

Daniele Aparecida Silva Corrêa

Uso de contraceptivos orais entre
mulheres de 18 a 49 anos:
inquérito populacional telefônico

Belo Horizonte - MG
Escola de Enfermagem da UFMG
2012

Daniele Aparecida Silva Corrêa

Uso de contraceptivos orais entre
mulheres de 18 a 49 anos:
inquérito populacional telefônico

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde e Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Orientador: Prof. Dr. Jorge Gustavo Velásquez Meléndez

Belo Horizonte
2012

Corrêa, Daniele Aparecida Silva.
C824u Uso de contraceptivos orais entre mulheres de 18 a 49 anos
[manuscrito]: inquérito populacional telefônico. / Daniele Aparecida Silva
Corrêa. -- Belo Horizonte: 2012.
95f.
Orientador: Jorge Gustavo Velásquez Meléndez.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola
de Enfermagem.

1. Anticoncepcionais Orais. 2. Inquéritos Demográficos. 3. Entrevista.
4. Mulheres. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Meléndez, Jorge Gustavo
Velásquez. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem. II. Título.

NLM: QV 177



Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação

Dissertação intitulada: “Uso de contraceptivos orais entre mulheres de 18 a 49 anos: inquérito populacional telefônico” de autoria da mestranda Daniele Aparecida Silva Corrêa, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dr. Jorge Gustavo Velásquez Meléndez (EE-UFMG)
Orientador

Prof^ª. Dr^ª. Maria de Fátima Haueisen Sander Diniz (Faculdade de Medicina-UFMG)
Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Carla Jorge Machado (Faculdade de Medicina-UFMG)
Examinadora

Este trabalho é vinculado ao Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Epidemiologia (NIEPE) e ao Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva (NUPESC) da Escola de Enfermagem da UFMG.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora

Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pesquisa

Renato de Lima Santos

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Diretora

Maria Imaculada de Fátima Freitas

Vice-Diretora

Eliane Marina Palhares Guimarães

Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação

Francisco Carlos Félix Lana

Sub-Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação

Adriana Cristina de Oliveira Iquiapaza

Chefe do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública

Clara de Jesus Marques Andrade

Sub-Chefe do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública

Anézia Moreira Faria Madeira

DEDICATÓRIA

**Dedico esse trabalho a minha família: meus amados pais,
irmão e marido que sempre estiveram ao meu lado
e me impulsionaram adiante!
Aos meus amigos e demais familiares que me compreenderam
e apoiaram em todos os momentos... Amo vocês!**

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A **Deus**, pelo dom da vida e pela benção de poder sonhar e buscar a realização dos meus sonhos. *A ELE TODO PODER E GLÓRIA PARA SEMPRE!* A **Maria Santíssima**, mãezinha querida e intercessora!

Aos meus pais **Romilton e Eliana**, pelo exemplo de fé, dedicação e perseverança.

Ao meu irmão **Danilo**, pelo companheirismo, proteção, carinho e amor incondicional.

Ao meu amado esposo **Ricardo**, por estar sempre ao meu lado e me contagiar com suas melhores qualidades nos momentos mais necessários. Meu porto seguro!

Aos amados **José Corrêa, Socorro, Rodolfo, Rodrigo e Deise** por todas as orações, apoio e compreensão.

Às grandes amigas: **Maria Regina Ayres de Figueiredo Pessoa**, seu exemplo de vida e seus ensinamentos me acompanharão sempre, seu apoio foi essencial para que pudesse seguir a diante; **Adriana Amorim, Fernanda Ourives, Karina Michelle, Nathalie Melo e Daniele Dias**, pela torcida e por todo o tempo e apoio que vocês dedicaram a mim, sua amizade é muito importante e vocês sempre terão um lugar muito especial em minha vida e em meu coração!

Ao amigo e Professor Doutor **Jorge Gustavo Velásquez Meléndez**, pelos ensinamentos, paciência, compreensão e cuidado comigo.

Às minhas irmãs de coração **Danielle Fróes e Elaine Belém**, pelo entusiasmo, apoio e amizade. Nem a distância nos separa...

À querida amiga **Mariana Santos Felisbino Mendes**, pelo companheirismo e presença em todos os momentos, prova de que a amizade vence todas as barreiras!

Às “meninas” do grupo de pesquisa: **Amanda, Fernanda, Larissa, Geórgia, Hanriete, Milene e Tatiane** pela ajuda e colaboração.

Ao **Ministério da Saúde** e às Professoras **Deborah Carvalho Malta e Regina Bernal** pela parceira, atenção e colaboração.

Essa vitória também é de vocês. Muito obrigada!

HÁ OS QUE SE QUEIXAM DO VENTO,
OS QUE ESPERAM QUE ELE MUDE,
E OS QUE PROCURAM AJUSTAR AS VELAS...

William G. Ward

RESUMO

SILVA-CORREA, D. A. **Uso de contraceptivos orais entre mulheres de 18 a 49 anos: inquérito populacional.** 2012. 105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

As mulheres em idade reprodutiva representam cerca de 30% da população brasileira. A elas são direcionadas ações governamentais referentes ao planejamento familiar que visam garantir acesso amplo e integral às informações e aos métodos contraceptivos. O Ministério da Saúde adota critérios de elegibilidade clínica (diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas para orientar a prescrição e o uso desses métodos a fim de garantir sua eficácia e de evitar danos a saúde de quem os utiliza) desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde. Dentre os métodos para o planejamento familiar, o mais utilizado no mundo é o contraceptivo oral (ACO). OBJETIVOS: conhecer os padrões de utilização de métodos contraceptivos na população feminina brasileira e avaliar o uso adequado dos contraceptivos orais segundo os critérios de elegibilidade clínica averiguando a ocorrência de iniquidades. METODOLOGIA: estudo epidemiológico de base populacional, transversal e descritivo que utilizou dados secundários provenientes do VIGITEL, que coleta informações sobre os fatores de risco e proteção para doenças crônicas da população brasileira por meio de entrevistas telefônicas. Refere-se à população feminina brasileira de 18 a 49 anos residente nas 26 capitais e no Distrito Federal e servida por linha de telefonia fixa para o ano de 2008 (n=21074). As estimativas foram calculadas observando-se um intervalo de confiança de 95%. A escolaridade foi utilizada como *proxy* de condição socioeconômica para a análise de iniquidades. O uso inadequado de contraceptivos orais foi definido como o uso de ACO na presença de um ou mais dos seguintes fatores: hipertensão e/ou tabagismo em mulheres com mais de 35 anos e/ou doença cardiovascular. Por se tratar de amostra probabilística foram utilizados pesos para correção e inferências. Todas as informações são autorreferidas e o consentimento livre e esclarecido foi substituído pelo consentimento verbal. RESULTADOS: cerca de 70% das mulheres utiliza algum método de planejamento familiar; o ACO é o mais utilizado (33,8%). A hipertensão (15,5%) e o tabagismo (12,2%) foram os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares presentes em usuárias de ACO e que também se constituem contraindicações para seu uso. O uso inadequado esteve presente em 13,1% da população brasileira. Não houve diferenças nas proporções entre as regiões, mas na análise por capitais, treze delas se encontram acima da média global nacional e quase a totalidade delas se concentra nas regiões Nordeste e Norte. O uso inadequado de ACO é maior entre mulheres com menor escolaridade. A proporção de uso inadequado de ACO no Brasil deve ser considerada elevada, portanto, ações referentes à educação em saúde e cessação do tabagismo devem ser priorizadas, principalmente entre aquelas mulheres com menor escolaridade.

Palavras-chave: mulheres, contraceptivos orais, inquérito populacional, entrevista telefônica.

ABSTRACT

SILVA-CORRÊA, D. A. **Oral contraceptive use among women 18-49 years: a population survey.** 2012. 105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

Women in reproductive age represent about 30% of the Brazilian population. The government actions directed to them are related to family planning ensuring full and open access to information and contraceptive methods. The Ministry of Health adopts clinical eligibility criteria (clinical procedures based on scientific evidence to guide the prescription and use those methods to ensure their effectiveness and to avoid damaging the health of those who use them) developed by the World Health Organization. Among methods for family planning, the world's most used is the oral contraceptive (OC). **OBJECTIVES:** To know the using patterns of contraceptives in Brazilian women and evaluate the appropriate appliance of oral contraceptives according to the clinical eligibility criteria that ascertains the occurrence of inequities. **METHODS:** A population-based epidemiological study, which used cross-sectional descriptive secondary data from the VIGITEL, which collects information on risk factors for chronic diseases and protection of the population through telephone interviews. It considers the Brazilian female population 18-49 years, living in 26 state capitals and the Federal District, attended by fixed telephone line on the year 2008 (n = 21074). The estimations were calculated by observing an accuracy range of 95%. Educational level was used as proxy of socioeconomic status for the inequities analysis. The inappropriate use of oral contraceptives is defined with the presence of the following factors: hypertension and / or smoking in women over 35 years and / or cardiovascular disease. Due to the probabilistic nature of the samples, weights were used for correction and inferences. All information is self reported and informed consent was replaced by verbal consent. **RESULTS:** Approximately 70% of women use some kind of family planning method, the OC is the most used (33.8%). Hypertension (15.5%) and smoking (12.2%) were the main risk factors for cardiovascular disease presented in OC users and are also contraindications for its use. The contraindicated use was present in 13.1% of the population. There were no differences in the proportions between regions, however the analysis by capital, thirteen of them are above the overall national average and almost all of them concentrated in the Northeast and North region. The inappropriate use of OC is higher among women with less education. Its proportion in Brazil should be considered high, therefore, actions related to health education and smoking cessation should be prioritized, especially on those specific group.

Keywords: women, oral contraceptives, population survey, telephone interview.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Taxa de falha de anticoncepcionais (número de gravidez por cada 100 mulheres no primeiro ano de uso)31

Quadro 2 – Critérios de elegibilidade clínica baseados em evidências científicas segundo a Organização Mundial de Saúde33

Quadro 3 – Questões sobre presença de fatores de risco autorreferidos para doença cardiovascular.....49

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Características sociodemográficas das mulheres entre 18 e 49 anos da população brasileira.....	54
TABELA 2 – Proporção das mulheres entre 18 e 49 anos da população brasileira segundo local de moradia (REGIÃO e CIDADE).....	55
TABELA 3 – Realização de planejamento familiar e uso de métodos contraceptivos por mulheres entre 18 e 49 anos da população brasileira.....	57
TABELA 4 – Distribuição, entre todas as mulheres brasileiras de 18 e 49 anos, de alguns fatores de risco para doenças cardiovasculares.....	58
TABELA 5 – Distribuição de alguns fatores considerados contraindicações para o uso de contraceptivos orais entre mulheres brasileiras de 18 a 49 anos que utilizam esse método.....	59
TABELA 6 – Proporção do uso inadequado de contraceptivos orais entre mulheres brasileiras de 18 a 49 anos que utilizam contraceptivos hormonais segundo região de moradia.....	59
TABELA 7 – Proporção do uso inadequado de contraceptivos orais entre mulheres brasileiras de 18 a 49 anos que utilizam contraceptivos orais de acordo com a cidade de moradia do participante.....	61

TABELA 8 – Proporção do uso inadequado de contraceptivos orais entre mulheres brasileiras de 18 a 49 anos que utilizam contraceptivos orais segundo nível de escolaridade.....62

TABELA 9 – Proporção do uso inadequado de contraceptivos orais entre mulheres brasileiras de 18 a 49 anos que utilizam contraceptivos orais segundo idade.....63

