

MARIA CRISTINA DE OLIVEIRA

**BAIXA ADESÃO AOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS:
investigando causas e motivações**

CAMPOS GERAIS/MINAS GERAIS

2010

MARIA CRISTINA DE OLIVEIRA

**BAIXA ADESÃO AOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS:
investigando causas e motivações**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Professora Dra. Clarice Marcolino

CAMPOS GERAIS/MINAS GERAIS

2010

MARIA CRISTINA DE OLIVEIRA

**BAIXA ADESÃO AOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS:
investigando causas e motivações**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Professora Dra. Clarice Marcolino

Banca Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte _____/_____/_____

Dedico este trabalho a todas as mulheres que são a manifestação do poder de criação.
Agradeço a Deus por ter me iluminado e dado força, fazendo com que tudo valesse a pena.
Agradeço, imensamente, ao meu Pai (in memoriam) e minha mãe pelos princípios inabaláveis que guiaram suas vidas e, assim, nos educaram para interesses intelectuais.
Agradeço minha mãe Olímpia, minha sobrinha Cissa Martina e meu namorado Anderson pelo incentivo e apoio nas horas em que mais precisei.
Agradeço a Profa. Dra. Clarice Marcolino pela atenção, orientação e apoio.
Muito obrigada.

RESUMO

Esse trabalho busca conhecer as condições de acesso das mulheres às atividades de atenção e aos métodos contraceptivos, evidenciando a importância do cumprimento da prescrição como um dos maiores problemas que a contracepção apresenta. A tentativa é de conhecer as causas da não adesão aos métodos contraceptivos, os problemas originados desse comportamento e a maneira como enfrentá-los, de forma a contribuir para o debate sobre a adesão à contracepção. Para isso, traçou-se uma linha de pesquisa bibliográfica e investigativa, para evidenciar a contribuição de vários autores sobre o assunto abordado, e compreender que essa questão se origina da falta de informação, de educação e das dificuldades para se manter uma rotina que requeira o uso diário dos métodos contraceptivos. Valendo-se das informações desses autores, no que se refere à contracepção e planejamento familiar, buscou-se delinear os passos percorridos pelos serviços públicos a favor delas, de forma a entender porque a atenção ao planejamento familiar continua a ser marcada pela indisponibilidade de métodos contraceptivos nos serviços públicos de saúde e à não adesão das mulheres aos métodos ali oferecidos. Mais que compreender as causas da não adesão buscou-se conhecer a provisão de insumos contraceptivos para os serviços públicos de saúde e os motivos que levam à descontinuidade e baixa efetividade da contracepção.

Palavras chaves: não adesão, contracepção, planejamento familiar.

ABSTRACT

This work seeks to meet the conditions of access of women to the activities of attention and contraceptive methods, highlighting the importance of complying with the requirement as one of the biggest problems that contraception presents. The attempt is knowing the causes of non-adherence to contraceptive methods, the problems arising from this behavior and how to face them, in order to contribute to the debate on the accession to contraception. To do this, set a bibliographic search and investigative, for highlight the contributions of several authors on the subject, and understand that this question originates from lack of information, education and the difficulty to maintain a routine that requires daily use of contraceptive methods. By of information from these authors, with regard to family planning, contraception and sought to outline the steps taken by the public services in favour of them, in order to understand why the attention to family planning continues to be marked by the unavailability of contraceptive methods in public health services and the failure of women to the methods offered there. More than understanding the causes of non-adherence sought to know the provision of contraceptive supplies to public health services and the reasons that lead to discontinuities and low effectiveness of contraception.

Keywords: non-adherence, contraception, family planning.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. METODOLOGIA.....	11
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	12
3.1 Alguns fatores relacionados a não adesão: uma aproximação do conceito para a sua compreensão.	12
3.2. Abordagem ao paciente.....	16
3.3 As políticas de apoio ao planejamento familiar	19
3.4 A evolução dos programas de planejamento familiar e a oferta de métodos contraceptivos no Brasil.....	21
3.5 A adesão à contracepção, aconselhamento e sexo seguro	23
3.6 Descontinuação e não uso de métodos contraceptivos	29
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

1. INTRODUÇÃO

O assunto aqui escolhido sobre as prováveis causas à resistência e à falta de adesão ao planejamento familiar e aos métodos contraceptivos induz-nos a perceber que tratar das questões relacionadas à terapêutica faz-se *mister* e relevante, já que a adoção dessa prática favorece, indiscutivelmente, o sucesso da terapia proposta, a cura de uma enfermidade, o controle de uma doença crônica, a prevenção de uma patologia (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Conforme conceituam Leite e Vasconcellos (2003, p. 777), “a adesão é compreendida como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento, percebe-se que representa a etapa final do que se sugere como uso racional de medicamentos. Estar aberto à adesão torna-se, portanto, fator responsável pela procura de uma vida saudável e assistida”.

A preocupação dos profissionais e autoridades de saúde justifica-se quando se reconhece que a “não adesão”, em algum grau, é universal (JORDAN *et al.* 2000). O que se faz premente é que sejam estabelecidos meios para incentivar a adesão, ou seja, que a população seja estimulada a aderir ao prescrito profissionalmente, não de forma aleatória, mas com a responsabilidade e compreensão necessárias à sua efetiva utilização.

Dessa maneira, cumpre-nos responder as muitas indagações surgidas daí, pois, se existe o desejo de se tratar e obter alívio para suas mazelas, porque não aderir?

São muitos os fatores a serem considerados. Dentre os mais prováveis ou mais citados pelos autores, aparecem a falta de acesso aos medicamentos, alto custo, efeitos colaterais causados pela terapia, falta da real compreensão da enfermidade e ainda, o próprio profissional da saúde (LEITE, VASCONCELLOS, 2003).

Considerar a relevância desses fatores abrevia o entendimento para a não-adesão, muito embora devam ser tratados de forma a garantir que a população seja esclarecida e parta para a adesão, já que, como se sabe, tratar de maneira efetiva e correta uma situação de desconforto, é mais responsável e eficaz.

O que se deve perceber, entretanto, é que vistos e considerados individualmente, nem sempre esses fatores revestem-se de importância ímpar. Considerar a associação deles pode vir a beneficiar a compreensão da não-adesão e tratá-los com a responsabilidade que

exigem, pode ser uma questão relevante para se encontrar a resposta para tão inquietante dúvida.

O PSF 01 “Caminhando com a saúde” está localizado no Bairro Bom Retiro do Município de Carmo da Cachoeira (MG), que é constituído por aproximadamente 2.000 habitantes, onde a população local é basicamente de baixa renda e está localizado na periferia da cidade.

Na Unidade de saúde, existe o programa de planejamento familiar, mas não funciona como deveria pela falta de adesão e participação das mulheres nas reuniões realizadas, pela falta de métodos contraceptivos para serem oferecidos, pela inexistência de um centro de referência em técnicas de concepção e contracepção. Com isso, só faz crescer o número de casos de gestações não planejadas, principalmente em adolescentes, abortos provocados e demais agravos relacionados à saúde.

A equipe de saúde da família vem se empenhando em desenvolver ações estratégicas focadas para enfrentar a problemática da não adesão ao planejamento familiar e aos métodos contraceptivos. Entretanto, as medidas adotadas, tais como grupos educativos e visitas domiciliares, com a finalidade de esclarecer a importância de um bom planejamento familiar, métodos contraceptivos, tipos existentes, como utilizá-los, vantagens e desvantagens ainda não tem produzido o efeito necessário na adesão, aumentando assim o número de gestações e agravos à saúde destas mulheres.

