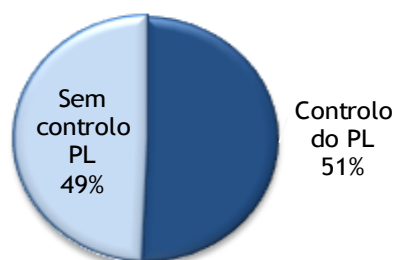


Figura 18: Percentagem de mulheres que fazem controlo do perfil lipídico (PL).



Figura 19: Percentagem de mulheres que fazem controlo da pressão arterial (PA).

No presente estudo, mais de metade das mulheres inquiridas referiram que realizavam testes periódicos, tanto para o controlo do perfil lipídico como para o controlo da pressão arterial (51% e 55%, respectivamente).

O cuidado em relação ao *follow-up* durante a utilização da pílula é uma responsabilidade mútua entre a utilizadora da pílula e o médico. Após a prescrição, o primeiro *check-up* deve ser feito depois dos 3 primeiros meses de utilização e, a partir daí, deve ser feito um *follow-up* semestral ou anual, de acordo com as características da utilizadora, factores de risco associados e sempre que surjam complicações (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2003).

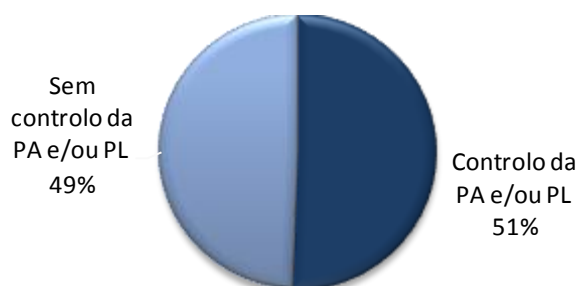
Os estudos que abordam e justificam os efeitos dos CO que levam à necessidade de realização de *follow-up* durante o seu uso têm sido realizados desde há muito tempo e apresentam conclusões nem sempre concordantes entre si. De acordo com WEIBERGER (1982) os estudos prospectivos que envolveram mais de 60 000 mulheres com pressão arterial normal, onde foram incluídas 35 000 utilizadoras de CO, indicaram que o uso deste método de contracepção durante 6 ou mais meses levou a um aumento da pressão arterial e após 5 anos ocorreu um aumento de 12.3 mmHg de pressão sistólica e de 8.8 mmHg de pressão diastólica. O maior aumento foi registado durante os 2 primeiros anos de uso de CO. Para além do aumento da pressão arterial, há que ter em conta a existência de outros factores de risco que, juntamente com a eventual HTA, contribuem para um risco aumentado de eventos cardiovasculares como, por exemplo, diabetes *mellitus*, hábitos tabágicos e dislipidémia. Assim, é aconselhável monitorizar os valores de pressão arterial de 6 em 6 meses. Esta ideia de controlo regular da pressão arterial foi anteriormente mencionada num trabalho da autoria de ROBERTS (1981) que alertava igualmente para a importância das mulheres hipertensas optarem por métodos alternativos de contracepção. Este alerta é também mencionado pela OMS nas indicações de uso dos CO.

Para além disso, é necessário referir que actualmente as formulações de pílulas apresentam doses mais baixas de compostos esteróides e apesar de a pressão arterial estar relacionada com a dose de estrogénios, há que ter em conta que a pressão arterial também aumenta com a idade nas utilizadoras de CO (JANASZEK-SITKOWSKA, 1984).

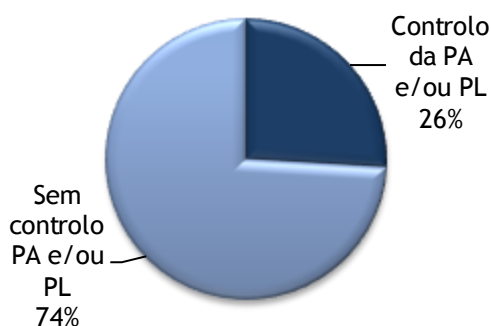
Há estudos que mostram alterações a nível lipídico nas utilizadoras de CO (SOSKA et al., 2011). Porém, KRAUSS e BURKMAN (1992) referem que as alterações nas lipoproteínas são maiores nas preparações de CO com maior dosagem e tais podem não ser significativas nas preparações de dose baixa, para além de estas alterações poderem ser reversíveis (GREENLUND et al., 1997). Esta mesma ideia é considerada por KAKIS et al. (1994) que, com a análise dos efeitos da exposição a uma formulação trifásica durante 2 anos, concluiu que as alterações nos lípidos restringiram-se a valores considerados normais. Porém, este último estudo considera a necessidade de investigar estes efeitos a longo prazo quando combinados com outros factores de risco como a obesidade, hábitos tabágicos, consumo de álcool, diabetes *mellitus* ou obesidade.

O facto de ter começado a tomar a pílula de acordo com prescrição médica pode influenciar a realização ou não de pelo menos um dos tipos de controlo. De facto, a percentagem de utilizadoras da pílula que realizavam os testes de controlo referidos e recorreram ao médico, pelo menos para o início do uso deste método contraceptivo (figura 20) é maior que a percentagem das mulheres que realizavam este tipo de testes e não recorreram ao médico para prescrição da pílula pela primeira vez (figura 21).

Assim, o médico, ao intervir na escolha do tipo de pílula a usar pode, efectivamente, contribuir para um *follow-up* adequado durante a utilização da pílula tendo, deste modo um papel mais interventivo na dinâmica do uso dos CO.



**Figura 20:** Mulheres que indicam fazer controlo do perfil lipídico (PL) e/ou pressão arterial (PA), tendo tido acesso à pílula através de prescrição médica.



**Figura 21:** Mulheres que indicam fazer controlo do perfil lipídico (PL) e/ou pressão arterial (PA), tendo tido acesso à pílula sem prescrição médica.

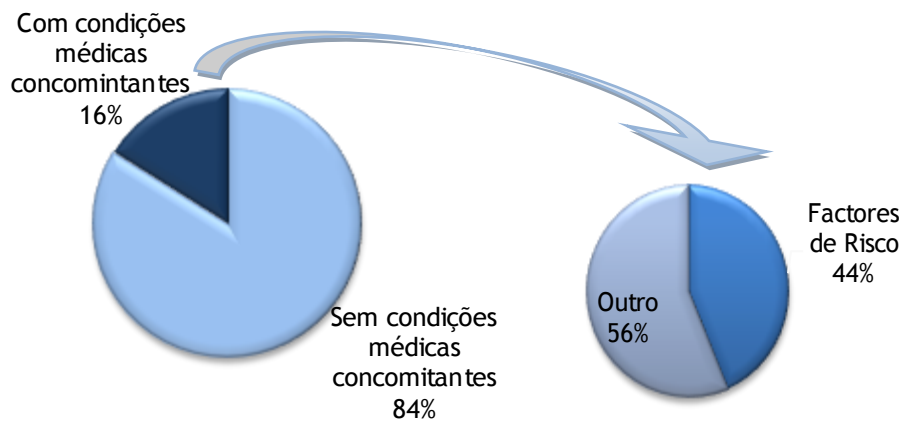
## 9. Condições clínicas e administração de medicamentos em simultâneo com a utilização de contraceptivos orais (CO)

Às participantes no estudo foram colocadas questões para determinar quais as condições clínicas que apresentavam, nomeadamente, DCV, factores de risco para tais doenças (diabetes *mellitus*, HTA ou dislipidémia) ou outro tipo de doenças. De igual modo, as

participantes foram abordadas em relação à administração de outro tipo de fármacos além dos CO.

O principal objectivo deste género de questões colocadas baseou-se na detecção tanto de estados de saúde que pudessem constituir uma contra-indicação para o uso de CO como de factores de risco que coexistissem nas utilizadoras de pílulas, colocando-as expostas a um maior risco de ocorrência de doenças como as cardio e cerebrovasculares.

Os dados obtidos encontram-se representados e interpretados nas figuras 22 e 23.