TABELA 10 – Proporção do uso contraindicado de contraceptivos orais entre mulheres brasileiras de 18 a 49 anos por cidade de moradia segundo o nível de escolaridade.....64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACO -	Anticoncepcionais orais
AVE -	Acidente Vascular Encefálico
BRFSS -	Behavioral Risk Factor Surveillance System
CDC -	Centers for Disease Control and Prevention
CO -	Região Centro-oeste
CONEP -	Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde
DCNT -	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DHS -	Demographic and Health Survey
DIU -	Dispositivo Intrauterino
DM -	Diabetes mellitus certa
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM -	Infarto Agudo Do Miocárdio
IMC -	Índice De Massa Corporal
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA -	Instituto Nacional do Câncer
LOS -	Lei Orgânica de Saúde
MS -	Ministério da Saúde
N -	Região Norte
NE -	Região Nordeste
NHIS -	National Health Interview Survey
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PAISM -	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

- PNAD** - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
- PNAISM** - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- PNDS** - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
- SM** - Síndrome Metabólica
- SIM** - Sistema de Informações sobre Mortalidade
- VIGITEL** - Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico
- S** - Região Sul
- SE** - Região Sudeste
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- TEP** - Tromboembolismo Pulmonar
- TVP** - Trombose Venosa Profunda

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
1.1. Objetivos	22
1.1.1. Objetivo geral	22
1.1.2. Objetivos específicos	22
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	23
2.1. Sistemas de vigilância de fatores associados às doenças crônicas	23
2.2. Uso de contraceptivos	27
2.3. Saúde reprodutiva	30
2.4. Critérios de Elegibilidade Clínica e fatores de risco.....	32
2.5. Fatores que contraindicam o uso de contraceptivos orais.....	35
2.5.1. Doença cardiovascular	35
2.5.2. Hipertensão.....	37
2.5.3. Tabagismo	37
2.5.4. Dislipidemia	39
2.5.5. Obesidade e Diabetes.....	40
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	43
3.1. Delineamento e população do estudo	43
3.1.1. Base de dados, população de estudo e amostra	43
3.2. Variáveis do estudo.....	46
3.2.1. Uso de métodos contraceptivos	46
3.2.2. Uso de contraceptivos orais.....	46
3.2.3. Uso inadequado de contraceptivos orais.....	46

3.2.4.	Variáveis sócio-demográficas	47
3.2.4.1.	Idade.....	47
3.2.4.2.	Escolaridade	47
3.2.4.3.	Cor	48
3.2.5.	Variáveis referentes a fatores de risco cardiovascular	48
3.2.6.	Satisfação com o método contraceptivo utilizado	50
3.3.	Análise de dados.....	50
3.4.	Aspectos éticos	51
4.	RESULTADOS	53
5.	DISCUSSÃO	65
6.	CONCLUSÕES.....	70
	REFERÊNCIAS.....	71
	ANEXOS	80
	APÊNDICES	81

1. INTRODUÇÃO

As mulheres representam, segundo o censo de 2010, 51% da população brasileira, sendo que 32,4% têm entre 10 e 49 anos (IBGE, 2011b). Nessa faixa etária, a mulher se encontra em idade reprodutiva e, portanto, deve ser o principal alvo das ações relacionadas ao planejamento familiar.

Desde 1984, a preocupação do governo no que diz respeito a essa parcela da população é evidente. Nessa época, foi lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) cujos esforços eram, dentre outros, garantir aos indivíduos o acesso aos meios de contracepção e qualificar os profissionais de saúde nos aspectos relacionados à atenção a saúde reprodutiva (BRASIL, 1984).

Em 12 de janeiro de 1996, em meio às discussões sobre direitos reprodutivos, foi aprovada a lei nº 9.263 que determina o planejamento familiar como um direito de todos os cidadãos e possui como meta fundamental garantir aos indivíduos o direito de ter ou não filhos, além de quando começar ou parar de tê-los. A partir daí, outras políticas públicas têm sido implantadas, como é o caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) lançada pelo Ministério da Saúde (MS), em 2004, e que apresenta dentre seus objetivos aqueles já ressaltados pelo PAISM, mas também a redução da mortalidade feminina por causas preveníveis e evitáveis. Nesse contexto, inserem-se todas as doenças passíveis de prevenção, bem como as doenças crônicas e as ações de promoção à saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2002).

Como o Brasil é um país de dimensões continentais, as diferenças regionais se tornam claramente explicitadas, tanto em relação aos aspectos culturais, quanto aos sociais e econômicos. Para tanto, é necessário que o governo otimize a utilização dos recursos fazendo

com que seja atingido o maior e melhor resultado possível com o menor custo. A constituição federal, por meio da lei que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, a Lei Orgânica de Saúde (LOS), objetiva garantir ações como essa (BRASIL, 1990).

Sendo assim, o SUS se organiza em princípios e diretrizes, destacando-se a universalidade e a equidade, e visa garantir que os indivíduos, independente da condição socioeconômica, tenham acesso amplo e integral às ações de saúde que se enquadram em suas necessidades específicas e sejam disponibilizadas pelo Estado (ESCODA, 2004).

Dessa maneira, garantir o acesso aos métodos contraceptivos conhecidos é tão importante quanto assegurar que os indivíduos recebam orientações adequadas sobre suas indicações, contraindicações e implicações do uso. Como esse é um pressuposto básico da assistência em anticoncepção, problema grave de saúde pública é estabelecido na medida em que ocorre prejuízo no acesso às informações necessárias para eleição do método mais adequado bem como ao próprio método.

Estudos têm sido realizados para se conhecer a utilização dos métodos contraceptivos nas populações. Nos Estados Unidos, 84% das mulheres em idade reprodutiva utilizam algum método contraceptivo e cerca de um terço delas refere aos anticoncepcionais orais como o método mais utilizado (BENSYL *et al.*, 2005). No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2006, 81% das mulheres faziam uso de algum método para o planejamento familiar, sendo que a esterilização feminina foi relatada como a mais comum (29%) seguida do contraceptivo oral (25%) (IBGE, 2006).

Ainda há, no Brasil, poucos estudos sobre a prevalência do uso dos métodos contraceptivos, ainda que os poucos existentes apontem para os anticoncepcionais orais (ACO), comumente conhecidos como pílula, como um dos mais frequentes (COSTA *et al.*, 1989; DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2002; HARDY, ELLEN *et al.*, 1991; VIEIRA *et al.*, 2001; CARRENO *et al.*, 2006). Por exemplo, em São Leopoldo (RS), houve uma prevalência de uso

de ACO de 48,8% (CARRENO *et al.*, 2006) e em Pelotas (RS) 64,9%, ambos na faixa etária de 20 a 49 anos de idade (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2002). Entretanto, a adequação do uso desse método tem sido pouco avaliada. O primeiro estudo brasileiro com esse propósito foi realizado em São Paulo e publicado em 1986 e, mesmo apresentando uma metodologia com limitações referentes a generalizações, revelou que cerca de 50% das mulheres que utilizavam a pílula apresentavam alguma condição que contraindicasse seu uso (FAÚNDES *et al.*, 1986).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), através de diretrizes referentes ao planejamento familiar, define critérios que certificam a utilização segura dos métodos contraceptivos segundo evidências científicas, sendo que estes critérios são constantemente atualizados. A revisão mais recente foi publicada em 2010 e oferece recomendações para definição de critérios médicos de elegibilidade clínica baseada em dados clínicos e epidemiológicos para orientar gestores e comunidade científica tanto na elaboração de programas de saúde pública quanto de diretrizes clínicas para prestação de serviços (WHO, 2010).

Essas definições da OMS servem de base para elaboração das normas sobre saúde sexual e reprodutiva do Ministério da Saúde no Brasil que também considera que a ausência de efeitos adversos no uso de algum medicamento é a situação considerada ideal, embora os métodos contraceptivos existentes no momento não tenham atingido esse patamar. Desse modo, como é direito de todo indivíduo o acesso a informações sobre qual método é mais adequado, entende-se que o melhor é aquele em que as vantagens do uso superem as desvantagens (BRASIL, 2010).

Dentre os critérios de elegibilidade clínica utilizados para se eleger o método contraceptivo mais apropriado, e em especial o contraceptivo oral, deseja-se ressaltar aqueles que dizem respeito a fatores de risco cardiovascular já consolidados na literatura. Esse enfoque se deve a dois motivos principais. O primeiro consiste nos altos índices de

morbimortalidade por doenças cardiovasculares na população (LEFANT, 2001; ISHITANI, 2006) e o segundo deve-se ao fato de que a presença de alguns fatores de risco para doença cardiovascular são considerados contraindicação para a utilização dos ACO (BRASIL, 2010).

Mulheres portadoras de fatores de risco cardiovascular possuem um aumento na chance de adoecimento e de morte (LUBIANCA *et al.*, 2003). Assim, vale destacar que, quando o planejamento familiar se torna uma realidade para elas, cuidados adicionais devem ser tomados. Quando o fator de risco já está presente, esses malefícios podem ser intensificados. Isso foi demonstrado por Lubianca *et al.* (2003) em estudo com mulheres hipertensas que evidenciou, mesmo após ajuste pela idade, o aumento dos níveis de pressão arterial quando a mulher estava em uso de ACO. Esses autores também demonstraram que essa associação teve relação com o tempo de uso da pílula.

Pesquisas no sentido de reduzir a dosagem hormonal dos ACO vêm sendo realizadas na tentativa de minimizar seus efeitos indesejáveis. Hardy *et al* (1991) evidenciaram que as complicações diminuem quando as mulheres que o utilizam estão isentas dos fatores de risco que não devem estar associados ao uso do ACO. Entretanto, chamam a atenção para o fato de que a promoção pela adesão aos hábitos de vida saudáveis na população feminina deve ser tão ou mais importante que reduzir a dosagem hormonal dos anticoncepcionais.

Esses mesmos autores realizaram um estudo no estado de São Paulo com mulheres de 15 a 49 anos no qual avaliaram o uso inadequado da pílula e encontraram que mais de 40% das usuárias apresentavam algum fator de risco ao iniciar o uso (HARDY *et al.*, 1991). Entretanto, trata-se de estudo realizado há mais de 20 anos e, além disso, os estudos sobre o tema pouco têm abordado essa questão. No Brasil, ainda não há inquéritos populacionais de grande porte que discutam esse problema, daí a necessidade de estudos de representatividade nacional.

Ademais, sob a perspectiva da saúde pública, conhecer as tendências de utilização dos métodos contraceptivos e seus fatores associados, bem como as características das usuárias, pode contribuir para o planejamento e adequação das políticas públicas no sentido de direcionar melhor o acesso e a utilização pela população (ROSS, STOVER, 2001, ROSS *et al.*, 2002).

Nesse contexto, surgem questionamentos quanto à opção das mulheres brasileiras pelo método mais adequado, uma vez que há fortes recomendações clínicas baseadas em evidências científicas sobre as indicações e contraindicações dos métodos. Assim, as mulheres brasileiras usam adequadamente os contraceptivos hormonais, segundo os critérios de elegibilidade clínica adotados pelo Ministério da Saúde?

O presente trabalho é uma tentativa de responder essa questão principal, dentre outras questões, conforme objetivos a seguir, utilizando uma amostra representativa da população brasileira com base no Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) para o ano de 2008.

1.1. Objetivos

1.1.1. Objetivo geral

Estabelecer os padrões recentes de utilização de métodos contraceptivos no Brasil.