A adesão está diretamente relacionada à disponibilidade de medicamentos. No município a única farmácia básica existente está localizada no Centro de Saúde, dificultando ainda mais o acesso a ele.

A partir dessas considerações escolhi estudar a falta de adesão ao planejamento familiar e aos métodos contraceptivos no Bairro Bom Retiro do Município de Carmo da Cachoeira (MG). Além dos inúmeros esforços da equipe de saúde em melhorar a adesão dessas famílias, há a necessidade de parcerias com entidades governamentais e não governamentais, capacitação da equipe, melhora na oferta e acesso aos medicamentos para que ocorra uma maior eficiência e resolubilidade do serviço de saúde.

O tema aqui abordado, foi escolhido por despertar a preocupação com a falta de adesão aos métodos contraceptivos e pela dificuldade que se percebe quanto à sequência do uso de medicamentos que necessitam dessa constância e regularidade para se alcançar resultados eficazes.

Esse estudo tem como objetivo principal, compreender as possíveis causas que levam as mulheres a não adesão a métodos contraceptivos e sua influência no planejamento familiar. Tem ainda o intuito de refletir, teoricamente, a visão dos autores acerca da adesão à terapêutica, os fatores a ela relacionados e a compreensão que se tem do fenômeno.

A saúde da mulher, pela adesão aos métodos contraceptivos, torna-se melhor amparada, já que a constância, regularidade, periodicidade no uso desses medicamentos possibilita alcançar uma qualidade de vida favorável e amplamente saudável.

Conhecer mais efetivamente os métodos contraceptivos e a contribuição deles para a manutenção da saúde e prevenção de doenças é fator preponderante para a manutenção da adesão, o que só tem a contribuir com essa prática.

Incentivar a adesão aos métodos contraceptivos possibilita minimizar as situações de risco a que estão expostas as mulheres que não se aderem a ela, de maneira que venham a favorecer a tranqüilidade de uma vida bem cuidada e resguardada de indesejáveis problemas.

2. METODOLOGIA

Para desenvolver este estudo de revisão bibliográfica do tipo narrativa foram realizadas pesquisas na Literatura da América Latina e Caribe –LILACS, no portal CAPES, além de consultas a documentos do Ministério da Saúde e ao acervo da biblioteca da Univas – Universidade do Vale do Sapucaí.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Alguns fatores relacionados a não adesão: uma aproximação do conceito para a sua compreensão.

Antes de se tratar da questão problemática da não-adesão aos métodos contraceptivos, faz-se *mister* compreender, de início, uma definição do conceito de adesão aplicado à contracepção, considerando-se a opinião de alguns autores:

- Costa e Leal (2005) nos orientam que a adesão (aquiescência), termo originado da expressão inglesa “*compliance*”, não é fácil de ser definida. Seu conceito aplica-se a qualquer tratamento clínico e farmacológico e pode ser entendida como até que ponto o paciente aceita e acata as prescrições dos técnicos de saúde, imputando-lhe um papel de passividade diante da situação.
- Turk e Meichenbaum apud Costa; Leal (2005) demonstram que, embora existam dois termos paralelos relacionados a esse conceito, seus conteúdos se apresentam bem distintos:

O termo “*compliance*” é entendido como a medida em que, o paciente é obediente e segue estritamente as instruções e prescrições dos técnicos de saúde, conotando com este termo um papel passivo para o paciente. “*Noncompliance*”, implica ainda neste sentido, uma atitude negativa relativamente ao paciente, sendo este freqüentemente entendido como o responsável por não aderir ao prescrito. (TURK e MEICHENBAUM, apud Costa; Leal, 2005, p. 248).

Ainda de acordo com os mesmos autores, o termo “*adherence*” é compreendido como sendo mais ativo, implicando um envolvimento voluntário, mais colaborante em aceitar um determinado comportamento com o qual, pretende atingir um resultado desejado, preventivo ou terapêutico. Eles sublinham ainda, que “*adherence*” implica escolha e reciprocidade no planejamento e implementação do tratamento.

Costa; Leal (2005) citam Torrinha (1999) que diz que em concordância a esse termo “*adherence*” e seu conceito já referido, o termo adesão, na Língua Portuguesa é um termo concordante, tendo na base de sua definição conceitos essenciais como união e

consentimento, pressupondo nesse sentido, a figura participativa e responsável do indivíduo em qualquer programa de saúde.

Os termos utilizados para definir a adesão refletem qual a compreensão que os autores possuem sobre o papel dos atores no processo.

Segundo Brawley e Culos-Reed (2000), citados por Costa; Leal (2005) os termos mais utilizados na língua inglesa *adherence* e *compliance* têm significados diferentes. Para os autores, o termo *compliance*, que pode ser traduzido como obediência, pressupõe um papel passivo do paciente, e *adherence*, ou aderência como o termo utilizado para identificar uma escolha livre das pessoas de adotarem ou não certa recomendação.

O entendimento do papel do paciente como sujeito ativo, que participa e assume responsabilidades sobre seu tratamento, que adere ou não, é defendido por outros autores, como Milstein-Moscatti *et al.* (2000), Conrad (1985) e Dowell e Hudson (1997), conforme nos remete Costa; Leal (2005, p.777).

Seguindo a linha de pensamento e o reconhecimento de que vários autores concordam que o problema da baixa adesão às prescrições de saúde em si, ocorrem em níveis bem impactantes, Dunbar-Jacob, Burke e Puczynski *apud* Costa & Leal (2005, p.249) alertam que esse percentual alcança 80% dos pacientes que não aderem ao seu tratamento na medida suficiente.

Doenças de evolução crônica, como hipertensão e diabetes e indivíduos com artrite reumatóide, asmáticos, epiléticos, com doença mental e crianças com doença crônica, vêm recebendo atenção especial em saúde, e a adesão à contracepção apresenta características comuns ao tratamento dessas doenças.

O essencial na problemática da adesão é que haja, numa primeira fase, a compreensão do tipo de solicitação que é efetuada.

Baynard *apud* Costa; Leal (2005) considera quatro tipos distintos:

- Solicitações de adesão por um curto período, com um tratamento simples, como seja, o uso de um antibiótico durante 7 dias, três vezes ao dia;
- Solicitações para o incremento de comportamentos positivos ao estilo de vida, como seja, a indicação de aumentar a ingestão de legumes e o exercício físico;
- Solicitações para abandonar determinados comportamentos prejudiciais, como seja, o deixar de fumar;
- Solicitações de adesão a regimes terapêuticos por longos períodos, como seja, o caso dos diabéticos e hipertensos.

Considerando tais solicitações, a conclusão a que se chega é que, em se tratando de métodos contraceptivos, a adesão se dará por um longo período, exigindo-se do paciente

um comportamento periódico e sistemático. Dessa maneira, percebe-se que, atualmente, a contracepção permite que se planeje a gravidez, levando-se a crer que uma gravidez imprevista tem a ver com a não adesão aos métodos contraceptivos.

Os autores Turk e Meichenbaum (1991) *apud* Costa; Leal (2005, p.248) nos auxiliam ressaltando que não se deve rotular os indivíduos como aderentes ou não, já que cada um deles pode apresentar níveis de adesão diferentes em diferentes aspectos do tratamento ou manifestar adesão variável em diferentes momentos de sua vida. Em cada indivíduo estão presentes fatores que condicionam os níveis de adesão em diferentes momentos ou circunstâncias.