**Figura 22:** Determinação das condições clínicas concomitantes com a utilização dos contraceptivos orais (CO).



**Figura 23:** Administração concomitante de outros medicamentos para além do contraceptivo oral.

Os dados obtidos revelam que 16% (33) das mulheres que participaram no estudo possuíam condições clínicas concomitantes. Entre as referidas condições, 42% (que corresponde a 14 pessoas das 33 com condições médicas) estavam relacionadas com a presença de factores de risco para DCV tais como HTA ou dislipidémia. Outras condições de saúde referidas pelas inquiridas foram relativas a problemas do tracto gastrointestinal tais como doença celíaca, colite ulcerosa, úlceras nervosas e outros problemas de estômago não definidos com pormenor; problemas a nível do sistema respiratório tais como a sinusite e asma que, em princípio, não constituem situações de preocupação acrescida para o uso de contraceptivos hormonais orais; foi detectada também uma situação de espondilite anquilosante e uma outra de anemia; foram também entrevistadas duas mulheres que referiram sofrer de depressão; e 6 pessoas referiram alterações na tiróide, onde se inclui

hipotireoidismo e tireoidectomia. Uma participante no estudo indicou ter problemas relacionados com varizes, que constitui uma situação que pode ser agravada com o uso de CO.

Para além destas situações clínicas, foi também entrevistada uma mulher utilizadora de pílula que indicava ter epilepsia, o que suscitou a curiosidade para a determinação da medicação feita pela inquirida para a epilepsia e da dosagem dos compostos da pílula que usava já que, nalgumas situações, as doses de hormonas esteróides necessárias para garantir a contraceção em mulheres com epilepsia têm de ser maiores, uma vez que se podem manifestar efeitos de indução enzimática por parte de alguns princípios activos utilizados no tratamento desta enfermidade (barbitúricos, primidona, topiramato, carbamazepina, fenitoína e, possivelmente, oxcarbazepina, entre outros). No entanto, durante a realização do inquérito não foi possível determinar quais os medicamentos utilizados e determinou-se que a pílula em questão correspondia a uma formulação de dose muito baixa de estrogénio: a Minigeste®.

Foram, de igual modo, registados os outros medicamentos que 22% (45) das entrevistadas administravam:

- Antidislipidémicos: rosuvastatina (Crestor®), sinvastatina e atorvastatina (Zarator®);
- Anti-hipertensores: combinação de valsartan e amlodipina (Copalia®) e combinação de losartan e hidroclorotiazida (Co-Aprovel®); nebivolol (Nebilet®)
- Antianémicos: ácido fólico (Folifer®); e suplementos de ferro
- Antidepressores: venlafaxina (Effexor®), duloxetina (Cymbalta®); fluoxetina; escitalopram (Cipralax®)
- Ansiolíticos: bromazepam (Lexotan®); estazolam (Kainever®); alprazolam (Xanax®); midazolam (Sedoxil®); clorazepato dipotássico (Medipax®)
- Anti-histamínicos: rupatidina (Rinialer®)
- Antiepilépticos e anticonvulsivantes: topiramato (Topamax®), clonazepam (Rivotril®)
- Antipsicóticos: quetiapina (Seroquel®)
- Medicamentos para a tiróide/antitiroideus: levotiroxina (Eutirox®)
- Bioflavonóides: Daflon®
- Anti-inflamatórios intestinais: sulfassalazina (Salazopirina®)
- Insulina
- Suplementos de cálcio
- Antiácidos e antiulcerosos: pantoprazol
- Antieméticos e antivertiginosos: flunarizina
- Analgésicos, antipiréticos e anti-inflamatórios não esteróides (ocasionalmente, em caso de necessidade)
- Imunossuppressores
- Laxantes: bisacodilo (Bekunis®)

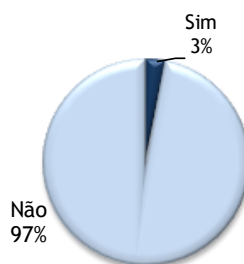
Tendo em conta a medicação indicada por cada participante e a pílula que administrava, foi pesquisada a existência de possíveis interações. Verificou-se, através da consulta dos RCMs dos CO que podem existir interações do EE com a levotiroxina (ocorre diminuição das concentrações plasmáticas desta hormona antitiroideia); com a atorvastatina (os níveis de EE podem ser aumentados); com o paracetamol (ocorre inibição da sulfatação da hormona esteróide) e com o topiramato que, tal como já foi referido, é um indutor das enzimas que metabolizam o EE. Alguns RCMs mencionavam a possibilidade de aumento do risco de galactorreia por acção da flunarizina devido à sensibilidade aumentada do tecido mamário à prolactina.

Refira-se que uma das dificuldades encontradas durante a aplicação dos questionários foi o facto de muitas das participantes não conseguirem definir com pormenor quais os medicamentos que administravam e, para além disso, parte dos medicamentos indicados foram identificados após o diálogo entre a participante e o responsável pela aplicação do questionário onde a entrevistada indicava as características da embalagem e as aplicações dos medicamentos que utilizava. Esta situação revela uma certa dificuldade da participante, como utente que beneficia dos serviços de saúde, em saber qual a medicação que toma no seu dia-a-dia, o que corresponde, de facto, a uma das barreiras importantes para se melhorar a utilização e *compliance* dos medicamentos em geral.

## 10. Consumo de outros produtos

Para além da interacção com medicamentos, a pílula pode interagir com outro tipo de produtos não considerados medicamentos, mas que são igualmente consumidos pelas utilizadoras de pílula. Dentro deste grupo destaca-se o hipericão (*Hypericum perforatum*), também designado por Erva de S. João que é aplicado como antidepressivo e leva à indução de enzimas e, conseqüentemente, reage com os CO, sendo, por isso, esta interacção referida no RCM de cada formulação de pílula.

No estudo realizado apenas 3% (6) das mulheres a quem foi aplicado o questionário indicaram que administravam outro tipo de produtos, incluindo produtos à base de plantas (figura 24). Não foi detectada nenhuma participante que consumisse hipericão, mas foram indicados produtos homeopáticos, produtos de emagrecimento e suplementos alimentares como a geleia real e o ginseng, cujo potencial de interacção com as pílulas é desconhecido. Mais uma vez, existiu dificuldade por parte do participante em definir qual o produto consumido.



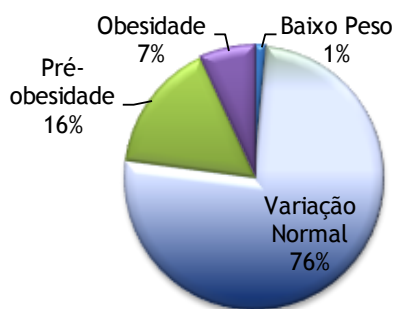
**Figura 24:** Consumo de outros produtos, não considerados medicamentos, juntamente com os contraceptivos orais (CO).

## 11. Situações especiais

Tendo em conta que os dados registados no inquérito do presente estudo permitiam determinar o IMC das participantes, bem como a sua idade e os hábitos de consumo de tabaco, foi feita uma abordagem para a detecção de possíveis contra-indicações para o uso da pílula. Seguidamente, os aspectos referidos encontram-se desenvolvidos de uma forma mais pormenorizada.

### 11.1. Obesidade

A obesidade é identificada com base no IMC, que constitui uma medida indirecta da gordura corporal e cujo cálculo se baseia na razão entre o peso do indivíduo em quilogramas (Kg) sobre o quadrado da altura em metros ( $m^2$ ). De acordo com a Direcção Geral de Saúde (DGS), considera-se excesso de peso e obesidade quando os valores de IMC se encontram, respectivamente, no intervalo de 25 a 29,9  $Kg/m^2$  ou ultrapassam os 30  $kg/m^2$ . Valores acima de 40  $kg/m^2$  consideram-se casos de obesidade mórbida. A obesidade pode, por um lado, ser um factor da diminuição da eficácia da pílula e, por outro lado, o uso da pílula por mulheres obesas pode estar associado a complicações para a sua saúde.