1.1.2. Objetivos específicos

- Estimar as proporções de uso de métodos contraceptivos selecionados na população feminina brasileira.
- Estimar as proporções de uso inadequado de contraceptivos orais por regiões e capitais de moradia.
- Estimar as proporções de uso inadequado de contraceptivos orais segundo variáveis socioeconômicas.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Sistemas de vigilância de fatores associados às doenças crônicas

De acordo com a OMS, quase 60% de todas as mortes e cerca de 50% da carga total de doenças se devem às Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), o que evidencia seu destaque no perfil de morbimortalidade da população mundial. Curiosamente, esses dados revelam ainda que a grande maioria das causas de adoecimento e morte pode ser atribuída a um pequeno conjunto de fatores. Destacam-se dentre estes o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, a hipertensão, as dislipidemias, a ingestão insuficiente de frutas, legumes e verduras e a inatividade física. Observa-se que a eliminação de tais fatores poderia evitar em até 80% as doenças do coração, acidentes vasculares encefálicos e diabetes mellitus tipo 2 (WHO, 2005).

Em virtude disso, torna-se relevante estabelecer sistemas de vigilância com a finalidade de conhecer a distribuição, as tendências e a magnitude dos agravos e doenças bem como dos fatores econômicos, ambientais e sociais relacionados a eles, além da utilização dos serviços de saúde. Seu objetivo maior é fornecer subsídios para o planejamento e a avaliação de medidas que não só reconheçam como também previnam a epidemia de doenças ou agravos contribuindo para a melhoria tanto da saúde quanto da qualidade de vida da população (BRASIL, 2009a).

A OMS reforça a necessidade de sistemas de informação eficientes e capazes de prever a carga futura de doenças da população, uma vez que apenas alguns fatores de risco repercutem na morbimortalidade de um amplo espectro de doenças e agravos à saúde (WHO,

2005). No mundo há vários sistemas de vigilância, alguns dos quais são, na sequência, destacados aqui.

O *National Health Interview Survey* (NHIS) é a principal fonte de informações sobre a saúde da população dos Estados Unidos. Trata-se de um inquérito domiciliar que abarca a população não institucionalizada. É realizado anualmente desde 1957 e o conteúdo de seu questionário atualizado a cada 10-15 anos. Uma das principais vantagens dessa pesquisa é a capacidade de avaliar questões relacionadas à saúde em relação a subgrupos com diversas características sociais, demográficas e econômicas (CDC, 2012).

O *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) é o sistema de vigilância em saúde por meio de pesquisa telefônica criado nos Estados Unidos em 1984 pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). Seu objetivo é monitorar comportamentos saudáveis e de risco que estejam associados às principais causas de morbimortalidade em indivíduos maiores de 18 anos não institucionalizados. Atualmente é a maior pesquisa de saúde por telefone do mundo com cerca de 350 mil adultos entrevistados em todos os 50 estados norte-americanos e nos distrito de Columbia, Porto Rico, Ilhas Virgens e Guam (CDC, 2008).

Embora essas pesquisas apresentem metodologias de amostragem diferentes (entrevista por telefone *versus* entrevista face a face), Nelson *et al.* (2003), ao comparar os dados obtidos pelo NHIS e pelo BRFSS, observaram-se que as estimativas são bastante próximas e concluiu-se que o BRFSS é uma fonte confiável reforçando a consistência da informação que produz esse tipo de inquérito (NELSON *et al.*, 2003)

No Brasil, as DCNT também possuem destaque no panorama de morbimortalidade da população, pois as mortes relacionadas a essas causas aumentaram mais de três vezes entre as décadas de 30 e 90 (MALTA *et al.*, 2006). Assim, foi implantado no país na década de 1960 a PNAD, que obtém informações anuais sobre características

demográficas e socioeconômicas da população. Embora possua periodicidade variável, gera informações sobre diversos fatores, inclusive algumas relacionadas à saúde. Um exemplo é a PNAD 2008 cujo suplemento foi sobre o acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde (IBGE, 2010, IBGE, 2011a).

Já a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) pretende obter dados para formulação de indicadores que subsidiem o planejamento, avaliação e monitoramento da saúde e nutrição de mulheres de 15 a 49 anos e crianças de países em desenvolvimento. No Brasil, ela foi realizada em caráter nacional, no ano de 1986 e, apenas no nordeste, em 1991. A última edição aconteceu em 2006 em âmbito nacional (BRASIL, 2009c).

Entretanto, os inquéritos domiciliares apresentam um alto custo e operacionalização complexa, bem como uma divulgação de resultados bastante demorada. Isso dificulta seu uso como principal fonte de informações para sistemas de monitoramento (MONTEIRO *et al.*, 2005). Já os inquéritos telefônicos se apresentam vantajosos na medida em que são financeiramente mais viáveis e mais ágeis tanto na coleta e processamento dos dados, quanto na divulgação dos resultados e periodicidade de sua realização (NELSON *et al.*, 2003; CARVALHAES *et al.*, 2008; FERREIRA *et al.*, 2011).

Assim, diante da necessidade de dados nacionais periódicos e confiáveis, desde 2000, a exemplo de outros países do mundo, o MS vem estruturando um sistema de vigilância específico para DCNT. Inicialmente, havia algumas ações pontuais pelo país, como é o caso do Instituto Nacional do Câncer (INCA), que realizava o controle e prevenção do câncer utilizando estimativas de morbidade baseadas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), isto é, partia de um banco de dados já estabelecido por meio de notificação compulsória. Sua ação era direcionada a programas para neoplasias passíveis de prevenção

por meio de diagnóstico precoce, como o câncer de mama e o de colo uterino (BRASIL, 2007).

Em 2003, foi desenvolvido na cidade de São Paulo um sistema de vigilância de DCNT por meio de entrevistas telefônicas, o SIMTEL, que trouxe importantes informações e acúmulo de experiência (MOURA *et al.*, 2008; CARVALHAES *et al.*, 2008). A partir daí, em 2006, foi criado o VIGITEL com sua primeira edição. Trata-se de inquérito nacional, com periodicidade anual, realizado por meio de entrevistas telefônicas baseado em amostras probabilísticas da população residente em domicílios servidos por linhas fixas de telefone. Esse sistema de monitoramento traz como vantagens a simplicidade, o baixo custo e a agilidade. (MONTEIRO *et al.*, 2005; FERREIRA *et al.*, 2011).

A vigilância epidemiológica de fatores de risco para doenças crônicas por meio de inquéritos telefônicos é recomendada, levando-se em consideração a menor relação custo/benefício, em decorrência de baixo investimento financeiro e o menor tempo em relação aos inquéritos domiciliares face a face. Isso pode ser confirmado por estudos comparativos em que foram obtidos resultados semelhantes, além de demonstrarem que os dados são confiáveis e as inferências podem ser expandidas a toda a população graças ao emprego de pesos para correção estatística (SEGRI *et al.*, 2010, FERREIRA *et al.*, 2011)

O inquérito telefônico apresenta limitações por representar apenas indivíduos cobertos por rede de telefonia fixa, o que é corrigido pela utilização dos pesos. O VIGITEL revelou-se um sistema eficaz para identificar a distribuição de fatores de risco para DCNT no Brasil, apresentando taxas de resposta satisfatórias (64,4% a 81,0%), baixa taxas de recusa (5,4% a 15,0%), baixo custo (aproximadamente 5 vezes menos que as pesquisas domiciliares) e um tempo reduzido na divulgação da informação (MOURA *et al.*, 2009).

2.2.Uso de contraceptivos

Há uma grande variedade de métodos contraceptivos adotados pelas mulheres. Podem ser comportamentais, de barreira, hormonais, intrauterinos e definitivos (BRASIL, 2002).

O anticoncepcional oral é um método reversível amplamente utilizado no mundo (WHO, 2010). Consiste em progestogênio isolado ou em associação com um componente estrogênico e está disponível em diversas apresentações: oral, injetável, implantes subdérmicos, transdérmico, endovaginal (SHERIF, 1999; BRASIL, 2002).

Além da apresentação, a dosagem hormonal também é bastante diversificada. Estudos vêm sendo realizados com o objetivo de reduzi-la ao máximo a fim de minimizar seus efeitos colaterais. Entretanto, ainda não foi possível eliminar tais efeitos (VAN HYLCKAMA VLIEG *et al.*, 2009, JUNGE *et al.*, 2011).

De maneira geral, a ação dos ACO consiste basicamente no bloqueio da ovulação por meio da inibição da liberação de alguns hormônios (folículo-estimulante e luteinizante). Além disso, ele dificulta tanto o trajeto do espermatozoide até as tubas uterinas ao provocar o espessamento do muco cervical, quanto a preparação do endométrio para que haja a nidação (SHERIF, 1999; BRASIL, 2002).

De acordo com dados do BRFSS, na população americana os contraceptivos orais correspondem a 34% (IC 95%: 30,9-37,9) do total dos métodos utilizados, seguido da salpingotripsia bilateral (laqueadura), 26% (IC 95%: 22,7-29,3), do preservativo masculino, 18% (IC 95%: 15,3-20,7), do relato de parceiro vasectomizado, 13% (IC 95%: 10,5-15,5), e do contraceptivo injetável, 6% (IC 95%: 4,9-16,9). O restante das mulheres utiliza outros métodos (AHLUWALIA, WHITEHEAD, BENSYL, 2007).

Estudo realizado com mulheres norte-americanas de 35 a 44 anos que avaliou o uso de contraceptivos, também baseado em dados do BRFSS, constatou que o método mais comum entre mulheres de 35 a 39 anos foi a laqueadura (26,9%), seguida pelo contraceptivo oral (17,5%) e por vasectomia (15,6%); 15% não usavam qualquer método. Entre aquelas com 40 a 44 anos, a laqueadura manteve a primeira colocação (28,8%) seguida por vasectomia (20,8%) e por pílula (12,9%); cerca de 20% não usavam nenhum método. Além disso, percebeu-se que, com relação à raça/cor de pele, as brancas não hispânicas são aquelas que mais utilizam os contraceptivos orais (BRUNNER HUBER, HUBER, 2009).

Esse mesmo trabalho também demonstrou que, embora a maioria das usuárias de contraceptivos orais tenha negado ser tabagista e afirmado praticar atividade física regularmente, cerca de 10% relatou história de hipertensão e 20%, dislipidemia. Foi identificado, ainda, que as fumantes com idade igual ou superior a 35 anos faziam menor uso dos contraceptivos orais, porém tinham 1,71 vezes a chance de usar outros métodos hormonais de contracepção quando comparadas às não fumantes (BRUNNER HUBER, HUBER, 2009).

No Brasil, da mesma maneira, há dados que demonstram o aumento do uso de métodos contraceptivos, inclusive dos orais. Vieira *et al.* (2001) descrevem que houve um aumento do seu uso de 63,6%, em 1986, para 76%, em 1996, em São Paulo, no que se refere aos métodos em geral. Entretanto, mesmo o contraceptivo oral sendo o método mais utilizado, sofreu uma significativa redução do uso, de 5%, nesse período, na cidade de São Paulo. Em contraposição, o preservativo masculino, um dos métodos menos utilizados, teve seu uso aumentado em três vezes no Brasil e 2,5 vezes nessa capital.

Em estudo populacional realizado em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, 61,1% das mulheres usavam algum tipo de contraceptivo. A preferência foi o contraceptivo oral

(48,8%), principalmente entre as que estavam na faixa etária de 20 a 24 anos (71,3%). Não foram evidenciadas diferenças referentes à escolaridade (CARRENO *et al.*, 2006).

A escolha do método contraceptivo está diretamente relacionada ao acesso e à disponibilidade. Ambos podem interferir na oportunidade do casal em eleger aquele que melhor se adapte às suas necessidades. Segundo inquéritos em países desenvolvidos, realizados entre 1982 a 1999, observou-se que a disponibilidade dos métodos contraceptivos aumentou: a esterilização cirúrgica passou de 25 para 34%, o uso de contraceptivos orais de 34 para 61%, o dispositivo intrauterino (DIU) de 26 para 50% e o preservativo masculino (camisinha) de 34 para 63% (ROSS *et al.*, 2002).