Esses fatores podem ser agrupados, segundo Dunbar-Jacob, Burke e Puczynski *apud* Costa; Leal (2005, p.249):

- **Características do regime terapêutico:** quanto maior for a frequência em que o regime tem que ser repetido maior a probabilidade de episódios de não adesão, que tende a diminuir ao longo do tempo;
- **Característica de prestador de cuidados:** eles defendem que as habilidades relacionais dos prestadores de cuidados e suas atitudes perante os pacientes são fatores chave na adesão aos regimes terapêuticos, pois são mais afáveis e dedicados, o que induz a maiores níveis de adesão;
- **Características do paciente ou utente:** fatores demográficos, sócio-econômicos, gênero, estado civil e idade ainda não foram consistentemente relacionados com a adesão; a relação entre características da personalidade e adesão não foi ainda claramente definida; encontrou-se relação entre alguns elementos cognitivos e a adesão; as expectativas de auto-eficácia e suporte social estão entre as características relevantes identificadas.

Estando os profissionais de saúde informados a esse respeito, poderão traçar estratégias mais eficientes para a promoção da saúde, incrementando-se a adesão aos regimes terapêuticos.

As autoras Costa; Leal, (2005, p.250) ao estudarem as dimensões sócio-cognitivas da adesão das mulheres à contracepção ressaltam o conceito de auto-eficácia como fator importante para a compreensão da adesão a regimes terapêuticos:

“A crença de se poder actuar adequadamente numa situação particular, foi definida como conceito por Albert Bandura em 1977 e denominada como auto-eficácia. Este autor acredita que *«among the different aspects of self-knowledge, perhaps none is more influential in people's everyday lives than conceptions of their personal efficacy»*.

A teoria da auto-eficácia diz respeito à tendência natural que o homem tem de controlar os acontecimentos em sua vida, que depende da capacidade individual para

controlar e gerir esses acontecimentos ou situações. Neste sentido, Ribeiro, 1995, *apud* Costa; Leal (2005, p.250) esclarece que:

“as pessoas tendem a evitar as situações que julgam exceder as suas capacidades e a enfrentar aquelas que se julgam capazes de gerir. De facto quanto maior for a percepção de eficácia mais persistente o esforço: aqueles que se sentem incapazes de fazer frente às exigências da situação evitam envolver-se nela recorrendo às mais variadas justificações. Estas preocupações dificultam a acção e deslocam a atenção da tarefa para a centrar em si próprio.”

Assim, afirma que a percepção da autoeficácia é relativa às convicções que os indivíduos possuem nas suas capacidades de organização e execução de ações, no sentido de gerir prováveis acontecimentos.

Ribeiro (1995) *apud* Costa; Leal (2005, p.250) acredita, também, que a crença de poder atuar adequadamente numa situação particular, influencia o sentido da ação escolhida, o esforço despendido, o tempo de persistência face aos obstáculos e às experiências de insucesso. Além disso, induz a sua resistência à adversidade, a forma como os seus padrões de pensamento funcionam face ao estímulo negativo ou positivo, quais os níveis de *stress* e depressão irão experimentar ao lidar com sobrecargas de exigências ambientais e os seus níveis de realização.

O autor acrescenta, também, que as expectativas de autoeficácia se traduzem na convicção de executar com êxito os comportamentos necessários para atingir as conseqüências desejadas.

As autoras Costa; Leal (2005) comentam que vários outros autores trataram o mesmo assunto e dentre eles citam Ribeiro (1975, p. 3)) quando aponta que a teoria da autoeficácia apresentada por Bandura é uma das variáveis mais importantes dos últimos anos, no âmbito da promoção e proteção da saúde e também na prevenção e reabilitação das doenças

Em 1992, Schwarzer *apud* Costa; Leal (2005, p. 251) destaca a importância da autoeficácia, teorizando que, considerando-se determinados comportamentos, ela se revela como melhor preditor das intenções e da mudança de comportamentos, fato este confirmado por investigações que revelaram notório o uso efetivo de contraceptivos.

Da mesma forma as autoras mostram que, a auto-eficácia, segundo Levinson (1996) *apud* Costa; Leal (2005, p. 251) funciona como contributivo importante na escolha de métodos contraceptivos mais eficazes, assim como os estudos referidos por Oddens (1997) *apud* Costa; Leal (2005, p. 251) e realizados por Brafford e Beck (1991), por

Basen-Engquist e Parcel (1992) e Kasen, Vaughan e Walter (1992) *apud* Costa; Leal (2005, p. 251) documentam a associação entre a auto-eficácia e o uso correto de preservativo.

No texto de Costa; Leal (2005) Cheever (1999) diz que são diversos os fatores que interferem na adesão.

Ainda considerando os textos de Costa; Leal (2005) Chesney (1997) e Gifford (2000), apontam alguns desses fatores como o esquecimento, isolamento social, efeitos adversos, interação com outras drogas, depressão, mudanças na rotina, crenças pessoais sobre a gravidade da doença, percepção da falta de benefícios do tratamento, formulação dos medicamentos, complexidades do esquema, falta de supervisão adequada, doença grave concomitante, uso de álcool ou drogas ilícitas, não compreensão sobre a relação entre não adesão e resistência.

Segundo Gallant (1998) *apud* Rachid (2005, p. 39) a adesão não tem relação com o salário, classe social, ocupação ou nível educacional. A preocupação aumenta ao se perceber que aqueles que não aderem de forma efetiva, ou, pelo menos, resistem à adesão, demonstram mais suscetibilidade ao aumento de riscos.

3.2. Abordagem ao paciente

Existem diferentes métodos para medir a adesão, incluindo dispositivos eletrônicos, mas há indícios de que perguntar diretamente ao paciente ainda é o melhor (Icovicks, *apud* Rachid (2005, p. 39).

É fundamental que o paciente receba explicações sobre o que significa adesão para que seja possível atingir o sucesso terapêutico sem o ônus da falha, da resistência e da falta de opções futuras. Não importa se ele tenta tomar os medicamentos corretamente e sim que realmente não esqueça nenhuma dose e nem cometa erros em relação às quantidades prescritas.

Outro fator frequentemente esquecido pelos médicos e pelos pacientes são as interações medicamentosas que podem levar ao comprometimento da eficácia do esquema de forma irreversível. O ideal seria fornecer ao paciente uma lista com os nomes de medicamentos que oferecem maior risco.

É importante ressaltar que a adesão está diretamente relacionada à disponibilidade de medicamentos nas farmácias. Os programas não podem permitir falhas na entrega das drogas nem gerar expectativas e medos diante da possibilidade de falta. O controle do fornecimento dos medicamentos feito pelas farmácias (data de entrega, quantidade, retornos) pode contribuir bastante com a adesão.

É fundamental continuar identificando que fatores estão associados à não-adesão nas diferentes populações para encontrar o melhor programa de intervenção que possa contribuir para prevenir a resistência à terapia, garantindo o sucesso por tempo prolongado.

Segundo Rachid (2005, p.39) algumas estratégias podem ser utilizadas para melhorar a adesão:

- . Explicar ao paciente o conceito de adesão e sua importância. Dizer que adesão significa tomar os medicamentos nas doses prescritas, nos horários corretos e seguindo a maneira como foram recomendados.
- . Deve saber que atrasos e perdas de doses permitem o aumento do problema e a resistência à medicação significa risco elevado de falta de opções terapêuticas futuras.
- . Atrasar ou antecipar as doses pode ser tão grave como não tomar os medicamentos: um alto grau de adesão é muito importante para o êxito do tratamento.
- . O acesso fácil à equipe profissional contribui muito para que a importância da adesão seja compreendida.
- . Integrar o regime ao estilo de vida.
- . Adaptar o regime à rotina diária.
- . Gestantes e crianças devem receber cuidados especiais para reforçar a adesão.

Na temática da adesão em saúde, vários autores documentam o papel do suporte social como variável a ter em conta.