**Figura 25:** Prevalência de casos de obesidade na amostra obtida.

No presente estudo foi possível determinar que 7% (14) das participantes apresentavam valores de IMC classificados como indicadores de obesidade (figura 25).

Efectivamente, a obesidade é uma condição de saúde crónica que está a ganhar proporções epidémicas, fazendo com se torne cada vez mais importante a utilização de métodos de contracepção seguros e eficazes nas mulheres com este tipo de condição médica, uma vez que estas se encontram expostas a um maior risco associado a complicações durante a gravidez.

Os dados sobre a eficácia da contracepção em mulheres obesas são questionáveis uma vez que as conclusões dos estudos são contraditórias. Os próprios estudos apresentam limitações e são referentes a alturas em que a obesidade e a obesidade mórbida não eram tão prevalentes.

HOLT et al. (2002) realizaram um estudo cujos resultados indicaram que indivíduos com peso acima dos 70,5 Kg apresentavam maior risco de ineficácia dos CO em comparação com as mulheres de peso normal e que essa ineficácia estava mais relacionada com CO de dose baixa e muito baixa. Porém, este estudo de HOLT et al. (2002) apresentava limitações como a falta de registo do peso no momento em que foi verificada a falha do contraceptivo; a não confirmação da efectiva ineficácia do contraceptivo (baseando-se apenas no que foi referido pelo indivíduo do estudo); e a falta de definição do tipo de contraceptivo em uso. Na análise seguinte, HOLT et al. (2005) verificou que as mulheres com IMC entre 27,4 - 32,2 Kg/m<sup>2</sup> apresentavam uma ineficácia maior. Esta ideia é esclarecida pelo trabalho de BRUNNER HUBER & HOGUE (2005) onde foi determinado que o efeito da obesidade na gravidez não planeada é limitado à ineficácia da pílula pois as utilizadoras de CO com excesso de peso ou obesas tinham o dobro do *odds ratio* de uma gravidez não planeada em relação às mulheres com peso normal, não existindo diferenças nas gravidezes não planeadas entre as não utilizadoras de CO obesas e as de peso normal. Porém, uma das principais limitações deste estudo foi o facto de não indicar o tipo de contraceptivo envolvido.

Por outro lado, existem estudos que indicam que não existe uma relação bem definida entre a obesidade e o aumento da ineficácia dos contraceptivos hormonais (BRUNNER & HOGUE, 2005; BRUNNER HUBER & TOTH, 2007), nomeadamente os estudos baseados nos registos do *National Survey of Family Growth* de 1995 e 2002 que, apesar de verificarem que mulheres com IMC  $\geq 30$  Kg/m<sup>2</sup> apresentavam maior probabilidade de falha da pílula do que as que tinham um IMC entre 18,5 e 24,9 Kg/m<sup>2</sup>, o ajuste destes resultados com factores como a idade, etnia e paridade levaram à conclusão de que não existe uma associação estatisticamente significativa entre o aumento do IMC e a ineficácia dos CO na população obesa. Semelhantes conclusões foram obtidas no estudo da *Oxford Family Planning Association* onde, tendo estudado tanto as minipílulas como as pílulas combinadas, não foi determinada nenhuma influência do peso corporal no risco de gravidez accidental, apesar de terem sido verificadas algumas associações de acordo com a idade e paridade (VESSEY & PAINTER, 2001).

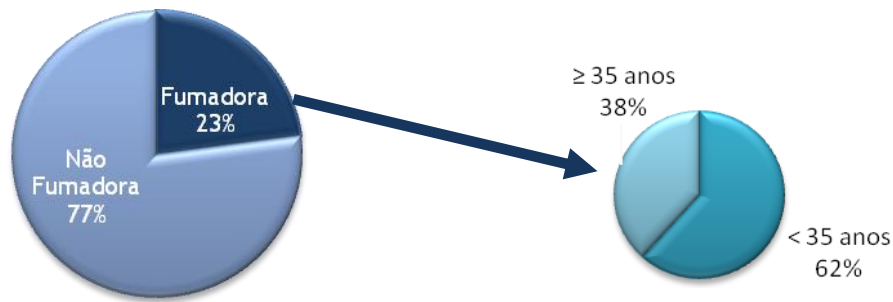
Refira-se, deste modo, que mesmo que exista de facto um risco aumentado de ineficácia, o risco efectivo e aplicado à prática é mínimo. Além disso, os CO podem ser vantajosos para as mulheres obesas uma vez que a obesidade está associada à hiperplasia do endométrio e ao cancro e, de facto, os CO estão associados a uma diminuição da incidência destas duas patologias (Society of Family Planning, 2009).

Tendo em conta a segurança do uso de CO em obesas, em termos de efeitos cardiovasculares, as mulheres obesas que usam COC apresentam um risco aumentado de TEV em comparação com as mulheres não obesas e, apesar da informação disponível não ser muita, os estudos mostraram que não existe aumento significativo da incidência de TEV em mulheres obesas e não obesas que consomem minipílulas. Uma vez que o risco de TEV é pequeno, a OMS colocou a contraceção hormonal em mulheres obesas como uma situação onde as vantagens do uso deste método compensam geralmente os riscos teóricos (KELSEY, 2010). O *American College of Obstetricians and Gynecologists* recomenda que a contraceção hormonal deve ser usada com precaução nas mulheres obesas com mais de 35 anos e com risco aumentado de TEV (KELSEY, 2010).

#### 11.2. Fumadoras com mais de 35 anos

De acordo com o “Consenso Sobre Contraceção” da Sociedade Portuguesa de Ginecologia e da Sociedade Portuguesa da Medicina da Reprodução (2003), as mulheres fumadoras com mais de 35 anos de idade, encontram-se nas contra-indicações absolutas e relativas no que se refere à utilização da pílula. A diferença de classificação das contra-indicações centra-se no número de cigarros fumados diariamente: se forem menos de 15 a 20 cigarros, considera-se contra-indicação relativa, se forem mais, considera-se contra-indicação absoluta.

Todas estas considerações são baseadas no facto de o uso de CO a partir dos 35 anos por mulheres fumadoras aumentar de forma significativa o risco de doenças cerebrovasculares e vasculares periféricas (BOWEN-SIMPKINS, 1984) e nos utilizadores de CO com mais de 35 anos de idade, o risco aumentado de morte por causa do uso de CO é maior que o risco de morte devido a gravidez (FARLEY & MEIRIK, 1999; SCHWINGL et al., 1999)



**Figura 26:** Prevalência das mulheres fumadoras e determinação simultânea das condições de fumadora e idade igual ou superior a 35 anos.

Com os dados obtidos a partir da amostra analisada no presente estudo (figura 26), verifica-se que 38% das mulheres fumadoras entrevistadas, ou seja, 18 das 47 fumadoras, apresentam a contra-indicação referida.

Fica a dúvida se as participantes saberão que a partir dos 35 anos, inclusive, é necessário começar a ponderar a utilização de outros métodos contraceptivos alternativos.

Com este raciocínio, destaca-se a necessidade dos profissionais de saúde alertarem para estas situações e aconselharem alternativas com eficácia semelhante mas mais seguras em termos de risco de doenças cardio e cerebrovasculares. Porém, tal situação só é possível se as consultas médicas durante o tempo de utilização dos CO forem feitas com maior periodicidade e não apenas no início de utilização de CO.

O estudo da existência de contra-indicações concomitantes com o uso de CO foi também feito por SHORTRIDGE & MILLER (2007) que detectaram entre as utilizadoras de CO 6% com contra-indicações para o uso destes. Esta percentagem, apesar de ser menor que a percentagem de contra-indicações nas participantes não utilizadoras de CO também analisadas fez com que a análise da forma como a prescrição era realizada levasse à conclusão de que algumas vezes tais situações de contra-indicação não eram tidas em conta.

## 12. Fontes de informação

Uma vez que os CO podem interagir com vários fármacos e apresentam indicações de procedimentos diferentes, de acordo com a situação considerada (início da sua administração, esquecimento ou episódios de vômitos e/ou diarreia), podem surgir dúvidas ao longo da sua utilização. Procedeu-se, deste modo, à pesquisa das fontes de informação às quais as participantes recorrem quando surge a necessidade de um esclarecimento adicional. Refira-se que cada participante teve a oportunidade de responder a mais que uma hipótese, de modo a adequar-se o mais possível à situação em questão.