De acordo com a PNDS 1996, 55% das mulheres brasileiras em idade fértil utilizam algum método de planejamento familiar. Nessa época, os mais comuns eram: laqueadura tubária (27%), contraceptivo oral (16%) e preservativo masculino (4%) (IBGE 2006).

Em estudo realizado na região Sul do Brasil, no qual foi comparado o uso de contraceptivos nos anos de 1995 e 2006, observou-se um expressivo aumento no uso do preservativo masculino (de 8% para 21%) e uma redução de 20% no uso de contraceptivos orais, embora, em ambos os anos, a pílula tenha se mantido como o método mais comumente utilizado pelas mulheres. Outro dado interessante, identificado por esse estudo, foi um aumento na aquisição de qualquer método de planejamento familiar por meio das unidades básicas de saúde (de 3% para 11%) (CARLOTO *et al.*, 2008).

Além das informações referentes a prevalência do uso dos contraceptivos orais, outro dado importante diz respeito às taxas de fecundidade de uma determinada região ou estrato da população. Esse é um indicador que pode ser utilizado para a formulação de políticas públicas, uma vez que pode apontar problemas tanto no acesso a métodos

contraceptivos quanto no modo como estão sendo utilizados, caso seus valores se mostrem elevados (BERQUO, CAVENAGHI, 2006).

A taxa de fecundidade brasileira, que se apresentava estagnada em baixos platôs após declínio expressivo até 2000, tem apresentado novamente queda progressiva. Ao mesmo tempo, ocorre um aumento da gravidez na adolescência, principalmente entre aquelas com menor poder aquisitivo (IBGE, 2006; PNDS 2006). Dessa maneira pode-se supor que as mulheres mais jovens e com menor poder aquisitivo se encaixam em uma das três condições: falta de acesso aos métodos contraceptivos, não utilização dos mesmos ou ainda utilização inadequada.

2.3.Saúde reprodutiva

Além de serem reconhecidas como intervenções para a melhoria da saúde de homens, mulheres e crianças, a atenção à saúde sexual e reprodutiva e os serviços de planejamento familiar são também um direito humano. O acesso garantido à informação adequada para a escolha e também a todos os benefícios dos métodos de planejamento familiar é direito essencial a todos os homens e mulheres, independente de sua raça, cor, idade, situação socioeconômica, opção sexual ou religião (WHO, 2010, BRASIL, 2010).

Entretanto, as escolhas das mulheres podem ser limitadas por fatores culturais, sociais e econômicos. Por esse motivo, a tomada de decisão sobre qual método utilizar envolve outras circunstâncias além das considerações clínicas sobre a saúde da usuária.

Os métodos contraceptivos apresentam variação nas taxas de insucesso para o uso ideal, no primeiro ano. Algumas dessas taxas de falha são apresentadas no quadro a seguir.

QUADRO 1 – Taxa de falha de anticoncepcionais (número de gravidez por cada 100 mulheres no primeiro ano de uso)

MÉTODO	TAXA DE FALHA
Métodos naturais (Billings)	3,00 – 20,00
Preservativos masculinas	3,00 – 14,00
Pílulas combinadas	0,10 – 6,80
Pílula de progestogênio puro (durante lactação)	0,50 – 1,00
Injetáveis trimestrais	0,30
Injetáveis mensais conjugados	0,10 – 0,60
Laqueadura	0,50
Vasectomia	0,10 – 0,15

Adaptado de BRASIL, 2002.

As taxas de insucesso devem ser levadas em conta quando a mulher optar pelo método a ser utilizado, principalmente quando ela possuir alguma condição que torne a gravidez um risco inaceitável para a saúde da mulher. Portanto, tais mulheres devem ser advertidas que o uso exclusivo de métodos de barreira e métodos comportamentais de anticoncepção podem não ser a escolha mais apropriada devido às suas relativamente maiores taxas de insucesso no uso típico.

Dentre essas condições têm-se: câncer de mama, doença cardíaca valvar complicada, diabetes mellitus insulino dependente com presença de complicações, câncer endometrial ou ovariano, hipertensão arterial sem controle, HIV/AIDS, doença cardíaca isquêmica, hepatoma, esquistossomose com fibrose do fígado, cirrose descompensada, anemia falciforme, acidente vascular cerebral, mutações trombogênicas e tuberculose (WHO, 2010).

Essas condições, além de se apresentarem como um risco para a saúde da mulher e do bebê quando a gestação se torna uma realidade, também podem interferir na eficácia do método em decorrência de algumas medicações utilizadas. Portanto, para a eleição do método contraceptivo, deve-se garantir que o indivíduo receba informação adequada para sua escolha e que essa permita a compreensão de sua eficácia, uso correto, efeitos colaterais comuns,

riscos e benefícios para a saúde, o retorno à fertilidade após a interrupção do uso, além de questões referentes à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (WHO, 2010).

Em 1996, por meio de lei que regulamenta o planejamento familiar, as instâncias gestoras do SUS estão obrigadas a garantir aos indivíduos, em toda a sua rede de serviços, a assistência à concepção e contracepção. Assim, os programas direcionados ao planejamento familiar promovem ações que visam garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania: o de ter ou não filhos (BRASIL, 2002).

Os profissionais de saúde devem ofertar informações sobre os métodos contraceptivos com a preocupação de permitir que o indivíduo participe ativamente da escolha. Além disso, não se devem desconsiderar as orientações referentes ao uso de métodos de proteção contra doenças sexualmente transmissíveis dado o aumento da taxa de infecção pelo vírus HIV (BRASIL, 2002).

2.4. Critérios de Elegibilidade Clínica e fatores de risco

Com o aumento da prevalência da morbimortalidade por doenças cardiovasculares, estudos vêm sendo desenvolvidos a fim de identificar fatores de risco implicados no desenvolvimento de tais condições. Como grande parte deles pode ser modificável, os resultados de várias pesquisas nessa área vêm sendo consolidados pelas práticas clínicas e permitindo tanto planejamento quanto aplicação de políticas de prevenção a fim de minimizar efeitos deletérios associados a esses fatores de risco. O uso dos contraceptivos orais pode, em determinadas condições, ser considerado como um fator de risco para doenças cardiovasculares (ARSENAULT, PIBAROT, DESPRÉS, 2009; KANNEL, 2005).

Dessa maneira, deve-se evitar o uso dos contraceptivos orais em mulheres com alguma condição que, em associação com este método, possa aumentar o risco de adoecimento e morte.

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

A OMS (2010), baseando-se em evidências científicas, classificou essas condições que afetam a elegibilidade clínica para o uso de cada método anticoncepcional em quatro categorias, conforme apresentado no QUADRO 1, baseando-se em fatores referentes a estas condições.

Quadro 2 – Critérios de elegibilidade clínica baseados em evidências científicas segundo a Organização Mundial de Saúde

Categoria	Classificação	Indicação
1	Condição para a qual não há restrição ao uso do método contraceptivo.	O método pode ser utilizado.
2	Condição quando as vantagens em se utilizar o método geralmente superam os riscos, teóricos ou comprovados.	O método pode ser utilizado de modo geral.
3	Condição na qual os riscos, comprovados ou teóricos, geralmente superam as vantagens do uso do método.	O método pode ser utilizado com restrições.
4	Condição que representa um risco de saúde inaceitável caso o método anticoncepcional seja utilizado	O método não deve ser utilizado.

Adaptado de WHO, 2010.

Considerando os anticoncepcionais combinados de baixa dose, serão apresentados a seguir dois exemplos de utilização dessas recomendações para se proceder à indicação do método na presença de algumas condições de saúde:

- Condição *tabagismo*: enquadra-se na **categoria 2** (o método pode ser utilizado de modo geral) quando a mulher tem menos de 35 anos. Entretanto, se ela possui 35 anos ou mais, deve ser avaliada a quantidade de cigarros fumados por dia: se menos de 15 a condição se encaixa na **categoria 3** (o método pode ser utilizado com restrições) e se fuma 15 ou mais cigarros por dia, na **categoria 4** (o método não deve ser utilizado).
- Condição *hipertensão*: enquadra-se na **categoria 3** (o método pode ser utilizado com restrições) quando a mulher possui antecedente de hipertensão (em que a pressão arterial NÃO PODE ser avaliada, inclusive hipertensão na gravidez) e/ou hipertensão adequadamente controlada (em que a pressão arterial PODE ser avaliada e/ou níveis elevados de pressão arterial onde a pressão arterial sistólica esteja entre 140 e 159 mmHg ou a pressão arterial diastólica esteja entre 90 e 99 mmHg). Enquadra-se na **categoria 4** (o método não deve ser utilizado) apenas quando a mulher possuir níveis elevados de pressão arterial (onde a pressão arterial sistólica seja superior a 160 mmHg ou a pressão arterial diastólica seja superior a 100 mmHg) e/ou portadoras de alguma doença cardiovascular.

No Brasil, o Ministério da Saúde define que aquelas mulheres que apresentam condições que se enquadram nas categorias **3** e **4** possuem contraindicação explícita para o uso de ACO, sendo que a utilização do método não é indicada (BRASIL, 2010).

2.5. Fatores que contraindicam o uso de contraceptivos orais

2.5.1. Doença cardiovascular

O efeito dos hormônios sexuais femininos sobre o risco de desenvolver doenças cardiovasculares (DCV) tem sido bastante estudado, uma vez que é consolidado na literatura que esses hormônios possuem ação direta sobre os vasos sanguíneos devido à presença de grande número de receptores (BRITO, NOBRE, VIEIRA, 2011).

A trombofilia, o acidente vascular encefálico (AVE), o infarto agudo do miocárdio (IAM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são as principais complicações do uso de contraceptivos orais (KAPLAN, SILVERBERG, 1987, BRASIL, 2002; SIEGERINK, 2010).

A estase sanguínea e a hipercoagulabilidade são fatores que aumentam o risco de desenvolvimento do tromboembolismo venoso (BRITO, NOBRE, VIEIRA, 2011). Os ACO aumentam a tendência de formação de coágulos pela redução do tempo de coagulação, da atividade da tromboplastina e da quantidade de ativadores de fibrinólise na parede dos vasos sanguíneos (KAPLAN, SILVERBERG, 1987, SIEGERINK, 2010).

São três os mecanismos principais (KAPLAN, SILVERBERG, 1987; CASTELLI, 1999):

1. Aumento da coagulação pelo aumento da polaridade negativa dos vasos e das células sanguíneas;
2. Diminuição da velocidade do fluxo sanguíneo linear em decorrência da dilatação dos vasos periféricos;

3. Mudanças na cadeia de coagulação e de fibrinólise no sentido de favorecer a formação de coágulos, uma vez que diminui a atividade da antitrombina III e do fator X que inibem a coagulação.

Dois estudos do tipo caso-controle realizados sob coordenação da OMS, e publicados em 1995, encontraram que as usuárias de contraceptivos orais, mesmo após ajuste segundo outros fatores de risco para DCV, apresentam maior risco de desenvolver tromboembolismo venoso do que aquelas que não os utilizam (EFFECT..., 1995; VENOUS..., 1995).

Estudo de coorte realizado com mulheres em Israel avaliou o risco de desenvolvimento de trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP) associado à Drospiridona (análogo da aldosterona que é antagonista da espironolactona) que possui atividade antimerlocorticoide e antiandrogênica. A Drospiridona promove a redução do ganho de peso e do edema mais que outros tipos de anticoncepcionais. Entretanto, nesse estudo evidenciou-se o aumento do risco de desenvolver TVP e a TEP associado ao uso dessa substância (GRONICH, LAVI, RENNERT, 2011).