Costa; Leal (2005) citam que Baynard (1996) realça o importante papel desempenhado pelos profissionais de saúde no estímulo à adesão, não só no uso de estratégias de interação face a face, mas também na mobilização de outros recursos como a participação de membros da família nos cuidados de saúde. Este autor acredita que os técnicos de saúde podem melhorar o suporte social disponível dos indivíduos.

As mesmas autoras nos remetem ao que Turk e Meichenbaum (1991) defendem:

Se os profissionais de saúde pretendem incrementar a adesão e não apenas lamentar os insucessos, deverão considerar as perspectivas do indivíduo e as suas expectativas, entre as quais se incluem as expectativas de autoeficácia e o envolvimento familiar. (TURK & MEICHENBAUM, *apud* Costa; Leal, 2005, p. 254).

Da mesma forma, Dunbar-Jacob et al. *apud* Costa; Leal (2005), ao abordarem a temática da adesão em saúde, defendem que:

As intervenções com vista à adesão consistem geralmente em estratégias educativas, comportamentais, de autoeficácia e de suporte social, acrescentando que as condições educativas que contemplam o suporte familiar demonstram maiores níveis de adesão do que as que não o fazem. (DUNBAR-JACOB *et al*, 1996, p.313-349 *apud* Costa; Leal, 2005, p.254).

O suporte social aqui mencionado surge como um importante componente promotor da saúde, não só favorecendo a reabilitação dos indivíduos em desequilíbrio, mas também fomentando a adoção e manutenção de comportamentos saudáveis.

Williams e House (1991) *apud* Costa; Leal (2005) acreditam que o suporte social abrange intercâmbios afetivos, informativos e instrumentais, sendo provavelmente, a nível relacional, o aspecto central da promoção da saúde. (Williams e House, 1991, p. 147-172, *apud* Costa; Leal, 2005, p. 254).

Dunst e Trivette (1990) *apud* Costa; Leal (2005), por sua vez, fazem uma distinção relativa às fontes de suporte social:

Suporte social informal: onde se incluem os indivíduos e os grupos sociais em condições de fornecer apoio face aos acontecimentos do dia a dia;
Suporte social formal: abrange organizações sociais formais como hospitais, determinadas estratégias ou programas governamentais e determinados profissionais como médicos, enfermeiros, psicólogos, que se encontram organizados no sentido de fornecer assistência a quem necessite. (DURST E TRIVETTE, 1990, p. 326-349 *apud* Costa; Leal, 2005, p. 254).

Para que a compreensão seja possibilitada, vale-se comentar que o **suporte social formal** remete-nos às entidades organizadas estrutural e funcionalmente, prontas a fornecer o apoio necessário aos indivíduos ou comunidades, munidas de competências técnicas e recursos materiais para isso.

Tratando-se da temática da adesão à contraceção, a atenção centraliza-se essencialmente na prestação de cuidados de saúde primários e em todo o conjunto de estratégias encontradas pelas entidades governamentais ou outras, com vista à promoção da saúde sexual e reprodutiva dos indivíduos. Isso evidencia o direito que homens e mulheres possuem de serem adequadamente informados e terem acesso aos métodos de planeamento familiar que escolherem e que esses sejam seguros e eficazes e que o acesso

a esses serviços lhes proporcione uma correta vigilância de saúde, independentemente da sua idade, estado social ou condição econômica. (Costa; Leal, 2005).

3.3 As políticas de apoio ao planejamento familiar

O Sistema único de Saúde (SUS) foi criado em 1988, com a Constituição Federal, com o intuito de garantir a saúde para todos, através de políticas sociais e econômicas voltadas tanto para a “redução dos riscos de doenças e de outros agravos”, quanto “ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (PINHEIRO e MATTOS, 2001).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. Assim, é desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas sob a forma de trabalhos em equipe dirigidos a populações de territórios bem delimitados. Além disso, considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio cultural, e tem como prioridade de reorganização desse novo modelo, a Estratégia Saúde da Família – ESF (BRASIL, 2002).

Franco e Merhy (2000) falam de seu objetivo como “a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social”.

Dentre os programas que a Estratégia Saúde da Família – ESF (BRASIL, 2002) aborda está o Programa Saúde da Mulher que tem como um dos enfoques o Planejamento Familiar, regulamentado e aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República em 1996 (BRASIL, 2002 *apud* WOLF, NOGUEIRA e LAVORENTE, 2008).

Essa medida, ou seja, o planejamento familiar que é um dos enfoques do Programa Saúde da Mulher, já mencionado, surgiu para que se democratizasse o acesso aos meios de contracepção ou de concepção nos serviços públicos de saúde, ao mesmo tempo em que regulamenta essas práticas na rede privada, sob controle do SUS. Os primeiros programas de planejamento familiar surgiram na década de 50, com o objetivo de reduzir o excessivo

crescimento da população. Surgiram daí políticas estratégicas e programas visando o desenvolvimento e a introdução de métodos anticoncepcionais (RODRIGUES, 1990 *apud* WOLF, NOGUEIRA e LAVORENTE, 2008).

Com o advento da ruptura com o clássico e exclusivo papel social que lhes era atribuído pela maternidade, as mulheres brasileiras viram ampliadas suas aspirações de cidadania, ao introduzirem-se no mercado de trabalho. Conseqüentemente, controlar a fecundidade e praticar a contracepção passaram a fazer parte dos planos e aspirações femininos, tal qual a vivência plena da sexualidade, desvinculada da maternidade (COSTA, GUILHEM, SILVER, 2006).

Com a aprovação da Constituição Federal de 1988, o planejamento familiar torna-se um direito legal do cidadão, e a sua regulamentação encontra-se no parágrafo 7 do Art, 226 da Lei 9.263/1996, remete-nos a entendê-lo como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direito igual de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde, sendo proibida a utilização de ações para qualquer tipo de controle demográfico (COSTA, GUILHEM, SILVER, 2006).

No Brasil, a atenção ao planejamento familiar continua a ser marcada pela indisponibilidade de métodos contraceptivos necessários nos serviços públicos de saúde, pela capacitação desigual e insuficiente dos profissionais para atuarem nessa área, e por motivos diversos, pela dificuldade de adesão aos métodos contraceptivos. Muito importante para o fator da adesão em si, é que sejam considerados, ainda, os métodos relativos à contracepção adotados pelo paciente (WOLF, NOGUEIRA e LAVORENTE, 2005, p. 39).

O acesso à informação de boa qualidade e a disponibilidade de alternativas contraceptivas são aspectos fundamentais nos programas de planejamento familiar, destinados não apenas aos adolescentes, mas à população em geral. O conhecimento inadequado sobre qualquer método anticoncepcional pode ser um fator de resistência à aceitabilidade e uso desse método.

Do mesmo modo, alto nível de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais não determinará nenhuma mudança de comportamento se os métodos contraceptivos não estiverem acessíveis à livre escolha das pessoas.

Prestadores de cuidados de saúde devem perceber o impacto que podem ter sobre a educação do paciente, processo decisório e cumprimento final com um método

contraceptivo. É o paciente, entretanto, que, em última instância, toma a decisão, seja ativa ou passivamente, ao cumprimento ou não de se ter uma gravidez não planejada.

De acordo com Martins et. al, (2006):

No Brasil, os estudos com adolescentes escolares inseridos em diferentes contextos socioeconômicos são escassos, visto que a maioria deles abordam jovens das escolas públicas, provavelmente porque as instituições particulares tem maior resistência em consentir atividades de pesquisa entre seus alunos. As diferenças socioeconômicas e culturais da população do País podem influenciar no conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. As mesmas autoras alertam que, possivelmente, os dados obtidos unicamente da avaliação de adolescentes das escolas públicas, não expressam a realidade da população escolar dessa faixa etária.