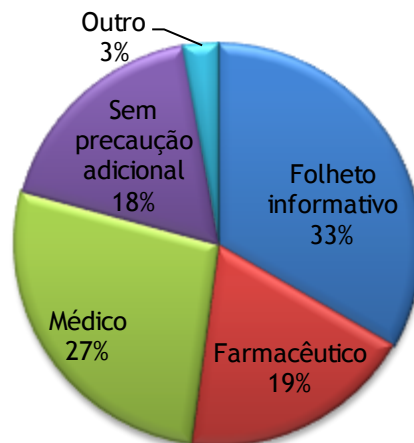


Figura 27: Fontes de informação indicadas pelas participantes no estudo.

A principal fonte de informação indicada pelas participantes neste estudo foi a consulta do folheto informativo (33%) e do médico (27%).

Outras fontes de informação que as participantes indicaram consultar foram outros profissionais, como o enfermeiro (devido à facilidade de acesso a este profissional de saúde), e a Internet.

Refira-se que a participação do farmacêutico não se apresenta como uma das fontes de informação mais consultadas, tendo obtido uma percentagem de 19%.

Além disso, foi verificado que existem mulheres utilizadoras de pílulas que não têm nenhuma preocupação em procurar fontes de informação. Os 18% apresentados na categoria “Sem preocupação adicional” corresponderam a pessoas que optaram por indicar apenas esta solução.

Existem poucos estudos que abordam quais as fontes de informação às quais recorrem as utilizadoras de CO. Contudo, um estudo de PICARDO et al. (2003) indica que a amostra estudada recorria mais vezes a informação escrita que ao próprio médico e não recorria em grande extensão à Internet.

### 13. Outras considerações

Para a realização dos questionários as participantes tiveram, muitas vezes, em conta a sua experiência pessoal em detrimento daquilo que ouviam dizer ou à informação que tinham acesso. Esta situação é principalmente representada nas questões relacionadas com a imagem corporal e efeitos secundários, bem como no caso do efeito na fertilidade.

Este trabalho é principalmente interessante pelo facto de em Portugal ainda não existirem dados mais pormenorizados em relação ao uso de CO. Apenas se tem acesso à informação da prevalência de uso de métodos contraceptivos e da indicação de qual o método

mais utilizado através do Instituto Nacional de Estatística. A pesquisa sobre as noções e dinâmica do uso de CO já foi desenvolvida em outros países, informação essa que foi tida em conta para a interpretação dos resultados obtidos neste trabalho, cuja amostra (n = 205) é, de certa forma, considerável visto ter sido apenas baseada numa área de Portugal e alguns dos estudos tidos em conta nesta dissertação terem sido feitos com amostras de 2 centenas de pessoas.

Uma das principais barreiras à realização deste trabalho foi a quantidade reduzida de estudos existentes sobre as noções da pílula com a indicação dos questionários utilizados e a escassa existência de estudos que avaliassem as formas de procedimento em caso de esquecimento da administração dos CO e investigassem a dinâmica do seu uso noutros locais.

Deve-se, em possíveis pesquisas futuras, descrever com maior pormenor as possíveis razões para o esquecimento de modo a procurar soluções práticas e simples para colmatar esses esquecimentos.

Deve-se, de igual modo, explorar de forma isolada a percentagem de descontinuação devido a tentativa para engravidar, bem como determinar a duração de utilização da pílula antes do episódio de troca de tipo de CO, de modo a definir-se se as utilizadoras deste método contraceptivo tiveram em conta os 3 meses que, em média, correspondem ao período de adaptação ao uso do contraceptivo.

Em relação ao conhecimento sobre a pílula, deve-se também investigar com maior pormenor a noção que as mulheres apresentam em relação às vantagens (benefícios não contraceptivos) e desvantagens (riscos associados) do uso da pílula.

## 5. Conclusões

A CHO é o método mais utilizado pelas mulheres portuguesas, sendo também um dos métodos de contraceção mais utilizados em todo o mundo desde o início da sua comercialização em 1960. Embora inicialmente associados a manifestações de efeitos adversos incómodos como aumento da tensão mamária, náuseas, vômitos, possível retenção de líquidos ou dores de cabeça, os CO sempre apresentaram uma elevada eficácia na prevenção da gravidez não desejada. Assim, ao longo dos anos, foram feitas várias alterações nas formulações de pílula e nas hormonas esteróides que a compõem, tornando-as mais seguras.

Os CO podem ser compostos por estrogénios em combinação com progestagénios (COC) ou apenas por progestagénios (minipílulas). Dependendo da dosagem de estrogénio, existem as pílulas de doses elevadas ( $> 50 \mu\text{g}$  de EE), de dose baixa ( $< 50 \mu\text{g}$  de EE) ou de dose ultra-baixa (15, 20 ou 30  $\mu\text{g}$  de EE). Os componentes progestagénicos são divididos em gerações, de acordo com a sua ordem de aparecimento no mercado e afinidade para os receptores androgénicos. Ao longo do tempo em que as diferentes gerações surgiram, a afinidade para os receptores referidos foi diminuindo, contribuindo, assim, para a diminuição da incidência de efeitos adversos típicos do excesso de androgénios: elevada oleosidade da pele e, conseqüentemente, acne. Actualmente existem também progestagénios com actividade anti-androgénica: a ciproterona, a drospirenona e a cloromadinona.

Se considerarmos a variação das doses de esteróides ao longo da embalagem de CO, podemos definir pílulas monofásicas (com estrogénio e progestagénio em doses fixas) ou fásicas: as doses de EE e progestagénio variam ao longo da embalagem de pílula, de modo a assemelhar-se ao que acontece no ciclo fisiológico normal.

Os COC, além de inibirem a ovulação, exercem igualmente uma acção ao nível do espessamento do muco cervical, o que dificulta o percurso dos espermatozóides até à trompa de falópio. As minipílulas não inibem consistentemente a ovulação, impedindo a gravidez maioritariamente por espessamento do muco cervical e são administradas sem qualquer interrupção na toma durante o ciclo menstrual.

Os CO podem alterar os valores de pressão arterial e do perfil lipídico, podendo, deste modo, ter influência na alteração do risco cardiovascular. Este risco aumentado é principalmente evidente em mulheres com outros factores de risco como diabetes *mellitus* tipo 2, obesidade, consumo de tabaco ou idade superior a 35 anos. Aliás, para mulheres fumadoras com mais de 35 anos o risco do uso de pílulas é maior que as suas vantagens, devendo ser contra-indicada.

Destaque-se que o aparecimento/agravamento de enxaqueca devido ao uso de CO é um aspecto a considerar, pois o risco de mulheres com enxaqueca a tomar COC terem um AVC é maior que nas que têm enxaqueca mas não usam COC, devendo ponderar-se o uso de

minipílulas ou outros métodos de contraceção, caso a enxaqueca esteja relacionada com os COC.

Há estudos que indicam que as mulheres apresentam noções erradas em relação à pílula. Na verdade, alguns dos efeitos da pílula são baseados em mitos criados à volta deste fármaco ou que têm origem nos efeitos das formulações antigas da pílula, não sendo verificados nas formulações mais recentes e mais usadas. De facto, muitas pessoas associam à pílula a causa do aumento do peso e do apetite, bem como um factor de risco para o possível aparecimento de certos tipos de cancro. Outras das questões ainda pouco estudadas na actualidade é a dinâmica de utilização de pílulas: tipo de pílula usada, quantos tipos de pílula uma utilizadora usou, casos de descontinuação e *compliance* na utilização da pílula.