De maneira semelhante, a hipertensão, a trombofilia e os danos nos vasos arteriais podem culminar em danos nos vasos coronários, acelerando a doença arterial coronariana. Os problemas de se utilizar ACO associados a cigarros, HAS, diabetes mellitus (DM) e dislipidemias aumentam, de modo que a associação de no mínimo três desses fatores já é capaz de aumentar o risco de desenvolver IAM em 128 vezes. Isso porque, dentre os fatores já citados, os estrógenos também possuem a característica de aumentar o tônus da musculatura lisa das artérias coronárias podendo provocar isquemia miocárdica por espasmo das artérias coronárias (CASTELLI, 1999).

Naquela mulher que apresenta múltiplos fatores de risco importantes, de modo que um deles isoladamente aumentaria o risco de desenvolver doença cardiovascular, o uso de

ACO poderá aumentar o risco a uma condição inaceitável. Entretanto, essa avaliação não é simplesmente aditiva, deve-se levar em consideração a condição clínica da mulher e a necessidade do uso do método (WHO, 2010).

2.5.2. Hipertensão

O uso de ACO eleva discretamente os níveis pressóricos médios (LUBIANCA, FACCIN, FUCHS, 2003). O mecanismo dessa ação consiste na capacidade do estrógeno em aumentar a síntese hepática de proteínas que servem de substrato para a ação da renina na produção de angiotensina. Sendo assim, há um aumento plasmático da renina ativa e da angiotensina II que estimulam a síntese de aldosterona, cujo papel, por sua vez, é reter sódio, com conseqüente elevação da pressão sanguínea (CASTELLI, 1999).

Dessa maneira, como o AVE e a hemorragia cerebral apresentam maior chance de acometer as usuárias de contraceptivos orais, é importante ressaltar que a combinação entre hipertensão severa e uso de ACO aumenta muito esse risco (WHO, 2010; GOLDSTEIN *et al.*, 2011). Entretanto, mulheres com hipertensão adequadamente tratada apresentam menor risco de IAM e AVE quando comparadas com aquelas não tratadas (WHO, 2010).

2.5.3. Tabagismo

Os efeitos maléficos do cigarro vão além daqueles associados às doenças cardiovasculares, uma vez que também se associam a doenças respiratórias e a vários tipos de cânceres (WUNSCH FILHO, 2010).

Estudo norte-americano realizado entre 2002 e 2004 utilizando dados do BRFSS, indica que um terço (32,8%) das mulheres em idade reprodutiva usavam contraceptivo oral. Entre as fumantes, essa proporção era de 26,9% e entre as não fumantes, 34,6%. Observou-se que o uso de ACO é significativamente menor entre mulheres que fumam, indicando que tanto os profissionais de saúde, quanto as próprias usuárias tendem a acatar as definições da OMS quanto às restrições do uso deste método (MCCLAVE *et al.*, 2010).

Nos Estados Unidos, a maioria das fumantes usuárias de contraceptivo oral encontrava-se na faixa etária entre 18 e 24 anos, fazia uso de bebida alcoólica, era solteira, possuía alta escolaridade e era branca (não hispânicas) (MCCLAVE *et al.*, 2010).

Usuárias de ACO apresentaram maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares, como AVE, IAM e TVP. Esse risco é ainda maior entre aquelas que fumam, além de haver um efeito dose dependente, ou seja, é tanto maior quanto maior o número de cigarros/dia. Assim, quando se associa idade, tabagismo e número de cigarros, é contraindicado o uso de ACO para as fumantes com mais de 35 anos, independente da quantidade de cigarros/dia, mas o efeito deletério do fumo é mais pronunciado naquelas que com mais de 15 cigarros/dia (BRASIL, 2002; VESSEY *et al.*, 2003, WHO, 2010).

Efeito semelhante é percebido em relação ao risco de desenvolver tromboembolismo venoso, uma vez que, em usuárias de contraceptivo oral, ele é três vezes maior do que naquelas que não usam. Quando comparadas às que usam ACO e fumam, o risco é cerca de oito vezes maior (POMP, ROSENDAAL, DOGGEN, 2008).

Estudo realizado por Raval *et al.* (2011) que avaliou em ratos o dano cerebral após isquemia demonstrou pela primeira vez que a nicotina contida nos cigarros associada ao uso de contraceptivos orais exacerba o efeito deletério pós-isquêmico no tecido neural, apresentando evidências de que, nessa população específica, a nicotina possui efeito danoso. Contudo, esta associação ainda não está estabelecida entre as mulheres.

2.5.4. Dislipidemia

A dislipidemia é caracterizada por alterações na concentração de lipoproteínas e lípides sanguíneos (triglicérides, colesterol, lipoproteínas de alta e baixa densidade – HDL e LDL). Tais alterações se associam ao desenvolvimento de aterosclerose (PRADO, DANTAS, 2002).

Em relação ao uso de ACO, deve ser analisado avaliando-se sua gravidade, uma vez que é considerado fator de risco para doença cardiovascular (WHO, 2010).

O estrógeno endógeno é capaz de alterar as enzimas microsossomais hepáticas envolvidas na síntese de triglicérides favorecendo sua formação. Dessa maneira, há um aumento do nível de triglicérides em mulheres que usam ACO (KAPLAN, SILVERBERG, 1987, SIEGERINK, 2010).

Dessa forma, as placas ateromatosas que se formam no interior dos vasos sanguíneos, principalmente entre as túnicas das artérias, são favorecidas pelo aumento dos níveis séricos dos glicerídeos (triglicérides e colesterol) e consistem na alteração das paredes arteriais tornando-as mais susceptíveis a formação de coágulos. Sendo assim, quanto maior o grau de dislipidemia do indivíduo maior será o risco de formação de placas ateromatosas e, por conseguinte, trombos que podem vir a causar doenças como IAM, AVE, TEP, TVP (KAPLAN, SILVERBERG, 1987, SIEGERINK, 2010).

2.5.5. Obesidade e Diabetes

A tolerância a glicose é pior em quem usa ACO, mas raramente leva a hiperglicemia ou ao DM em si. As placas ateromatosas que favorecem a formação de trombos também são favorecidas pela diminuição da tolerância a glicose que aumenta a glicemia (KAPLAN, SILVERBERG, 1987, SIEGERINK, 2010).

Mulheres obesas apresentam maior chance de desenvolver diabetes e, por esse motivo, a gravidez não planejada aumenta tanto as taxas de morbimortalidade materna e infantil quanto as chances do desenvolvimento do diabetes na gestante e no bebê (CATALANO, EHRENBERG, 2006; BONEY *et al.*, 2005; WHITAKER, 2004; KRISHNAMOORTHY, SCHRAM, HILL, 2006; YU, TEOH, ROBINSON, 2006).

O uso de método contraceptivo seguro e eficiente em mulheres com alguma condição médica crônica, como é o caso da obesidade, é fundamental uma vez que essas mulheres estão mais frequentemente sujeitas a complicações relacionadas à gestação (SFP, 2009). No caso de mulheres com alguma condição crônica que por si só já gera algum risco cardiovascular, o uso de métodos contraceptivos, mesmo sendo contraindicado é preferível quando comparado ao risco advindo de uma gestação (WHO, elegibilidade).

Mulheres obesas utilizam menos métodos contraceptivos do que mulheres com IMC normal. Mulheres diabéticas utilizam mais ininterruptamente os contraceptivos porque acreditam que sua doença de base diminui a eficácia do método ou que o método as deixa ainda mais “doentes”. Além disso, na sociedade atual, as mulheres estão postergando a maternidade o que torna mais provável a presença de alguma comorbidade (CHUANG *et al.*, 2005).

Uma vez que a eficácia do método em obesas está mais associada ao uso continuado e correto da medicação do que a fatores metabólicos, a obesidade por si só não é um fator que contraindique o uso de ACO (SFP, 2009).

Entretanto, deve-se considerar que mulheres obesas já possuem um risco de outras comorbidades como hipercolesterolemia, hipertensão e diabetes (ABDOLLAHI, CUSHMAN, ROSENDAAL, 2003).

O risco de eventos tromboembólicos como a TVP em mulheres com índice de massa corporal (IMC) superior a 30 kg/cm^2 , consideradas obesas, é superior aquelas com IMC normal. Entretanto, esse risco aumenta muito quando associado ao uso de contraceptivos orais (TEAL, GINOSAR, 2007; SIDNEY *et al.*, 2004; SKOUBY, 2010).

Não há dados sobre a segurança do uso de ACO em mulheres obesas e comorbidades associadas, bem como em mulheres com $\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$ (SFP, 2009).

O impacto da adiposidade excessiva na farmacocinética dos contraceptivos orais não é totalmente conhecido. Sabe-se que existe uma avidéz dos esteróides pelo tecido adiposo, propiciando redução em sua biodisponibilidade. Dessa forma a obesidade por si só não é estabelecida como uma contraindicação para o uso da pílula, uma vez que não é comprovada a diminuição da eficácia do método. O que ocorre frequentemente é a descontinuidade do método por mulheres que relacionam o ganho de peso ao uso da pílula. (ESHRE, 2006; SKOUBY, 2010).

Embora para as mulheres essa relação ainda não esteja claramente estabelecida, ensaio clínico realizado com macacas para avaliar a interferência do ganho de peso com o uso de contraceptivos evidenciou redução significativa do peso das primatas em uso de ACO (EDELMAN *et al.*, 2011).

Alterações na composição corporal, principalmente em nível central, estão fortemente associadas a distúrbios no metabolismo lipídico e de glicose e também nos níveis pressóricos (SILVA, 2008). Da mesma forma, a síndrome metabólica (SM) está associada a um risco aumentado de doença cardiovascular e mortalidade. Os portadores de DM tipo 2 têm alta prevalência de SM, bem como mulheres com diabetes gestacional. Isso faz com que mulheres com alguma predisposição ao DM sejam mais cautelosas no planejamento de suas gestações (LAUENBORG *et al.*, 2004; VERMA *et al.*, 2002) e, conseqüentemente, também na escolha do método contraceptivo.

O uso do contraceptivo hormonal, por si só, está vinculado a um aumento do risco de desenvolver trombose arterial. Também está relacionado a uma diminuição a tolerância aos carboidratos, mas as maiores preocupações referentes ao uso do ACO em diabéticas estão mais relacionadas às complicações cardiovasculares desta doença do que com o efeito no metabolismo dos carboidratos (WHO, 2010).

Há indícios de que os contraceptivos hormonais modernos com baixa dosagem hormonal, além de poderem ser utilizados com segurança, por mulheres com diabetes não complicada trazem benefícios na medida em que evitam uma gravidez não desejada e que pode trazer complicações tanto para a gestante quanto para sua prole (SKOUBY, 2010).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo utiliza dados secundários provenientes de informações obtidas por meio do sistema de vigilância por telefone, VIGITEL, no ano de 2008, entre os residentes das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal.

3.1. Delineamento e população do estudo

3.1.1. Base de dados, população de estudo e amostra

Trata-se de estudo epidemiológico de base populacional, transversal e descritivo segundo categorização de LAST (2001). Foi realizado com base em dados secundários de amostra representativa da população brasileira, VIGITEL, 2008. Assim, os dados utilizados são referentes ao inquérito realizado pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 2008, nas 27 capitais brasileiras, sendo que aí se inclui o Distrito Federal.

O sistema VIGITEL utiliza um método de amostragem que objetiva obter amostras probabilísticas da população adulta residente em domicílios onde haja pelo menos uma linha de telefonia fixa no ano corrente nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (BRASIL, 2009).