Muitos pacientes não seguem seu método contraceptivo como especificamente prescrito, e isto influencia diretamente o abandono à eficácia do método. Para agravar a situação, as taxas de sucesso e fracasso para contraceptivos e diferentes métodos são geralmente baseadas em condições de plena conformidade, que são difíceis de definir e avaliar.

3.4 A evolução dos programas de planejamento familiar e a oferta de métodos contraceptivos no Brasil

Os primeiros programas de planejamento familiar surgiram na década de 50, com o objetivo de reduzir o excessivo crescimento da população, promoveram-se então, políticas para diminuir o crescimento demográfico e para melhorar os indicadores quantitativos de saúde pública associados ao subdesenvolvimento, como a morbidade e mortalidade materno-infantil. Essas políticas incluíam estratégias e programas visando ao desenvolvimento e à introdução de métodos anticoncepcionais. Os programas educativos da época incluíam mensagens que associavam altas taxas de natalidade à pobreza. (RODRIGUES, 1990).

Ao longo do processo de consolidação da sociedade capitalista o estado brasileiro adotou uma postura pró-natalista, mas, principalmente, a partir dos anos 60, pressões americanas forçaram a entrada de entidades internacionais no Brasil, que tinham como

principal objetivo controlar o crescimento populacional dos países pobres (BRASIL, 1987 *apud* WOLF, NOGUEIRA e LAVORENTE, 2008).

Nos anos 70, a fragilidade política com que o Ministério da Saúde enfrentava o tema do planejamento familiar criou um vácuo institucional do Estado e favoreceu a ação das instituições de cunho controlista, que agiam de forma desordenada em todo o território nacional. Dentre essas, a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BENFAM) e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC) foram as de maior relevância (COSTA, GUILLEM, SILVER, 2006).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 2004).

As atividades desenvolvidas no planejamento familiar envolvem necessariamente atividades educativas, que tem o objetivo de oferecer os conhecimentos necessários para escolha e utilização dos métodos anticoncepcionais, aconselhamento, através da escuta ativa individualizada e as atividades clínicas, que podem ter a participação de todos os profissionais de saúde, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde da mulher (BRASIL, 2002 *apud* WOLF, NOGUEIRA e LAVORENTE, 2008).

A assistência em anticoncepção pressupõe a oferta de todas as alternativas possíveis de métodos anticoncepcionais, o conhecimento de suas indicações, contra-indicações, implicação de uso, garantindo à mulher ou ao casal os elementos necessários para a opção do método que a eles melhor se adapte (BARROS, 2002).

A diversidade de métodos contraceptivos contrasta com a dificuldade no acesso e limitada informação sobre a ampla variedade de métodos existentes, indicando um descompasso entre o que é proposto pelo programa de planejamento familiar e aquilo que é efetivamente implementado (PANIZ, FASSA E SILVA, 2005).

Existem várias alternativas de métodos anticoncepcionais aprovados pelo Ministério da Saúde – MS, cabendo aos serviços e aos profissionais a oferta de todos os métodos, bem como o esclarecimento de suas indicações, contra-indicações e implicações do uso, além das suas características, incluindo sua eficácia, efeitos secundários, aceitabilidade, disponibilidade, facilidade de uso, reversibilidade e proteção às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e infecção pelo HIV, dando a mulher oportunidade de livre escolha (BRASIL, 2002 *apud* WOLF, NOGUEIRA e LAVORENTE, 2008).

Nos últimos anos, o principal indicador de qualidade de programas de planejamento familiar é a satisfação das usuárias, que depende principalmente do tipo de atendimento oferecido. A qualidade no atendimento é de difícil definição, mas existe consenso entre pesquisadores da área de que a orientação é de fundamental importância (BARROS, 2002).

Subentende-se, por todo o exposto, que a atenção ao planejamento familiar no Brasil continua a ser marcada pela indisponibilidade de métodos anticoncepcionais necessários nos serviços públicos de saúde, pela capacitação desigual e insuficiente dos profissionais para atuarem nessa área, e por motivos diversos, à dificuldade de adesão aos métodos contraceptivos.

O que observa, ainda, é a dificuldade de funcionamento de um sistema de referência e contra-referência para as ações de planejamento familiar, fundamental para racionalizar a utilização dos recursos disponíveis, pois embora os métodos mais conhecidos sejam o anticoncepcional oral, preservativo masculino, laqueadura tubária, DIU, anticoncepcional injetável, a contracepção se restringe geralmente ao uso do anticoncepcional oral e laqueadura tubária (HEILBORN, PORTELLA, BRANDÃO, CABRAL, GRUPO CONPRUSUS, 2009).

Em relação às ações voltadas à adesão aos métodos, segundo os autores, constatou-se grande ênfase sobre a necessidade da disponibilidade de outros métodos e não somente o que se dispõe no momento. Mesmo que o Ministério da Saúde consiga enviar os insumos contraceptivos aos municípios com regularidade e em quantidades adequadas, isso não garantirá que a atenção ao planejamento familiar alcance a qualidade e a eficácia desejadas para permitir que os cidadãos brasileiros exerçam o direito de decidir quando e quantos filhos desejam ter. Faz-se necessário esse procedimento, porém, somente isso não é suficiente, devendo os municípios tratar as ações em planejamento familiar, de fato, como parte da atenção básica. É preciso que o processo de humanização da atenção também alcance o planejamento familiar, no que se refere à incorporação de princípios relativos aos direitos humanos e à bioética na atenção juntamente à população (HEILBORN, PORTELLA, BRANDÃO, CABRAL, GRUPO CONPRUSUS, 2009).

3.5 A adesão à contracepção, aconselhamento e sexo seguro

Considerando-se as opiniões de Branden (2007, p.953), as opções contraceptivas têm aumentado a partir do surgimento dos modernos métodos de barreira, formulações hormonais, dispositivos intra-uterinos (DIU), etc.

Para esse autor, hoje, as opções incluem métodos contraceptivos de barreira de vários tipos, como preservativos, diafragma, tipos hormonais, contraceptivos orais (ACOs), implantes e injetáveis, espermicidas, DIU, a abstinência, coito interrompido, esterilização cirúrgica. Estes todos têm eficácia e diferentes taxas de falhas que afetam a sua popularidade entre profissionais de saúde e pacientes.

A adesão e uso perfeito de um método contraceptivo, qualquer que seja o escolhido, podem resultar em taxas elevadas de sucesso, se utilizado exatamente como sugerido pelo fabricante. Entretanto, o uso típico que inclui o seu uso incorreto ou inconsistente, pode obter resultados pouco satisfatórios. Compreender esses números é importante para se analisar como eles afetam a escolha do paciente e o cumprimento ou não da contracepção.

Segundo o autor, embora essa seja uma questão bastante diversificada, estudos têm-se centrado na identificação do paciente fora de conformidade, ou seja, aquele fora dos padrões usuais e corretos de utilização dos métodos contraceptivos. O que se percebe, no entanto, é que ainda há pouca investigação sobre as razões que levam o paciente ao abandono da utilização dos métodos. Além disso, quase não existem estudos sobre como aumentar o cumprimento do uso devidamente correto, configurando-se assim, num verdadeiro desafio.

Para Branden (2007, p. 954) os planos individuais deveriam ser formulados para o cuidado com o paciente, valendo-se de alternativas que possibilitem sua complacência ao uso dos métodos contraceptivos. Os cuidados de saúde devem estar disponíveis em locais mais convenientes usando um plano diferenciado de atendimento como resposta às múltiplas questões que podem afetar a continuidade.