No presente trabalho decidiu-se fazer um estudo das noções e dinâmica do uso de CO numa amostra de mulheres utilizadoras de pílula em farmácias de uma região da Beira Interior, tendo sido recolhidos um total de 205 questionários. Concluiu-se que, de uma maneira geral, a percentagem de respostas correctas em relação a determinadas características da pílula é elevada, indicando que, em comparação com outros estudos existentes, é superior, o que indica que as mulheres da região considerada apresentam um melhor conhecimento sobre algumas características das pílulas. Porém, refira-se que nalgumas questões, a percentagem de participantes que mostrou desconhecimento (percentagem de incerteza) foi relativamente elevada. As questões onde tal situação foi verificada relacionam-se com situações onde a informação científica disponível apresentava alguma controvérsia: é o caso do cancro da mama, a infertilidade e o uso de CO em simultâneo com o consumo de tabaco. Considera-se certo que o uso de CO durante a adolescência não aumenta o risco deste tipo de cancro pois a sua incidência nesta idade é muito baixa e, para além disso, há estudos que indicam que esse risco possivelmente aumentado diminui após 10 anos de descontinuação do uso da pílula. Do mesmo modo, apesar do uso concomitante de CO e do consumo de tabaco aumentar o risco de doenças cardio e cerebrovasculares, a sua incidência é muito rara em idades correspondentes à adolescência. A fertilidade não é diminuída devido ao uso de contraceptivos orais.

Se considerarmos as respostas com maior percentagem de noções erradas, destacam-se as questões da influência da pílula no desejo sexual, no peso, o uso de CO pelas adolescentes fumadoras e a noção relacionada com a necessidade de realizar pausas durante a administração da pílula para “descansar o corpo”.

Não foi verificada uma relação entre o nível de conhecimento destas características da pílula e o nível de escolaridade, ou seja, um aumento do nível de escolaridade não corresponde a um melhor conhecimento sobre a pílula, mas verificou-se que as mulheres com maior nível de escolaridade erraram nas questões cuja informação científica é ambígua, como foi referido anteriormente. Por outro lado, no caso da infertilidade e na questão da necessidade de fazer pausas durante a utilização das pílulas para descanso do corpo, foram as participantes com menor grau de ensino que obtiveram maior percentagem de respostas incorrectas.

Também não foi encontrada uma relação entre a duração do uso da pílula e as noções sobre esta; a maior duração de uso deste método contraceptivo não se encontra relacionado com um maior ou menor conhecimento sobre a pílula.

Os tipos de pílula utilizados pertencem ao grupo das pílulas mais recentes (3ª e 4ª geração), sendo a mais usada composta por doses ultra baixas de EE e um progestagénio de 3ª geração que está associado a um maior controlo do ciclo, mas também a um risco aumentado de doenças cardiovasculares. A pílula, na maioria das vezes indicada como prescrita pelo médico, pelo menos para o início da sua administração, é utilizada, na maioria das situações, como método contraceptivo. As outras aplicações mencionadas foram o controlo do ciclo menstrual e a acne.

Os efeitos secundários são os principais responsáveis pela troca de pílula, mais que pela descontinuação do seu uso durante um período de tempo considerável. De acordo com as participantes no estudo, a maioria das trocas da pílula foi por iniciativa do médico. A principal razão para a descontinuação do uso da pílula foi a existência de períodos sem necessidade de uso de contracepção, como é o caso da gravidez.

No que se refere à avaliação e à *compliance* de uso da pílula verificou-se que as participantes que admitiram o seu esquecimento não conseguiram definir qual a altura do ciclo em que tal ocorria e apresentavam uma forma de actuação errada em relação ao procedimento considerado adequado, comprometendo a eficácia da pílula. O *follow-up* na utilização da pílula (controlo do perfil lipídico e da pressão arterial) é feito por pouco mais de metade do total de utilizadoras. Refira-se, ainda, que quem teve contacto com o médico para, pelo menos, iniciar a utilização da pílula realiza mais frequentemente os referidos controlos que as utilizadoras que não recorreram ao médico. Em casos de episódios de vómitos e/ou diarreia não relacionados com os possíveis efeitos secundários dos CO, apenas metade das participantes indicaram que tiveram precauções adicionais.

As condições clínicas concomitantes identificadas estavam principalmente relacionadas com factores de risco para DCV (dislipidémia e HTA) e problemas relacionados com a tiróide. Foram detectadas algumas possíveis interações, nomeadamente um caso de epilepsia, onde a participante não conseguiu definir quais os medicamentos administrados e casos em que existia administração concomitante de levotiroxina, flunarizina ou paracetamol.

Em caso de necessidade de esclarecimento em relação a alguns dos aspectos relacionados, as utilizadoras indicaram recorrer com maior frequência ao folheto informativo ou ao médico, sendo o farmacêutico um profissional de saúde pouco solicitado nestas situações.

Fez-se também uma pesquisa sobre contra-indicações não mencionadas pelas participantes e verificou-se que 7% das entrevistadas apresentavam um valor de IMC correspondente à obesidade (embora a diminuição da eficácia da pílula devido ao facto de ser obesa ainda não ter sido provada pela evidencia científica) e foram identificadas situações de fumadoras com mais de 35 anos onde os riscos de uso de CO são maiores que os seus benefícios, sendo recomendado o uso de outro método contraceptivo.

São necessários mais estudos que discriminem os aspectos relacionados com a adesão ao uso dos contraceptivos, e quais os principais erros que possam estar associados na selecção do tipo de pílula a administrar de modo a diminuir o número de trocas devido ao aparecimento de efeitos secundários. É também necessário fazer um estudo mais aprofundado sobre as noções em relação ao uso da pílula: ver se há diferenças no seu conhecimento entre utilizadoras e não utilizadoras e entre diferentes locais dos países, mas também aferir as noções relacionadas com outras características da pílula que possam estar associadas a equívocos.

## 6. Bibliografia

ALLAIS, G., GABELLARI, I., AIROLA, G., BORGOGNO, P., SCHIAPPARELLI, P., BENEDETTO, C. (2009). Headache induced by the use of combined oral contraceptives. *Neurological Sciences*, 30 (Suppl 1), pp. S15-S17.

ALLAIS, G., GABELLARI, I., LORENZO, C., MANA, O., BENEDETTO, C. (2009). Oral contraceptives in migraine . *Expert Review of Neurotherapeutics* , 9(3), pp. 381-393.

AZZIZ, R. (2003). The evaluation and management of hirsutism. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 101 (5 Pt 1), pp. 995-1007 [abstract].

BACK, D., ORME, M. (1990). Pharmacokinetic drug interactions with oral contraceptives. *Clinical Pharmacokinetics*, 18, pp. 472-484.

BARNHART, K., SCHREIBER, C. (2009). Return to fertility following discontinuation of oral contraceptives. 91 (3), pp. 659-663.

OWEN-SIMPKINS, P. (1984). Contraception for the older woman. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 91 (6), pp. 513-515.

BRAENDLE, W. K. (2009). Does Hormonal contraception increase the risk for tumors. *Ther Umsch* , 66 (2), pp. 129-135.

BRILL, K., SCHNITKER, J., ALBRING, M. (1994). Clinical experience with a modern low-dose gestodene-containing oral contraceptive in adolescents. *Advances in Contraception*, 10(4), pp. 237-247.

BRUNNER HUBBER, L., TOTH, J. (2007). Obesity and oral contraceptive failure: findings from the 2002 National Survey of Family Growth. *American Journal of Epidemiology*, 166(11), pp. 1306-1311.

BRUNNER HUBER, L., HOGUE, C. (2005). The association between body weight, unintended pregnancy resulting in a livebirth, and contraception at the time of conception. *Matern Child Health Journal*, 9, pp. 413-420.

BRUNNER, L., HOGUE, C. (2005). The role of body weight in oral contraceptive failure: results from the 1995 national survey of family growth. *Annals of Epidemiology*, 15 (7), pp. 492-499.

CASTRO, M. Online em Abril 2011; [http://www.dn.pt/inicio/opiniao/jornalismocidadao.aspx?content\\_id=1609231&page=-1](http://www.dn.pt/inicio/opiniao/jornalismocidadao.aspx?content_id=1609231&page=-1)

CARPENTER, S., NEINSTEIN, L. (1986). Weight gain in adolescent and young adult oral contraceptive users. *Journal of Adolescent Health*, 7(5), pp. 342-344.