Assim, com o objetivo de atingir um erro máximo percentual de dois pontos percentuais e um intervalo de confiança de 95%, o tamanho amostral pré-estabelecido é de 2.000 indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos. Anualmente são realizadas 54.000 entrevistas, 2.000 por cada capital (BRASIL, 2009).

A amostragem ocorre em etapas. A primeira consiste em um sorteio de 5.000 linhas telefônicas por cidade. Em seguida, são agrupadas em 25 réplicas de 200 linhas cada. Tal divisão em réplicas é necessária devido à dificuldade em se estimar anteriormente a proporção de linhas que serão elegíveis. Dessa forma, essas combinações são utilizadas até que se complete o número mínimo de 2.000 amostras. Posteriormente é realizada a verificação da elegibilidade da linha telefônica, ou seja, as linhas são averiguadas para identificar se as mesmas são residenciais e se estão ativas. Logo após, as linhas ativas são verificadas quanto à aquiescência em participar da pesquisa e, assim que é obtida, realiza-se a enumeração dos residentes maiores de 18 anos daquele domicílio para sortear quem será entrevistado (BRASIL, 2009; MOURA *et al.*, 2008).

O VIGITEL iniciou sua coleta de dados no ano de 2006. As entrevistas são realizadas por uma empresa sediada em Belo Horizonte, contratada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, que gerencia e acompanha esse trabalho. Há uma equipe responsável pelas entrevistas composta por um coordenador, quatro supervisores e 60 entrevistadores, todos treinados previamente pelo Ministério da Saúde.

O APÊNCICE A traz o questionário que é aplicado durante a entrevista, que é composto de duas partes: a primeira consta da identificação do entrevistado, já a segunda aborda questões referentes à alimentação, atividade física, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, morbidade auto-referida, peso e altura auto referidos e situação de saúde. A cada ano são inseridas perguntas chamadas “rotativas” que abordam alguma área de interesse específica do Ministério da Saúde. Para o ano de 2008, foram eleitos os assuntos: possuir ou não plano de saúde, acesso a serviços de saúde mental e uso de métodos contraceptivos.

No banco de dados original do VIGITEL para o ano de 2008, há um total de 54.353 participantes, dos quais 32.918 são mulheres. Foram incluídas neste estudo todas

aquelas cuja faixa etária estava entre 18 e 49 anos uma vez que se considera a idade reprodutiva entre 15 e 49 anos, reduzindo esse número para 21.074 indivíduos.

Após serem questionadas sobre a possibilidade de estarem grávidas no momento da entrevista, 457 mulheres referiram gravidez e 112 disseram não saber. Entretanto, elas foram incluídas nas análises uma vez que, segundo nosso entendimento, como o objetivo desse trabalho é investigar o uso inadequado de ACO e os fatores de risco cardiovasculares a ele associados, não faria diferença se as mulheres estivessem ou não grávidas para o desfecho em questão.

A cobertura de linhas telefônicas fixas para o ano de 2008 variou de 34 a 82% entre as capitais onde foram extraídas as amostras.

Cabe observar ainda que todas as informações obtidas pelo VIGITEL são autorreferidas. Esse tipo de dado tem sido amplamente utilizado em estudos epidemiológicos por ser uma estratégia de menor custo, acessível e rápido para estimar a prevalência de doenças, agravos e fatores de risco na população além de apresentar validade e confiabilidade satisfatórias (CHRESTANI, SANTOS, MATIJASEVICH, 2009).

3.2. Variáveis do estudo

3.2.1. *Uso de métodos contraceptivos*

O uso de métodos contraceptivos foi avaliado inicialmente com o questionamento sobre a utilização de algum método para evitar a gravidez. Àqueles que respondiam *SIM* era perguntado qual o método utilizado com maior frequência (laqueadura, camisinha, pílula, Dispositivo Intrauterino (DIU), diafragma, injeção, implante hormonal ou outros).

3.2.2. *Uso de contraceptivos orais*

Foram consideradas como usuárias de contraceptivo oral, dentre as que referiram utilizar algum método contraceptivo, aquelas que relataram o uso do anticoncepcional oral (pílula) como método utilizado.

3.2.3. *Uso inadequado de contraceptivos orais*

Para que a mulher fosse elegível ao uso de contraceptivo oral inadequado, ela deveria ter respondido *SIM* ao questionamento quanto ao uso de algum método contraceptivo e referir o contraceptivo oral como método utilizado. Aliado a isso, ela deveria também ser portadora de uma ou mais das seguintes condições de saúde autorreferidas:

- Tabagista com 35 anos ou mais de idade **e/ou**;

- Hipertensão **e/ou**;
- Doença cardiovascular.

A eleição dessas condições para compor a variável *uso inadequado* se baseou na definição de contraindicações para o uso de contraceptivos orais baseadas em evidências científicas publicadas em 2010, pela OMS e adotados pelo MS (BRASIL, 2010).

3.2.4. Variáveis sócio-demográficas

3.2.4.1. Idade

A faixa etária considerada pelo MS como aquela na qual as mulheres se encontram em idade reprodutiva é de 14 a 49 anos. Entretanto, para fins desse estudo, a idade abrangida foi de 18 a 49 anos, uma vez que o inquérito telefônico só pode ser realizado com indivíduos maiores de 18 anos, por questões éticas. O indivíduo foi questionado sobre sua idade (em anos) no momento da entrevista.

Para fins de análise, a idade foi categorizada (em anos): *18 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44 e 45 a 49.*

3.2.4.2. Escolaridade

Na impossibilidade de analisar algum fator socioeconômico pode-se utilizar a escolaridade como *proxy*, uma vez que, geralmente, o nível socioeconômico das populações é

acompanhado pelo grau de instrução. A categorização da escolaridade foi feita de acordo com os anos de estudo da seguinte maneira (em anos): *0 a 8* , *9 a 11*, *12 e mais* (RIPSA, 2008).

3.2.4.3. Cor

A cor da pele autodeclarada (branca, negra, parda ou morena, amarela - apenas ascendência oriental e vermelha - ascendência indígena) foi categorizada em brancos e não brancos para fins de análise.

3.2.5. Variáveis referentes a fatores de risco cardiovascular

Nesse trabalho as variáveis utilizadas para definir os fatores de risco cardiovascular foram: hipertensão, diabetes, doença cardiovascular, dislipidemia, tabagismo e obesidade.

A resposta positiva a algumas das questões conforme o quadro implicou a presença do fator de risco. Dessa forma foi possível calcular a proporção dos indivíduos portadores de risco cardiovascular.

Quadro 3 – Questões sobre presença de fatores de risco autorreferidos para doença cardiovascular.

Hipertensão	<i>Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem pressão alta?</i>
Diabetes	<i>E diabetes?</i>
Doença cardiovascular	<i>E infarto, derrame ou acidente vascular cerebral?</i>
Dislipidemia	<i>E colesterol ou triglicérides elevados?</i>
Tabagismo	<i>O (A) sr (a) fuma?</i>

Nas perguntas referentes ao tabagismo não se avaliou o tipo, ou seja, não houve diferenciação entre cigarros, cigarrilhas, cachimbos, charutos.

Com base na pergunta “*O (A) sr (a) fuma?*” pôde-se calcular a proporção de indivíduos fumantes independente da quantidade de cigarros.

A seguir, foi feita a quantificação dos cigarros fumados por meio da pergunta “*Quantos cigarros o (a) sr (a) fuma por dia?*”.

Ao se analisar esta questão juntamente com a idade, criou-se a variável **fumante com mais de 35 anos**, que considerou o uso de cigarros em qualquer quantidade.

Para a variável obesidade foi necessário o cálculo do índice de massa corporal (IMC), que foi obtido por meio da seguinte equação: $IMC = [Peso (kg)]/[estatura(m)]^2$, sendo que o peso e a estatura corporal foram autoreferidos. O indivíduo classificado como obeso foi definido, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1995), como aquele cujo IMC foi igual ou superior a 30 kg/m^2 .

3.2.6. Satisfação com o método contraceptivo utilizado

Foram duas as questões abordadas: qual o método é utilizado; qual é o método de desejo para uso. Assim, foi possível conhecer o grau de satisfação das mulheres em relação ao método. Essas perguntas permitiram, em parte, avaliar o acesso, uma vez que quando ocorre o contentamento, ou seja, se não há outro método de desejo, espera-se que o acesso ao método esteja sendo adequado.

3.3. Análise de dados

A análise de dados do Sistema VIGITEL permite inferir sobre a população maior de 18 anos residente nas cidades brasileiras em residências que são cobertas por pelo menos uma linha de telefonia fixa. Embora a rede de telefonia fixa tenha crescido, não é um serviço universal e, portanto, as inferências realizadas a partir de análises de dados como esses devem ser cautelosas. Populações de extratos econômicos inferiores podem não ser bem representadas por esse tipo de estudo (MOURA *et al*, 2008).

A fim de minimizar limitações provenientes dessas análises estratégias são utilizadas, como é o caso de correções pós-estratificação a partir do cálculo de pesos. Isso permite corrigir vícios de estimativas fazendo com que cada indivíduo entrevistado seja capaz de representar outros.

Segundo Moura e colaboradores, o peso final utilizado no VIGITEL advém do produto de três fatores:

1. O fator de ponderação referente às linhas telefônicas: usa o inverso do número de linhas telefônicas no domicílio do entrevistado, que corrige a

maior chance que indivíduos com mais de uma linha telefônica por domicílio têm de ser sorteados;

2. O fator de ponderação referente aos residentes do domicílio: usa o número de adultos no domicílio do entrevistado, para corrigir a menor chance que o indivíduo tem de ser sorteado em uma casa com várias pessoas;
3. O fator de correção referente às categorias sociodemográficas: decorre da estratificação segundo o sexo, a faixa etária e o nível de escolaridade de acordo com a população adulta total de cada cidade segundo a relação entre os dados do CENSO e da PNAD.

Para essa última ponderação, o banco de dados VIGITEL 2008 utiliza os dados do CENSO 2000 e da PNAD 2008. Esse terceiro fator iguala a composição sociodemográfica da amostra a toda a população da cidade permitindo assim que as inferências sejam confiáveis (MOURA *et al*, 2008).

Neste estudo o programa STATA (*Data Analysis and Statistical Software*) versão 10 foi utilizado para a análise dos dados. As estimativas foram calculadas utilizando-se um intervalo de confiança de 95%.

3.4. Aspectos éticos

Esse estudo está integrado a um projeto mais amplo e possui aprovação no Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde – CONEP nº 13081 – intitulado “Implantação do sistema de monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis a partir de entrevistas telefônicas no Distrito Federal e no conjunto das capitais dos estados brasileiros” (ANEXO A).

Por se tratar de entrevistas por telefone, o consentimento livre e esclarecido é substituído pelo consentimento verbal obtido na ocasião do contato telefônico com o entrevistado. Os indivíduos foram esclarecidos quanto aos fins de pesquisa e a possibilidade de desistir de participar do estudo a qualquer momento da entrevista, sobre a inexistência de risco ou danos extras à sua saúde e sobre a garantia do sigilo das informações fornecidas. Em alguns casos as entrevistas foram gravadas para permitir futura avaliação do controle de qualidade, mas os entrevistados eram esclarecidos sobre este fato e informados que, assim que verificada a qualidade da informação, as gravações seriam apagadas.