Para o autor, da mesma forma, prestadores de cuidados de saúde têm necessidade de mudar seu pensamento sobre a adesão do paciente e devem considerar a terminologia alternativa de adesão ou manutenção, de maneira a facilitar a compreensão e adesão do paciente aos métodos contraceptivos.

Branden (2007, p. 954) ainda orienta que, é necessário que sejam feitas várias perguntas aos pacientes sobre os métodos anticoncepcionais, como qual a sua situação

social, sua crença, nível de conhecimentos, medos, preconceitos, expectativas, bem como sobre as suas histórias médicas, para assegurar um elevado nível de cumprimento.

Para ele, este conhecimento permite ao profissional de saúde trabalhar com o paciente para estabelecer uma rotina regular de adesão aos métodos contraceptivos. Uma vez estabelecido, no entanto, é importante lembrar que muitas mulheres sentem que o seu atual método de contracepção pode não cumprir todos os critérios que elas querem como anticoncepcionais. E este processo de decisão é um problema que acompanhará o paciente de acordo com suas necessidades e estilo de vida.

Os profissionais de saúde devem enfrentar este desafio e mudar os seus planos de cuidados, se necessário. O aconselhamento de pares deve ser oferecido como parte de um programa abrangente de cuidados.

Para Branden (2007, p. 953) o importante é avaliar os sinais e sintomas e as queixas do paciente e procurar resolver os problemas de métodos contraceptivos que podem levar ao abandono. Concentrando-se em cuidados e não em questões morais, os profissionais de saúde podem incentivar um comportamento responsável e melhorar os resultados.

A adesão à contracepção tem sido discutida e estimulada por profissionais de saúde, por se tratar de um ponto fundamental para a resolubilidade de um tratamento.

Em seu artigo publicado no *Canadian Medical Association or its licensors*, os autores Fisher e Black (2007, p. 953-961) dizem que a contracepção é uma preocupação significativa para as mulheres canadenses de idade fértil, seus parceiros e seus cuidados de saúde.

Os autores fornecem informações sobre as atuais tendências e mudanças recentes das canadenses quanto às escolhas de métodos contraceptivos. Tentam alertar sobre a necessidade de rever características dos métodos contraceptivos disponíveis no Canadá, procurando-se enfatizar sobre os métodos hormonais e as novas opções como a transdérmica, adesivo contraceptivo, o anel vaginal contraceptivo e os dispositivos intra-uterinos. Dessa forma, acreditam haver necessidade de discutir a adesão à contracepção, bem como as abordagens e aconselhamentos, para promover a adesão e reduzir o risco de infecções sexualmente transmissíveis no contexto de contracepção.

Os mesmos autores ainda afirmam que, quando uma pessoa inicia e mantém a adesão aos métodos contraceptivos, terá de adquirir informações pertinentes ao assunto, as quais a levem a reconhecer a probabilidade de uma atividade sexual futura; conhecer as ações públicas para adquiri-los, e comunicar seu parceiro sobre a contracepção e, ainda, o

uso do método utilizado de forma consistente ao longo do tempo. Assim, perceberá a necessidade dessa constância para se praticar o sexo seguro.

Se esta pessoa vai assimilar com sucesso esta seqüência de passos depende de fatores ambientais (custo e disponibilidade de contracepção e de serviços médicos, natureza voluntária ou involuntária da atividade sexual) e fatores pessoais (a idade da pessoa, o sexo e estado civil).

Nessa perspectiva, o conselho do médico de "usar a contracepção" realmente vai depender do conhecimento do paciente sobre a mesma, bem como a motivação e a maneira como ele se comporta diante disso.

Ainda segundo Fisher e Black (2007, p. 953-961), a adesão dos casais canadenses aos métodos contraceptivos está longe de ser perfeito, em vista da complexidade dos contraceptivos e outros fatores tão simples como o esquecimento. Cerca de 9% dos canadenses que responderam a um estudo sobre contracepção, indicaram que eles não usam nenhum método de contracepção, apesar da falta do desejo de conceber.

Para eles, Fisher e Black (2007, p.953-961) os problemas de aderência aos métodos escolhidos foram igualmente comuns: 62% dos entrevistados que se identificaram como usuários de contraceptivos orais atuais, relataram ter faltado pelo menos um comprimido durante os 6 meses antes do exame; 31% dos inquiridos perdem 1 ou 2 comprimidos, e para 11% faltaram 6 ou mais pílulas durante o período.

Da mesma forma, 30% dos respondentes relataram que nem sempre fazem uso de um preservativo durante a relação sexual, nos 6 meses antes do exame. Talvez não surpreendentemente, cerca de 28% dos entrevistadas afirmam ter passado por uma situação não desejada.

Com base nesses resultados obtidos pela pesquisa de Fisher e Black (2007, p. 953-961), verifica-se que adesão a um método contraceptivo e não a escolha de método por si só, pode ser o objetivo mais desafiador para prática clínica de aconselhamento ao paciente. O uso de anticoncepcionais e sua relação com o sexo seguro apresentam uma preocupação adicional clínica. Existe uma associação entre o uso de contraceptivos orais, a cessação ou não uso de métodos de barreira, e aumento do risco de doenças sexualmente transmissíveis.

A preocupação básica das pessoas sexualmente ativas, muitas vezes, é evitar a gravidez. Uma vez que um método contraceptivo tem sido fixado, o prestador de cuidados

de saúde pode inadvertidamente ter eliminado a principal preocupação do paciente e aumentado o seu risco de infecção sexualmente transmissível.

Um aconselhamento estratégico pode melhorar o uso do preservativo quando se sugere comportamentos sexuais mais seguros, tais como "Usar sempre camisinha, juntamente com a pílula por 3 meses. E em seguida, entrar com o seu parceiro para ITS/HIV teste e aconselhamento de sexo seguro".

Conforme o comentário de Grossman (2009) os contraceptivos orais são altamente eficazes e mais amplamente utilizados globalmente, sendo o método reversível de contracepção mais comumente utilizado em países menos desenvolvidos, exceto a China. O anticoncepcional oral, ingerido de acordo com a prescrição, tem índice de falha de 0,3% no primeiro ano. Porém, na prática, a falha é muito maior – perto de 8% ou 9%. Na maioria dos países, as mulheres precisam ter uma prescrição médica para obter os contraceptivos orais, embora muitos países em desenvolvimento não cumpram tal recomendação e os disponibilizem sem prescrição médica.

Dados dos Estados Unidos sugerem que, ao menos para algumas mulheres, a exigência da prescrição representa uma barreira à iniciação e à continuação dos contraceptivos hormonais. Um levantamento nacional de mulheres americanas em 2004 reportou que 41% delas não estavam usando contracepção no momento e disseram que começariam a usar a pílula, o adesivo ou o anel vaginal se estes estivessem diretamente disponíveis em uma farmácia.

Grossman (2009) ainda relata que outro estudo concluiu que, viajar e ficar sem pílulas eram razões frequentes para as mulheres deixarem de tomá-las, uma causa comum de falha na contracepção. As participantes de um estudo escocês sobre as atitudes para contracepção também destacaram que pode ser difícil conseguir uma consulta com um clínico geral.

Nele, buscava-se saber se é seguro para as mulheres ter acesso a contraceptivos orais sem uma prescrição. Mais de 50 anos de experiência demonstraram que os contraceptivos orais são muito seguros. Em todos os grupos etários, o risco de morte cardiovascular entre não-fumantes saudáveis que tomam a pílula é inferior ao mesmo risco para mulheres que levam uma gestação a termo.

Segundo Grossman (2009), entretanto, permanece a questão quanto à necessidade de as mulheres consultarem um clínico para determinar se a contracepção oral é apropriada para elas. Idealmente, os médicos e as enfermeiras rastreiam as mulheres quanto a

contraindicações à pílula, utilizando critérios baseados em evidências, como os da Organização Mundial de Saúde. Porém, na prática, esse rastreamento nem sempre acontece.