CASEY, P., CERHAN, J., PRUTHI, S. (2008). Oral Contraceptive Use and the Risk of Breast Cancer. *Mayo Clinic Proceedings*, 83(1), pp. 86-91.

CASTILHO, S. (2003). A Imagem Corporal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(2),p.126.

CHAKHTOURA, Z., CANONICO, M., GOMPEL, A., THALABARD, J., SCARABIN, P., PLU-BUREAU, G. (2009). Progestogen-Only Contraceptives and the Risk of Stroke: A Meta-Analysis. *Stroke: Journal of the American Heart Association*, 40, pp. 1059-1062.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. (1996). Breast cancer and hormonal contraceptives: further results. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. *Contraception*, 54(Suppl.), pp. 1S-106S.

COLLI, E., TONG, D., PENHALLEGON, R., PARAZZINI, F. (1999). Reasons for Contraceptive Discontinuation in Women 20-39 years old in New Zealand. *Contraception*, 59, pp. 227-231.

CURTIS, K., CHRISMAN, C., MOHLLAJEE, A., PETERSON, H. (2006). Effective use of hormonal contraceptives Part I: Combined oral contraceptive pills. *Contraception*, 73, pp. 115-124.

DAVIS, A., CASTAÑO, P. (2004). Oral Contraceptives and libido in women. *Annual Review of Sex Research*, 15, pp. 297-320 [abstract].

DINGER, J., CRONIN, M., MOHNER, S., SCHELLSCHMIDT, I. M. (2009). Oral contraceptive effectiveness according to body mass index, weight, age, and other factors. *American Journal of Obstetrics*, 201, pp. 263e.1-263e.9.

DINGER, J., HEINEMANN, L., HABICH, D. (2007). The safety of a drospirenone-containing oral contraceptive: final results from the European Active Surveillance study on Oral Contraceptives based on 142,475 women-years of observation . *Contraception*, 75, pp.344-354.

EDELMAN, A., CARLSON, N., CHERALA, G., MUNAR, M., STOUFFER, R., CAMERON, G. (2009). Impact of obesity on oral contraceptive pharmacokinetics and hypothalamic-pituitary-ovarian activity. *Contraception*, 80 (2), pp.119-127.

EDELMAN, A. B., CHERALA, G., STANCZYK, F. Z. (2010). Metabolism and pharmacokinetics of contraceptive steroids in obese women: review. *Contraception*, 82, pp. 314-323.

Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. (2005). FFPRHC Guidance: Drug Interactions With Hormonal Contraception. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 31(2), pp. 139-151.

- FARLEY, T., MEIRIK, O. C. (1999). Cardiovascular disease and combined oral contraceptives: reviewing the evidence and balancing the risks. *Human Reproduction Update*, 5(5), pp. 721-735.
- FAZIO, A. (1991). Oral Contraceptives Drug Interactions: Important Considerations. *Southern Medical Journal*, 84(8), pp. 99-102.
- FESTIN, M. (2006). Progestogens in combined oral contraceptives for contraception: RHL commentary. *The WHO Reproductive Health Library: World Health Organization*.
- GALLO, M., GRIMES, D., SCHULTZ, K., HELMERHORSTR, F. (2003). Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database systematic reviews*, 2
- GEORGE, R., CLARKE, S., & THINBOUTO, D. (2008). Hormonal therapy for acne. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*. 27(3), pp. 188-196.
- GRAHAM, C. A., SHERWIN, B. B. (1993). The relationship between mood and sexuality in women using an oral contraceptive as a treatment for premenstrual symptoms. *Psychoneuroendocrinology*, 18(4), pp. 273-281.
- GREENLUND, K. J., WEBBER, L. S., WATTINGNEY, W., JOHNSO, C., BERENSON, G. (1997). Associations of Oral Contraceptive Use with serum Lipids and Lipoproteins in Young Women: The Bogalusa Heart Study. *AEP*, 7(8), pp. 561-567
- GUPTA, S. (2000). Weight gain on combined pill-is it real? *Human Reproduction Update*, 6(5), pp. 427-431.
- HAMANI, Y., SCIAKI-TAMIR, Y., DERI-HASID, R., MILLER-PROGRUND, T., MILWIDSKY, A., HAIMOV-KOCHMAN, R. (2007). Misconceptions about oral contraception pill among adolescents and physicians. *Human Reproduction*, 22(12), pp. 3078-3083.
- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society (IHS). (2004). The International Classification of Headache Disorders (2nd edition). Abbreviated pocket edition. *International Headache Society*, p. 8.
- HILLARD, P. (1992). Oral Contraception noncompliance: The extent of the problem. *Advances in Contraception*, 8(suppl1), pp. 13-20.
- HOLT, V., CUSHING-HAUGEN, K., DALING, J. (2002). Body weight and risk of oral contraceptive failure. *Obstetrics & Gynecology*, 99, pp. 820-827.
- HOLT, V., SCHOLLES, D., WICKLUND, K., CUSHING-HAUGEN, K., DALING, J. (2005). Body mass index, weight, and oral contraceptive failure risk. *Obstetrics & Gynecology*, 105, pp. 46-52.
- Instituto Nacional de Estatística. (2007). 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. p. 8.

- JANASZEK-SITKOWSKA, H. (1984). Hormonal contraceptives and arterial hypertension, *Polski tygodnik lekarski*, 39, pp. 1341-1343. [abstract]
- JICK, S., HERNANDEZ, R. (2011). Risk of non-fatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives containing drospirenone compared with women using oral contraceptives containing levonorgestrel: case-control study using United States claims data. *British Medical Journal*, 342:d2151.
- JONES, K. (1999). Oral contraception: Current Use and Attitudes. *Contraception*, 59, pp. 175-205.
- KAHN, L., HALBREICH, U. (2001). Oral contraceptives and mood. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 2 (9), pp. 1367-1382.
- KAKIS, G. POWELL, M., MARSHALL, A., WOUTERSZ, T., STEINER, G. (1994). A two-year clinical study of the effects of two triphasic oral contraceptives on plasma lipids. *International journal of fertility and menopausal studies*, 39 , pp. 283-291.
- KELSEY, B. (2010). Contraceptive for obese women . *The Nurse Practitioner*, pp. 24-31.
- KOKKA, F., BROCKBANK, E., ORAM, D., GALLAGHER, C., BRYANT, A. (2010). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12.
- KRAUSS, R., BURKMAN, R. J. (1992). The metabolic impact of oral contraceptives. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 167, pp. 1177-1184.
- KRINTUS, M., SYPNIEWSKA, G., KULIGOWSKA-PRUSINKA, M. (2010). Effect of second and third generation oral contraceptives on C-reactive protein, lipids and apolipoproteins in young, non-obese, non-smoking apparently healthy women. *Clinical Biochemistry*, 43, pp. 626-628.
- LEWIS, M., HEINEMANN, L., SPITZER, W., MACRAE, D., BRUPPACHER, R. (1997). The Use of Oral Contraceptives and the Occurrence of Acute Myocardial Infarction in Young Women. *Contraception*, 56, pp. 129-140.
- LINDH, I., ELLSTROM, A., MILSOM, I. (2011). The long-term influence of combined oral contraceptives on body weight. *Human Reproduction*, 26(7), pp. 1917-1924.
- LODER, E., BUSE, D., GOLUB, J. (2005). Headache as a side effect of combination estrogen progestin oral contraceptives: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193, pp. 636-649.
- LUMACHI, F., BASSO, S. (2010). Medical Treatment of Hirsutism in Women. *Current Medicinal Chemistry*, 17, pp. 2530-2538.
- MANSOUR, D. (2003). Progestogen-Only Contraceptive Methods. *Journal of Peadiatrics and Gynaecology*, pp. 40-41