4. RESULTADOS

Contemplados os critérios de inclusão, a amostra final foi composta de 21.074 mulheres em idade reprodutiva, entre 18 e 49 anos. Os dados apresentados, inicialmente, se referem a todas elas, independente do uso de algum método contraceptivo. Assim, 61,7% possuíam menos de 35 anos; aproximadamente metade se declarou solteira, 48,0%, e a outra metade casada, 46,4%; a maioria das mulheres possuía menos de oito anos de estudo, 45,7%. Autodeclararam-se de cor branca 37,2% e 3,0% declararam seu estado de saúde como ruim (TABELA 1).

A TABELA 2 apresenta as estimativas referentes à proporção de mulheres de 18 a 49 anos por capitais e regiões brasileiras de moradia. Grande parte das mulheres que participaram do VIGITEL 2008 se encontrava em idade reprodutiva, proporção esta variando de 65,3 a 89,4%, sendo que há uma maior proporção de mulheres nessa faixa etária na região Norte e menor no Sudeste.

TABELA 1 – Características sociodemográficas das mulheres entre 18 e 49 anos da população brasileira.

	PORCENTAGEM (%)
ESTADO CIVIL	
Solteira	48,0
Casada/vive junto	46,4
Viúva	1,1
Separada	4,5
FAIXA ETÁRIA (em anos)	
18 a 24	28,1
25 a 29	17,1
30 a 34	16,5
35 a 39	13,3
40 a 44	15,4
45 a 49	9,7
ESCOLARIDADE (em anos)	
0 a 8	45,9
9 a 11	36,4
12 e mais	17,8
COR	
Não Branca*	62,8
Branca	37,2
AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE	
Bom	97,0
Ruim	3,0

FONTE: Elaborada pela autora [Dados do VIGITEL-2008]

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

TABELA 2 – Proporção das mulheres entre 18 e 49 anos da população brasileira segundo local de moradia (REGIÃO e CIDADE).

	PROPORÇÃO (%)	IC (95%)
REGIÃO NORTE	81,0	79,5 - 82,4
Palmas	89,4	87,1 - 91,7
Boa Vista	86,2	83,9 - 88,5
Manaus	82,8	80,4 - 85,3
Porto Velho	82,5	79,9 - 85,2
Macapá	82,4	79,6 - 85,1
Rio Branco	81,3	77,9 - 84,7
Belém	77,3	74,3 - 80,3
REGIÃO CENTRO-OESTE	78,9	77,3 - 80,6
Distrito Federal	79,9	77,3 - 82,6
Cuiabá	79,8	77,2 - 82,5
Goiânia	78,1	75,0 - 81,1
Campo Grande	76,5	73,7 - 79,3
REGIÃO NORDESTE	76,2	75,0 - 77,4
São Luís	80,4	77,8 - 83,1
Teresina	78,3	75,4 - 81,2
Salvador	77,8	75,0 - 80,6
Maceió	77,1	74,0 - 80,2
Aracaju	77,0	73,9 - 80,1
Fortaleza	75,4	72,1 - 78,7
Natal	74,2	71,1 - 77,3
João Pessoa	73,4	70,1 - 76,8
Recife	72,5	69,5 - 75,6
REGIÃO SUL	70,5	68,5 - 72,5
Florianópolis	73,9	71,0 - 76,9
Curitiba	73,8	70,9 - 76,6
Porto Alegre	65,7	62,3 - 69,2
REGIÃO SUDESTE	69,9	67,9 - 71,9
Vitória	74,6	71,5 - 77,7
Belo Horizonte	72,8	69,3 - 76,3
São Paulo	71,8	68,7 - 74,8
Rio de Janeiro	65,3	62,0 - 68,5

FONTE: Elaborada pela autora [Dados do VIGITEL-2008]

A proporção de mulheres brasileiras que realizaram algum tipo de planejamento familiar (69,4%) e qual o método contraceptivo adotado são apresentadas na TABELA 3. Dentre eles, o mais comumente utilizado foi o contraceptivo oral (33,8%) seguido do preservativo masculino (28,1%) e da esterilização cirúrgica feminina (22,5%).

Em relação ao contentamento com o método utilizado, 67,1% disseram estar satisfeitas. Entretanto, dentre os métodos que foram citados como alvo do desejo das mulheres, o preservativo masculino esteve em primeiro lugar com 9,1%, seguido por contraceptivo oral com 8,3%.

Os contraceptivos orais são os mais utilizados, com um percentual de 33,8%, porém, se considerarmos todos os contraceptivos hormonais (pílula, injeção e implante) essa proporção sobe para 51,5%.

TABELA 3 – Realização de planejamento familiar e uso de métodos contraceptivos por mulheres entre 18 e 49 anos da população brasileira.

	PROPORÇÃO (%)	IC (95%)
PLANEJAMENTO FAMILIAR		
Não	30,6	29,0 - 32,2
Sim	69,4	67,8 - 71,0
MÉTODO USADO		
Pílula	33,8	31,9 - 35,9
Camisinha	28,1	26,3 - 29,9
Laqueadura	22,5	21,1 - 24,0
Injeção	6,0	4,4 - 8,3
Vasectomia	4,2	3,5 - 5,0
DIU	3,0	2,4 - 3,8
Diafragma	0,1	0,0 - 0,2
Implante	0,0	0,0 - 0,1
Outros	2,3	1,7 - 3,0
MÉTODO DESEJADO		
Nenhum outro	67,1	65,5 - 68,8
Camisinha	9,1	8,1 - 10,2
Pílula	8,3	7,4 - 9,3
Laqueadura	5,1	4,4 - 6,0
Injeção	3,5	2,9 - 4,3
DIU	2,5	2,0 - 3,0
Vasectomia	1,5	1,2 - 1,9
Implante	0,2	0,1 - 0,6
Diafragma	0,1	0,1 - 0,1
Outros	2,6	2,3 - 3,1

FONTE: Elaborada pela autora [Dados do VIGITEL-2008]

Alguns dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares que restringem as indicações de contraceptivos orais quando presentes isoladamente ou associados, são apresentados a seguir. Dessa maneira pode-se delinear um panorama sobre o perfil de exposição das mulheres brasileiras a fatores de risco tão relevantes para doenças cardiovasculares que, recentemente, são a principal causa de morbimortalidade da população. Nota-se que pelo menos 10% das mulheres brasileiras entre 18 a 49 anos se autorreferiram hipertensas ou fumantes ou dislipidêmicas ou obesas.

TABELA 4 – Distribuição, entre todas as mulheres brasileiras de 18 e 49 anos, de alguns fatores de risco para doenças cardiovasculares.

	PROPORÇÃO (%)	IC (95%)
Hipertensão	15,5	14,4 - 16,7
Tabagismo	12,2	11,1 - 13,4
Dislipidemia	11,7	10,8 - 12,7
Obesidade (IMC\geq30)	10,2	9,3 - 11,1
Diabetes	2,0	1,7 - 2,4
Doença cardiovascular	1,1	0,8 - 1,6

FONTE: Elaborada pelo autor [Dados do VIGITEL-2008]

A partir daqui os resultados se referem apenas àquela parcela da população feminina de 18 a 49 anos que utiliza os contraceptivos orais, uma vez que esse é o alvo do presente estudo (33,8%). Dessa forma, é descrita na tabela 5 a presença de alguns fatores de risco, isolados ou associados, que contraindicam seu uso pela população feminina.

TABELA 5 – Distribuição de alguns fatores considerados contraindicações para o uso de contraceptivos orais entre mulheres brasileiras de 18 a 49 anos que utilizam esse método.

FATOR DE RISCO	PROPORÇÃO (%)	IC (95%)
Tabagismo	11,6	9,2-14,1
Hipertensão	10,7	8,5-13,0
Dislipidemia	8,8	7,3-10,3
Obesidade (IMC≥30)	5,8	4,4-7,2
Idade ≥ 35 anos e tabagismo	2,8	1,8-3,9
Diabetes	0,8	0,4-1,3

FONTE: Elaborada pela autora [Dados do VIGITEL-2008]

Observa-se que a proporção de fumantes e hipertensos são as maiores entre os fatores de risco apresentados.

TABELA 6 – Proporção do uso inadequado de contraceptivos orais entre mulheres brasileiras de 18 a 49 anos que utilizam contraceptivos hormonais segundo região de moradia.

Região de moradia	Uso inadequado de contraceptivo oral	
	%	IC (95%)
Nordeste (NE)	14,6	9,8 - 21,3
Norte (N)	13,9	9,5 - 19,9
Sul (S)	13,5	9,4 - 19,0
Sudeste (SE)	12,7	9,3 - 17,1
Centro-oeste (CO)	11,7	8,7 - 15,4
TOTAL	13,1	10,9 - 15,7

FONTE: Elaborada pela autora [Dados do VIGITEL 2008]

Observa-se que embora não haja diferença significativa entre as proporções de uso inadequado dos ACO entre as regiões, é levemente maior na região Nordeste.

Análise semelhante foi efetuada em relação às capitais brasileiras. Percebeu-se que, diferentemente das regiões, há uma discrepância entre as proporções nas cidades que varia de 35,1%, em Teresina, a 3,9%, em João Pessoa. Observou-se, também, que dentre as populações das cinco capitais que mais utilizam inadequadamente os ACO, três pertencem à região Norte (TABELA 7).

Comparando-se as estimativas para o uso inadequado de contraceptivos orais dentro de uma mesma região, observou-se que para a região Nordeste a estimativa foi 14,6%, sendo que Maceió, Natal, Salvador e Teresina apresentam valores superiores a esse. Já na região Norte (13,8%), as capitais Macapá, Manaus, Boa Vista e Rio Branco superaram a média global para a região. Da mesma maneira, no Sul (13,3%), apenas Porto Alegre; no Sudeste (12,7%), Vitória, São Paulo e Belo Horizonte e no Centro-oeste (11,7%), o Distrito Federal, Cuiabá e Campo Grande.

Vale observar que treze capitais se encontram acima da proporção global para o Brasil (13,1%): Teresina, Rio Branco, Boa Vista, Salvador, Manaus, Campo Grande, Macapá, Natal, Porto Alegre, Maceió, Aracajú, Cuiabá e Belo Horizonte; sendo que quase a totalidade delas se concentra nas regiões Nordeste e Norte.

TABELA 7 – Proporção do uso inadequado de contraceptivos orais entre mulheres brasileiras de 18 a 49 anos que utilizam contraceptivos orais de acordo com a cidade de moradia do participante.

	Uso inadequado de contraceptivo oral	
	%	IC (95%)
<i>Região NORDESTE</i>		
Teresina	35,5	18,6 - 57,0
Salvador	18,8	7,1 - 41,1
Natal	16,5	8,6 - 29,5
Maceió	16,0	*
Aracaju	14,3	7,1 - 26,6
Recife	11,8	4,8 - 26,1
São Luís	9,7	4,5 - 19,6
Fortaleza	7,0	2,8 - 16,4
João Pessoa	3,9	1,5 - 9,8
<i>Região NORTE</i>		
Rio Branco	24,9	12,5 - 43,6
Boa Vista	20,6	9,2 - 39,9
Manaus	18,1	8,9 - 33,1
Macapá	17,4	6,8 - 37,7
Belém	8,3	3,3 - 19,1
Palmas	8,9	*
Porto Velho	7,6	3,6 - 15,6
<i>Região CENTRO-OESTE</i>		
Campo Grande	17,4	9,7 - 29,3
Cuiabá	14,1	8,0 - 23,5
Distrito Federal	11,7	7,3 - 18,2
Goiânia	8,0	4,6 - 13,7
<i>Região SUL</i>		
Porto Alegre	16,4	9,4 - 27,0
Curitiba	10,9	6,8 - 17,0
Florianópolis	10,7	5,2 - 20,6
<i>Região SUDESTE</i>		
Belo Horizonte	13,7	8,1 - 22,1
São Paulo	12,9	8,0 - 20,3
Vitória	12,8	6,7 - 23,2
Rio de Janeiro	11,7	7,3 - 18,4

FONTE: Elaborada pela autora [Dados do sistema VIGITEL 2008]

Nota: IC – Intervalo de confiança (95%)

* Intervalo de confiança instável

A escolaridade, *proxy* para condição socioeconômica, foi utilizada para avaliar a relação do grau de instrução com o uso de ACO. Percebeu-se que, quanto maior a quantidade de anos de estudo, menor a proporção do uso inadequado desse método, sendo que cerca de 1/5 das mulheres com oito anos ou menos de escolaridade utilizam inadequadamente os ACO.