Para o autor, pesquisas do México onde a pílula é amplamente disponível sem prescrição, concluíram que as mulheres que conseguem a pílula sem consultar um clínico não apresentaram maior probabilidade de apresentar contraindicações ao seu uso do que aquelas que consultaram um médico.

Dois estudos americanos citados pelo autor concluíram que as mulheres foram capazes de identificar se apresentavam contraindicações aos contraceptivos orais, utilizando um *checklist*, embora mulheres mais velhas apresentassem maior probabilidade de sofrer de hipertensão não-reconhecida. Esses dados não são surpreendentes, visto que, além da hipertensão, todas as contraindicações são baseadas na história e não exigem grande julgamento clínico.

Branden (1998) ainda alertou que outra preocupação que se tem com os contraceptivos orais disponíveis sem prescrição, é que as mulheres podem utilizá-los de maneira incorreta. Mais uma vez, poucos dados sugerem que o aconselhamento clínico seja útil e, mesmo quando é necessária uma consulta clínica, a adesão não é perfeita.

Para o autor, os contraceptivos orais estão disponíveis sem prescrição no Kuwait, e um estudo realizado nesse país concluiu que a adesão e a continuação não foram diferentes entre as mulheres que consultaram um médico e aquelas que não o fizeram.

Ainda para Branden (1998) uma análise recente de dados da Califórnia concluiu que mulheres que receberam caixas de pílulas, quando começaram a usá-las continuaram o método por um tempo significativamente maior e apresentaram menos lacunas no uso, do que as mulheres que receberam apenas uma ou três caixas, o que sugere que o acesso mais livre melhora a continuidade.

Duas áreas em Londres participaram de um projeto-piloto em que os anticoncepcionais orais estavam à venda sem prescrição médica. Daniel Grossman argumenta que a política deve ser amplamente adotada, enquanto Sarah Jarvis acredita que é a abordagem errada para reduzir a gravidez não-planejada (GROSSMAN, 2009).

A provisão da contracepção hormonal por farmacêuticos mostrou-se recentemente viável e aceitável para as mulheres no estado de Washington (GROSSMAN, 2009).

Para o autor, embora existam preocupações nos Estados Unidos quanto ao custo para as mulheres obterem os contraceptivos orais sem prescrição médica, em alguns

estados há precedentes para a manutenção de financiamento governamental para a contracepção de emergência sem prescrição para mulheres de baixa renda.

Tornar os contraceptivos orais disponíveis sem prescrição não eliminaria a opção de consultar um médico. De fato, a pesquisa no México citada por Grossman (2009) indica que as mulheres movem-se entre as fontes de provimento, e mais de metade das mulheres que obtêm suas pílulas de uma farmácia começaram a usá-las sob os cuidados de um médico. Mulheres que valorizam a opinião de um médico ou que têm dúvidas sobre seu perfil de risco ainda poderiam consultar um médico ou uma enfermeira mas não precisariam fazê-lo (GROSSMAN, 2009).

Grossman (2009) diz que a exigência de prescrição é uma barreira obsoleta e paternalista ao uso de contraceptivos, além de não ser baseada em evidências. Se os governos estiverem comprometidos em enfrentar o desafio da gravidez não-intencional e o problema associado da mortalidade materna no mundo em desenvolvimento, os sistemas de saúde precisariam criar mecanismos para permitir um acesso mais livre à contracepção hormonal para todas as mulheres, com baixo custo ou gratuitamente.

3.6 Descontinuação e não uso de métodos contraceptivos

Parafraseando os autores Heilborn, Portella, Brandão, Cabral, Grupo CONPRuSUS (2009), a atenção à saúde da mulher vem sendo construída no Brasil a partir de sucessivas políticas públicas de saúde.

Ainda de acordo com os autores citados, algumas mulheres diziam interromper o uso de contracepção, valendo-se da idéia de terem receio de que os métodos usados no passado podem causar problemas de saúde. Para elas, essa é a justificativa para não utilizarem estes métodos. Os efeitos secundários (ou o medo deles) constituem as principais razões para não-uso e para o uso interrompido dos métodos hormonais.

Para os autores, a dificuldade no acesso para as mulheres além da idade reprodutiva aparece como motivo mais importante para a não utilização ou interrupção no passado. Para mulheres em idade reprodutiva, há maior disponibilidade de informação e de métodos, e os serviços reduzem os problemas relacionados à dificuldade de acesso.

Ao realizarem a comparação entre dois grupos de mulheres, um deles incluiu mulheres em idade fértil e, um segundo, as que se encontravam além da idade reprodutiva, verificou-se que a razão para a não-adesão foi uma mudança de ênfase no acesso e na qualidade do atendimento

Heilborn, Portella, Brandão, Cabral e o Grupo CONPRuSUS (2009) informam que a descontinuação do uso de métodos hormonais, devida à experiência sentida pelos efeitos colaterais indesejáveis, pode ser compreensível, considerando os medicamentos que são mais acessíveis para o público. Fica claro que os efeitos secundários destas experiências das mulheres são causados por comprimidos anticoncepcionais de qualidade questionável, ou são resultado de um padrão internacional cujas dosagens são demasiadamente elevadas.

Para eles, a falta de acesso à consulta dos serviços agrava a questão dos efeitos colaterais, tanto para as mulheres que vivenciam a realidade dele como para aquelas que têm medo deles.

Os contraceptivos orais espalham-se pelo país, incentivados pelos médicos e pela propaganda do setor farmacêutico, sem diretrizes estruturadas de planejamento familiar para os serviços de saúde. Ainda assim, não houve uma drástica transformação das mentalidades e dos comportamentos sexuais e reprodutivos entre homens e mulheres e persistem ainda muitos desafios no campo da assistência à contracepção.

As implicações sociais dos efeitos secundários não podem ser ignoradas quando se consideram os fatores que as mulheres têm em conta. O fato das mulheres usarem preservativos, injeção, pílulas e outros métodos modernos não significa que esses métodos sejam de alta qualidade. Também não significa que elas façam uso contínuo e adequado dos mesmos (HEILBORN, PORTELLA, BRANDÃO, CABRAL E O GRUPO CONPRuSUS, 2009).

Para os autores, na maioria das vezes, existem problemas de adaptação ao anticoncepcional nos primeiros dois ou três meses, e elas, frequentemente, param de usar o método, e ficam desprotegidas entre o uso de um método contraceptivo e outro. O uso inconsistente da contracepção, provavelmente, representa um sinal de fraqueza no sistema de serviços de saúde, em vez da possibilidade de que o usuário está realizando uma busca consciente e consistente para um contraceptivo satisfatório. Conversas com as mulheres, bem como visitas aos postos e serviços de saúde, sugerem que as percepções sobre os efeitos secundários e as preocupações com a saúde sobre a forma de contracepção, evitem

mais problemas de eficácia e conveniência (HEILBORN, PORTELLA, BRANDÃO, CABRAL e o GRUPO CONPRuSUS, 2009).

Os autores perceberam que as preocupações sobre efeitos colaterais e segurança são muito mais importantes para as mulheres do que o acesso aos contraceptivos, a dificuldade e baixa qualidade dos serviços disponíveis. Existem mulheres que não reconhecem que, parte dos problemas que enfrentam, podem ser encarados com a melhoria da qualidade do serviço, como por exemplo: mudança de contracepção no âmbito da supervisão de um médico para ajustar problemas durante os primeiros meses de uso, ou a disponibilidade de moderna medicina na rede pública de saúde. As mulheres acabam atribuindo uma série de limitações ou problemas para o método hormonal, mesmo se elas não chegaram a experimentá-los.