- MAXWELL, G., SCHILDKRAUT, J., CALINGAERT, B., RISINGER, J., DAINITY, L., MARCHBANKS, P., et al. (2006). Progestin and estrogen potency of combination oral contraceptives and endometrial cancer risk. *Gynecologic Oncology*, 103, pp. 535-540.
- MURPHY, P., KIRKMAN, A., HALE, R. (1995). A National Survey of Women's Attitudes Toward Oral Contraception and Other Forms of Birth Control. *WHI*, 5(2), pp. 94-99.
- ODDENS, B. (1996). Contraceptive use and attitudes in Italy 1993. *Human Reproduction*, 11(3), pp. 533-539.
- ODDENS, B. (1993). Evaluation of the effect of contraceptive prices on demand in eight Western European countries. *Advances in Contraception*, 9, pp. 1-11.
- ODDENS, B., ARNODS, H., VAN MARIS, M., VAN LUNSEN, H. (1994). The dynamics of oral contraceptives of oral contraceptive use in the Netherlands 1990-1993. *Advances in Contraception*, 10, pp. 167-174.
- PEIPERT, J., GUTMANN, J. (1993). Oral Contraceptive risk assessment: a survey of 247 educated women. *Obstetrics & Gynecology*, 82, pp. 112-117.
- PEREIRA, A., JONES, K. (1996). Oral contraceptives: exploring the benefits, dispelling the myths. *Health Sex*, 5(1), pp. 3-5.
- PICARDO, C., NICHOLS, M., EDELMAN, A., JENSEN, J. (2003). Women's knowledge and sources of information on the risks and benefits of oral contraception. *Journal of the American Medical Women's Association*, 58(2), pp. 112-116.
- QUITÉRIO, S. (2008). Porquê Hipertensão arterial? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, pp. 385-386.
- ROBERTS, J. (1981). *The Journal of Endocrinology and Metabolism*, 10 (3), pp. 489-512.
- ROSENBERG, M. (1999). Randomized Comparison of Three Low-Dose Contraceptives. *Contraception*, 60, pp. 321-329.
- ROSENBERG, M., LONG, S. (1992). Oral contraceptives and cycle control: A critical review of the literature. *Advances in contraception*, 8 (suppl 1), pp. 35-45.
- ROSENBERG, M., WAUGH, M., BURNHILL, M. (1998). Compliance, Counseling and Satisfaction with Oral Contraceptives: A Prospective Evaluation. *Family Planning Perspectives*, 30(2), pp. 89-92; 104.
- ROSENBERG, M., WAUGH, M., HIGGINS, J. (1996). The Effect of Desogestrel, Gestodene, and other factors on Spotting and Bleeding. *Contraception*, 53, pp. 85-90.

- ROSENBERG, M., WAUGH, M., LONG, S. (1995). Unintended pregnancies and use, misuse and discontinuation of oral contraceptives. *The Journal of Reproductive Medicine*, 40(5), pp. 355-360.
- ROSENBERG, M., WAUGH, M., MEEHAN, T. (1995). Use and Misuse of Oral Contraceptives: Risk Indicators for Poor Pill Taking and Discontinuation. *Contraception*, 51, pp. 283-288.
- SAMSIOE, G. (1994). Coagulation and anticoagulation effects of contraceptive steroids. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 170(5 Pt 2), pp. 1523-1527.
- SCHWINGL, P., ORY, H., VISNESS, C. (1999). Estimates of the risk of cardiovascular death attributable to lowdose oral contraceptives in the United States. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* , 180(1 Pt 1), pp. 241-249.
- SEHOVIC, N., SMITH, K. (2010). Risk of Venous Thromboembolism with Drospirenone in Combined Oral Contraceptive Products. *The Annals of Pharmacotherapy*, 44(5), pp. 898-903.
- SERFATY, D. (1992). Medical aspects of oral contraceptive discontinuation. *Contracept Adv* , 8(Suppl 1), pp. 21-33.
- SHERIF, K. (1999). Benefits and risks of oral contraceptives. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 180(6), pp. 343-348.
- SHORTRIDGE, E., MILLER, K. (2007). Contra-indicatio to oral contraceptive use among women in the United Stades 1999-2001. *Contraception*, 75(5), pp. 355-360.
- SHOUBE, D. (2006). Oral Contraceptives-Patient Screening and Counseling Pill Selection, and Management Side Effects. In Courrent Clinical. Practice, *The Handbook of Contraception: A Guide for Pratical Management* (pp. 45-65). Humana Press .
- SHOUBE, D., MISHEL Jr, D. (2006). Oral Contraceptives - History, Pharmacology, Metabolic Effects, Side Effects, and Health Benefits. In Courrent Clinical Practice:, *The Handbook of Contraception: A Guide for Pratical Management* (pp. 13-43). New Jersey: Humana Press.
- SIDNEY, S., PETITTI, D., QUESENBERRY, C., KLASTSKY, A., ZIEL, H., WOLF, S. (1996). Myocardial infarction in users of low-dose oral contraceptives. *Obstetrics & Gynaecology*, 88(6) , pp. 939-944.
- SITRUK-WARE, R., NATH, A. (2011). Metabolic effects of contraceptive steroids. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 12(2), pp.63-75
- SKOUBY, S., WAGNER, H., ANDERSEN, O. (1983). The Short-tem effects of a low-dose oral contraceptive on glucose metabolism, plasma lipids anf blood clotting factors. *Contraception*, 28(5), pp. 489-499.

- SMITH, J., GREN, J., BERRINGTON, A., APPEBY, P., PETO, J. P., & BERAL, V. (2003). Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet*, 361(9364), pp. 1159-1167.
- SMITH, M., YOUNGKIN, E. (1984). Current perspectives on combination oral contraceptives. *Clinical Pharmacology*, 3(5), pp. 485-496.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2003). Consenso Sobre Contraceção, pp.3-8.
- Society of Family Planning. (2009). Contraceptive considerations in obese women. *Contraception*, 80, pp. 583-590.
- SOSKA, V., FIALA, J., NEBASKA, K., JARKOVSKY, J., HRUBA, D. (2011). The atherogenic index of plasma is increased by hormonal contraception. *Scandinavian Journal of Clinical & Laboratory Investigation*, 71(2), pp. 94-100.
- SPIRA, A. (1983). Fertility following hormonal contraception (Paris). *Contracept Fertil Sex*, 11(7-8), pp. 903-907.
- SPITZER, W., LEWIS, M., HEINEMANN, L., THOROGOOD, M. (1996). Third generation oral contraceptives and risk of venous thromboembolic disorders: an international case-control study. *British Medical Journal*, 312 (7023), 83-8.
- STAMPFER, M., WILLWT, W., COLDITZ, G., SPEIZER, F., HENNEKENS, C. (1988). A prospective study of past use of oral contraceptive agents and risk of cardiovascular diseases. *The New England Journal of Medicine*, 319(20), pp. 1313-1317.
- STARKS, G. (1984). Therapeutic uses of contraceptive steroids. *The Journal of Family Practice*, 19(3), pp. 15-321.
- STROM, B., TAMRAGOURI, R., MOSE, M., LAZAR, E. W., STOLLEY, P., JONES, J. (1986). Oral contraceptives and other risk factors for gallbladder disease. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 39(5), pp. 335-341.
- SULAK, P. J., COFFEE, A. L. (1995). Combination oral contraceptive pills: How do they differ? *Primary Care Update for OB/GYNS*, 2(6), pp. 207-211.
- THALER, C., KUHL, H., MUECK, A., BIRKHAUSER, M., BRAENDLE, W., NEULEN, J., et al. (2009). Oral contraception - doses and way of administration. *Ther Umsch*, 66(2), pp. 93-99.
- THORNEYCROFT, H. (Outubro de 1990). Oral contraceptives and myocardial infarction. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 163(4 Pt 2), pp. 1393-1397.
- VAN VLIET, H., GRIMES, D., HELMERHORST, F., SCHULZ, K., LOPEZ, L. (2006). Biphasic versus monophasic oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.

VAN VLIET, H., GRIMES, D., HELMERHORST, F., SCHULZ, K., LOPEZ, L. (2006). Biphasic versus triphasic oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.

VAN VLIET, H., GRIMES, D., HELMERHORST, F., SCHULZ, K., LOPEZ, L. (2006). Triphasic versus monophasic oral contraceptives for contraception. *Reviews, Cochrane Database of Systematic*, 3.

VANGE, N. V., BLANKENSTEIN, M., KLOOSTERBOER, H., HASPELS, A., THIJSSSEN, J. (1990). Effects of seven low-dose combined oral contraceptives on sex hormone binding globulin, corticosteroid binding globulin, total and free testosterone. *Contraception*, 41(4), pp. 345-52

VELJKOVIC, M., VELJKOVIC, S. (2010). The risk of breast cervica endometrial and ovarian cancer in oral cpontraceptive users. *Medicinski Pregled (Novi Sad)*, 63(9-10), pp. 657-661.

VESSEY, M., PAINTER, R. (1994). Oral Contraceptive use and benign gallbladder disease; revisited. *Contraception*, 50(2), pp. 167-173.

WEBBERLEY, H., MANN, M. (2006). Oral Contraception-updated. *Current Obstetrics and Gynaecology*, 16(1), pp. 21-29.

WELLS, B., DISPRO, J., SCHWINGHAMMER, T., DIPIRO, C. V. (2009). *Pharmacotherapy Handbook* (7<sup>a</sup> edição ed.). United States of America: The MGrav-Hill Companies, Inc.

WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. (1997). Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives: results of an international multicentre case-control study, *Lancet*, 349(9060), pp. 1202-1209.

WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. (1995). Effect of different progestagens in low oestrogen oral contraceptives on venous thromboembolic disease. *Lancet*, 346(8990), pp. 1582-1588.

WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. (1996). Haemorrhagic stroke, overall stroke risk, and combined oral contraceptives: results of an international, multicare, case-control study. *Lancet*, 318, pp. 505-510.

WONG, C., FARQUHAR, C., ROBERTS, H. (2009). Oral contraceptive pills for primary dismenorrea (Review). *Cochrane Database of Sistematic Reviews* , 15.

World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. (1995). Venous thromboembolic disease and combined oral contraceptives: results of international multicentre case-control study. *Lancet*, 346, pp. 1575-1582.

World Health Organization. (2004). *SELECTED PRACTICE RECOMMENDATIONS FOR CONTRACEPTIVE USE* . Geneva: Department of Reproductive Health and Research Family and Community Health World Health Organization.

World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*.

World Health Organization. (2009). *World Health Statistics 2009*. Printed in France.

World Health Organization. Online em 5 de Junho de 2011, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

WYNN, V. (1985). Influence of progestins on adverse effects of oral contraceptives. *Contracept Fertil Sex* , 13(Suppl1), pp. 425-430.



## 7. Anexos

Anexo I - Questionário para registo de dados demográficos e das noções das participantes em relação aos contraceptivos orais.

Anexo II - Questionário para registo de dados relativos à dinâmica de utilização dos contraceptivos orais.



## Anexo I - Questionário para registo de dados demográficos e das noções das participantes em relação aos contraceptivos orais.

Tendo em conta que este questionário é anónimo, confidencial e de preenchimento voluntário, indique os seguintes dados:

### I. DADOS DEMOGRÁFICOS

Idade: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Solteira

Nível de escolaridade: \_\_\_\_\_

Casada

Número de gravidezes: \_\_\_\_\_

Divorciada

Número de Filhos: \_\_\_\_\_

Viúva

Outro \_\_\_\_\_

### II. ESTILOS DE VIDA

Fumadora?

Sim

Não

Peso: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

### III. PÍLULA

Assinale, com um X em “Sim”, “Não”, “Não sei”, de acordo com a sua opinião em relação à utilização da pílula:

Questão	Sim	Não	Não sei
1. A pílula normalmente causa aumento significativo do peso?			
2. A pílula normalmente aumenta o apetite?			
3. A pílula normalmente aumenta a acne facial e a quantidade de pêlos no corpo?			
4. A pílula pode afectar o desejo sexual?			
5. A pílula influencia o humor?			
6. O uso de pílula durante a adolescência aumenta significativamente o risco de cancro da mama?			
7. A pílula normalmente causa infertilidade futura?			
8. O uso da pílula é perigoso para a sua saúde?			
9. As adolescentes fumadoras podem tomar a pílula de forma segura?			
10. É necessário fazer pausas no uso da pílula para “descansar o corpo”?			

Obrigado pela Colaboração.



## Anexo II - Questionário para registo de dados relativos à dinâmica de utilização dos contraceptivos orais.

### I: CONTRACEPTIVOS ORAIS

1. Qual a pílula que toma? \_\_\_\_\_

2. Há quanto tempo toma? \_\_\_\_\_

3. Alguma vez deixou de tomar a pílula?

Sim

Não

(Responder à questão 8) (Não é preciso responder à questão 8)

4. Principal razão pela qual toma a pílula:

Como método contraceptivo

Acne

Hirsutismo

Outro \_\_\_\_\_

5. Prescrita pelo médico (pelo menos para o início do uso da pílula)?

Sim

Não

6. Já alguma vez trocou de pílula?

Sim

Não  (Passar para questão 9)

Pílulas anteriormente usadas

\_\_\_\_\_

7. Motivos da troca de pílula:

Efeitos secundários (pelo menos um dos seguintes: acne hirsutismo, retenção de líquidos, aumento de peso, hemorragias, tensão mamária, náuseas, dores de cabeça, etc)

Controlo inadequado do ciclo menstrual

Preço do contraceptivo/ Comparticipação

Mudança para genérico da pílula

Mudança da geração de contraceptivo

Outro: \_\_\_\_\_

7. Iniciativa da mudança:

Aconselhamento médico

Iniciativa própria

Outro \_\_\_\_\_

8. Razão da descontinuação da pílula:

Procedimentos de esterilização feminina/ masculina

Outros métodos contraceptivos artificiais\* ou naturais\*\*

Período de tempo sem necessidade de contraceção

Relações sexuais ocasionais

Efeitos secundários da pílula/ fraco controlo do ciclo menstrual

Aconselhamento médico

Outro \_\_\_\_\_

\*Dispositivo intrauterino, preservativo, adesivo contraceptivo, anel vaginal, etc

\*\*Métodos do calendário, do muco, da temperatura ou do coito interrompido

### II: COMPLIANCE DA ADMINISTRAÇÃO DOS CONTRACEPTIVOS ORAIS

9. Toma a pílula todos os dias (sem esquecimentos)?

Sim

Não

(Passar para questão 13)

10. Altura do ciclo menstrual em que ocorre esquecimentos? (com maior frequência)

Semana 1       Semana 3   
Semana 2       Semana 4

11. Como procede em caso de esquecimento de alguma toma?

---

---

---

12. Em caso de esquecimento, recorre a um segundo método contraceptivo?

Sim       Não

13. Alguma vez recorreu à contracepção de emergência (pílula do dia seguinte)?

Sim       Não

14. Procedimento em caso de vómitos e/ou diarreia?

---

---

---

### III: EFEITOS ASSOCIADOS AO USO DOS CONTRACEPTIVOS ORAIS

15. Controlo do perfil lipídico?

Sim       Não

16. Controlo dos valores de Pressão arterial?

Sim       Não

### IV: CONDIÇÕES CLÍNICAS CONCOMITANTES

17. Possui algum problema de saúde ou doença?

Sim       Não

Qual/Quais?

História de trombose, tromboflebite ou embolismo pulmonar

Factores de risco para DCV (HTA, diabetes, dislipidémia)

Doença cardiovascular

Outro \_\_\_\_\_

### V: INTERACÇÕES

18. Toma outros medicamentos?

Sim       Não

Qual? \_\_\_\_\_

19. Consome outro tipo de produtos (não considerados medicamentos)?

Hipericão (Erva de S. João)

Outro \_\_\_\_\_

20. Sempre que é introduzido ou retirado um medicamento que precauções toma em relação à pílula:

Consulta o Folheto Informativo

Consulta o Farmacêutico

Consulta o Médico

Nenhuma precaução adicional

Outro \_\_\_\_\_

Obrigado pela Colaboração.