Segundo eles, o que se observa, então, é que a informação, a facilitação e o acompanhamento, pelo menos, nos primeiros meses do uso dos métodos contraceptivos, é um fator importante para se mudar a questão da não adesão aos métodos contraceptivos. Trabalhos e campanhas constantes devem ser uma prática nos serviços de saúde, de modo que a orientação seja favorável à adesão.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após estudar o assunto aqui mencionado, pode-se avaliar a questão da falta de adesão aos métodos contraceptivos considerando-se muitos fatores.

Dessa forma, conclui-se não ser fácil encontrar uma receita que melhore a situação, contudo, faz-se necessário a tomada de decisões que melhorem o quadro atual. Para isso, convêm buscar maior acessibilidade aos métodos, maior divulgação e difusão dos programas de saúde pública, de forte conteúdo educativo, que ajudem no conhecimento dos benefícios da adesão aos métodos, na percepção dos seus efeitos colaterais. Além disso, precisam que instrua a mulher a se proteger e cuidar da contracepção, por meio da correta utilização do método.

Há que se cuidar para que essas campanhas venham a considerar as condições culturais, sociais e econômicas, completando-se com atenção especial a grupos como os jovens adolescentes, setores desprotegidos economicamente e até aquelas populações mais afastadas e alheias às informações.

A consumidora é o principal objeto da adesão. Faz-se necessário melhorar a percepção geral do método, enfrentando-se todas as idéias errôneas e confusas que possui, combatendo-se enfaticamente todas as suas preocupações e temores sem fundamento. É importante, também, tratar dos assuntos referentes aos efeitos colaterais, derivados de uma suposta associação da pílula com o câncer, trombose, doenças cérebro-vasculares, etc., e ainda, sua relação com o ganho de peso, náuseas, mudanças de humor, manchas, e as supostas repercussões sobre a fertilidade futura.

Conhecer os métodos contraceptivos é absolutamente fundamental para que a adesão aconteça, de fato, desde um conhecimento que permita reagir ao esquecimento de uma dose, até a aparição de uma mancha, uma cefaléia, diarreia ou náusea.

Com a ajuda do médico, a mulher deve ser a protagonista da escolha de seu método contraceptivo, através da análise de riscos e benefícios em consonância com seu perfil individual e suas necessidades e motivações pessoais e familiares.

O médico e o pessoal da saúde também têm um trabalho muito importante para desenvolver em ações para a melhora da adesão aos métodos contraceptivos. Sua influência na opinião da mulher é de grande valia.

A informação adequada ao nível social e cultural de cada mulher é crucial para a melhora da adesão, configurando-se como principal elemento tranquilizador.

Uma adesão incorreta aos métodos acarreta conseqüências psicológicas, sociais e econômicas na forma da gravidez indesejada, onde muitas são interrompidas, voluntariamente.

É preciso que haja a conscientização da necessidade de se tomar medidas para evitar esquecimentos, respeitar os intervalos corretos entre os ciclos e proteger-se com um segundo método, quando por diferentes razões não possa consumir, circunstancialmente, os métodos mais corriqueiros e habituais. Nesse caso, a adoção de uma rotina é uma boa maneira de se conseguir uma adesão correta.

Finalmente, todos os agentes que atuam no planejamento familiar, desde o médico até os governos, da indústria farmacêutica aos meios de comunicação, devem concentrar forças para empreenderem campanhas informativas e educativas, juntamente com ações específicas, que ajudem a mulher no uso correto dos métodos contraceptivos.

Quanto à experiência vivenciada no município de Carmo da Cachoeira, MG, vê-se que são muitas as dificuldades que reforçam as já existentes, no que diz respeito à adesão aos métodos contraceptivos e à sua manutenção de maneira uniforme e correta.

O compromisso daqueles que estão com tudo em mãos para se possibilitar essa adesão ainda está longe do ideal para que o sucesso seja alcançado.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, M. N. dos S. Saúde sexual e reprodutiva. **Adolescência e Psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2002. p. 46-54.

BRANDEN, P.S. Contraceptive Choice and Patient Compliance – The Health Care Provider's Challenge. *Journal of Nurse-Midwifery*, Vol. 43, n°. 6, November/December 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar**: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4ª edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Planejamento Familiar no Brasil. *Revista Bioética*, vol. 4, n° 2, 2009
Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v4/planeja.html>>. Acesso em: março/2010.

_____. *Atenção Integral à Saúde das Mulheres: quo vadis?* Uma avaliação da integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil, 2006 (tese doutorado), Brasília, DF: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

COSTA, A. M., GUILHEM, D., SILVER, L. D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 6 (1): 75-84, jan-mar., 2006.

COSTA, E; LEAL, I. P. Dimensões sócio-cognitivas na adesão das mulheres à contracepção. *Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Análise Psicológica*, vol. 3, ano XXIII, p. 247-260, Lisboa, 2005.

FISCHER, W. A. & BLACK, A. Contraception in Canadá: a review of method choices, characteristics, adherence and approaches to counseling. CMAJ – Canadian Medical Association or its licensors 2007 p. 953-961.

FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson. PSF: contradições e novos desafios. São Paulo: Conferencia Nacional de Saúde On-Line, 2000. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>. Acessado em: 2010.

GROSSMAN, D.; JARVIS, S. BNJ – British Medical Journal – Brasil – A pílula anticoncepcional deve ser disponibilizada sem prescrição? Abril de 2009. Disponível em <HTTP://www.bmjrasil.com.br/ControversiaDetalhe.aspx?>. Acessado em 2010.

HEILBORN, M. L; PORTELLA, A. P.; BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. da S.; GRUPO CONPRuSUS. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol.25, suppl. 2, pp. 269-278, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/09.pdf> – Acessado em: março/2010.

JORDAN, M. S. Aderência ao tratamento antiretroviral em Aids: revisão da literatura médica. *In*: TEIXEIRA, P.R. et al. Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo, Nepaids, 2000.

LEITE, S.N.; VASCONCELOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciência & Saúde Coletiva, vol 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

MARTINS, L. B. M. et al. Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. Rev. Saúde Pública vol. 40, n.1, São Paulo Jan./Fev. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102006000100010&script=sci_arttext. Acessado em: 2010

PANIZ V. M. V, FASSA A. G, SILVA M. C. Caracterização do conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do sul do Brasil. Cad. Saúde Pública n. 21, v. 6, 2005, p. 1747-1760. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/8051/1/Adesao-Ao-Planejamento-Familiar-De-Mulheres-Em-Idade-Fertil>. Acessado em 2010.

PINHEIRO, R. (org.); MATTOS, R (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO/UERJ, IMS, 2001.

RACHID, M. Implicações e Consequências da não-adesão à terapia anti-retroviral. Revista Âmbito Hospitalar, ano XVII, nº 171, março/abril/2005, p.39.

RODRIGUES, G. de C. Planejamento familiar. São Paulo: Ática, 1990. Fonte: <http://www.webartigos.com/articles/8051/1/Adesao-Ao-Planejamento-Familiar-De-Mulheres-Em-Idade-Fertil-Em-Uma-Area-No-Municipio-De-Candeias-Do-Jamari--RO/pagina1.html#ixzz0to6gWOgi>. Acessado em: 2010

WOLF, B; NOGUEIRA, C; LAVORENTE , L. Adesão Ao Planejamento Familiar De Mulheres Em Idade Fértil Em Uma Área No Município De Candeias Do Jamari – RO, publicado 23/07/2008 <http://www.webartigos.com>. Acessado em 2010.