TABELA 8 – Proporção do uso inadequado de contraceptivos orais entre mulheres brasileiras de 18 a 49 anos que utilizam contraceptivos orais segundo nível de escolaridade.

Escolaridade	Uso inadequado de contraceptivo oral	
	%	IC (95%)
0 a 8 anos	21,1	15,3 - 26,8
9 a 11 anos	9,0	4,7 - 9,8
12 anos e mais	7,2	6,9 - 11,1

FONTE: Elaborada pela autora [Dados do sistema VIGITEL 2008]

Nota: IC – Intervalo de confiança (95%)

Mesmo sabendo que a idade é utilizada na composição da variável *uso inadequado de contraceptivo oral*, o que faz com que seja esperado um aumento da proporção acima de 35 anos, desejou-se apresentar aqui esse dado para destacar que 8,3% das mulheres com idade de 18 a 24 anos apresentam alguma contraindicação, ou seja, elas são hipertensas ou apresentam alguma doença cardiovascular e, mesmo assim, fazem uso da pílula como método para o planejamento familiar.

TABELA 9 – Proporção do uso inadequado de contraceptivos orais entre mulheres brasileiras de 18 a 49 anos que utilizam contraceptivos orais segundo idade.

Idade (em anos)	Uso inadequado de contraceptivo oral contraindicado	
	%	IC (95%)
18 a 24	8,3	3,5 - 13,2
25 a 29	7,6	4,8 - 10,4
30 a 34	10,2	6,4 - 14,0
35 a 39	22,3	15,2 - 29,4
40 a 44	47,2	36,4 - 58,0
45 a 49	46,5	30,6 - 62,4

FONTE: Elaborada pela autora [Dados do sistema VIGITEL 2008]
Nota: IC – Intervalo de confiança (95%)

A fim de analisar iniquidades relacionadas ao uso inadequado de contraceptivos orais, avaliaram-se as diferenças entre as proporções por capital e região de moradia em relação ao grau de instrução.

TABELA 10 - Proporção do uso contraindicado de contraceptivos orais entre mulheres brasileiras de 18 a 49 anos por cidade de moradia segundo o nível de escolaridade.

REGIÃO DE MORADIA	ANOS DE ESCOLARIDADE					
	0 a 8		9 a 11		12 e mais	
	%	IC (95 %)	%	IC (95 %)	%	IC (95 %)
Sudeste	20,1	10,0 30,1	9,1	5,3 12,8	6,3	2,9 9,7
Norte	20,2	9,1 31,3	9,5	5,3 13,8	8,3	4,0 12,7
Sul	21,1	9,1 33,1	9,4	5,4 13,3	8,9	5,2 12,5
Centro-oeste	19,9	10,5 29,3	8,3	4,9 11,7	4,8	2,6 7,1
Nordeste	23,9	11,9 35,8	8,7	5,7 11,7	3,5	1,8 5,2

FONTE: Elaborada pela autora [Dados do sistema VIGITEL 2008]

Nota: IC – Intervalo de confiança (95%)

Na tabela 10 nota-se que não há diferenças significantes entre as proporções encontradas para as regiões e, em todas elas, há uma maior proporção de uso inadequado nas mulheres com baixa escolaridade, o que indica a grande importância do grau de instrução na maneira com que a população feminina escolhe e utiliza seu método contraceptivo.

5. DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste trabalho indicam que grande parte das mulheres em idade reprodutiva, no Brasil, utiliza algum método para o planejamento familiar (69,4%). Essa proporção foi menor que a encontrada em outros estudos também realizados com a população feminina em amostras probabilísticas: 81,0% em população brasileira (IBGE, 2010) e 84% na população americana (BENSYL *et al.*, 2005). Em relação aos tipos de métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres brasileiras, verificou-se que o ACO é a escolha para 33,8% delas, valor menor que o encontrado pela PNAD 2008 (25,0%).

Assim, observa-se que este trabalho apresenta estimativas próximas dos resultados obtidos por meio de inquéritos epidemiológicos face a face realizados em âmbito nacional, o que depõe a favor da confiabilidade dos dados coletados por meio de inquérito telefônico.

Outro importante resultado deste trabalho consiste no fato de uma parte considerável das mulheres em idade reprodutiva que utiliza os ACO, o fazem de forma inadequada. Em termos gerais, a proporção de mulheres que usa inadequadamente os contraceptivos orais foi de 13,1%. Dentre as contraindicações para seu uso abordadas neste estudo destacaram-se a hipertensão (10,7%) e o tabagismo (11,6%).

Ao analisar o uso inadequado segundo a região e a capital de moradia do entrevistado, não foram identificadas diferenças importantes entre as regiões, entretanto o que chama a atenção são as discrepâncias encontradas entre as capitais, inclusive dentro da mesma região. Observa-se que os valores extremos estão localizados na região Nordeste. Nessa região, a maior proporção de uso inadequado estimado em Teresina com 35,5% e a menor em João Pessoa, com 3,9%. No Norte tem-se 24,9% em Rio Branco e 7,6% em Porto Velho. No Centro-oeste, 17,4% em Campo Grande e 8,03% em Goiânia. Já no Sudeste (13,7% em Belo

Horizonte e 11,7% no Rio de Janeiro) e no Sul (16,4% em Porto Alegre a 10,9% em Curitiba) as diferenças foram menos acentuadas e os intervalos de confiança coincidentes, o que leva a crer que as discrepâncias maiores ocorrem nas outras regiões.

Para nosso conhecimento não existem estudos populacionais realizados em nível nacional similares ao presente trabalho para se fazer uma comparação mais elaborada. Entretanto, nossa estimativa de uso inadequado de ACO foi de 12,9% para a cidade de São Paulo. Esse valor foi menor que o encontrado por Hardy *et al.* (1991) para o estado de São Paulo (15,0)%. Deve-se fazer essa análise com critério, uma vez que esses autores consideraram como uso inadequado apenas as mulheres hipertensas e/ou tabagistas com idade igual ou superior a 35 anos. Nossa estimativa também foi menor que a prevalência de contraindicação absoluta para o uso de ACO obtida por Faúndes *et al.* (1986) em estudo realizado na cidade de Campinas (29,3%), interior de São Paulo. Tais variações podem se dever a diferentes metodologias utilizadas.

Outro resultado relevante neste estudo foram as potenciais diferenças nas estimativas de uso inadequado por nível de escolaridade. Observou-se que quanto maior o grau de instrução, menor a proporção de uso inadequado de ACO. Sendo assim, como o maior nível de escolaridade está relacionado a um maior nível socioeconômico, então poder-se-ia se especular que o uso inadequado de ACO é maior entre as mulheres com pior nível socioeconômico. Essas estimativas foram semelhantes aos resultados de Dias-da-Costa *et al.* (2002).

A análise do uso inadequado por cidade de moradia evidenciou grandes discrepâncias dentro da mesma região, sugerindo que a região e/ou a cidade de moradia devem de alguma maneira potencializar o uso inadequado afetando sua relação com a escolaridade, o que pode indicar uma potencial interação entre essas variáveis. Entretanto,

como o objetivo deste trabalho se limita a uma análise descritiva, tal hipótese não foi avaliada uma vez que seria necessário maior refinamento analítico.

De maneira geral, as estimativas encontradas para o uso inadequado de ACO apontam para qual parcela da população deve ser o foco de ações para o planejamento familiar: as mulheres mais novas e com menor nível de escolaridade. Quanto mais precocemente a mulher desenvolver alguma complicação relacionada ao uso de ACO que provoque algum tipo de incapacidade, maior será a degradação na sua qualidade de vida e maiores os encargos para a sociedade.

Por outro lado, as escolhas individuais que consistem em comportamentos perigosos não podem ser consideradas como iniquidade em saúde, a não ser que o indivíduo tenha pouca escolha em relação ao modo de vida. Mas o acesso inadequado a serviços de saúde ou outros serviços fundamentais é considerado como iniquidade (WHITEHEAD, 1991).

Assim, a partir de nossa análise nota-se que a escolaridade representa um fator de iniquidade para o uso de ACO. O que pode ser explicado pelo fato de que mulheres com mais instrução tenham maior alcance às informações sobre o método que desejam utilizar e, até mesmo, possuem uma consciência mais elaborada sobre os riscos inerentes ao seu uso. A identificação de desigualdades no acesso e uso de serviços de saúde é foco da atenção de investigações acadêmicas e de administradores públicos na medida em que fornece informações importantes para o planejamento de ações de saúde pública.

Um último resultado que se deseja comentar diz respeito ao contentamento referente ao método utilizado. Observou-se que a grande maioria das mulheres está satisfeita, o que indica, de certa forma, que ela percebe o acesso ao método por ela utilizado como suficiente. Contudo, essa satisfação não permite dizer que a utilização do método está sendo adequada. Embora não se tenha pretendido realizar uma avaliação sobre percepção da usuária

ou sobre o acesso ao ACO, o elevado número de mulheres utilizando contraceptivos orais pode sugerir que esse é o método mais disponível. Entretanto, mesmo que ainda seja o método mais utilizado, sua prevalência vem diminuindo, o que indica melhoria no acesso a outros métodos como mostra CARLOTO *et al.* (2008). Apesar disso, conforme demonstrado neste trabalho, os ACO ainda mantêm a primeira colocação como método de desejo das mulheres que não o utilizam, dado corroborado pela PNDS 2006. Análises temporais poderão ser realizadas futuramente na medida em que o módulo sobre planejamento familiar seja novamente aplicado pelo VIGITEL.

Uma das principais limitações deste estudo refere-se ao uso das entrevistas telefônicas. A cobertura de linhas telefônicas fixas varia de 34 a 82% entre as capitais onde foram extraídas as amostras. Entretanto, essa limitação pode ser cotornada com a inclusão de pesos de pós-estratificação das amostras. Em razão da sua praticidade e custo relativamente baixo o uso dos sistemas de vigilância em saúde por meio de inquérito telefônico têm se mostrado uma metodologia bastante eficiente e prática para o contexto da vigilância em saúde. Estudo comparativo entre pesquisas realizadas por meio de entrevista face a face e inquérito telefônico fornece indícios a favor desta, desde que realizadas a partir de questionários bem estruturados e entrevistadores bem treinados (MOURA *et al.*, 2009; SEGRI *et al.*, 2010; FERREIRA *et al.*, 2011). O uso das correções pós-estratificação obtidas por meio dos pesos calculados através de estratégias estatísticas reduz eficazmente o risco de erros sistemáticos relacionados à cobertura de telefonia fixa.

Outra limitação deste estudo diz respeito aos dados autorreferidos na medida em que a morbidade referida pode refletir em um viés de memória. Isso pode se dever ao desconhecimento real das condições de saúde do indivíduo decorrente de diversos motivos como, por exemplo, falta de acesso aos serviços de saúde, ausência de consenso entre os médicos sobre os critérios usados para relatar essas condições ao portador, limitações

individuais referentes à capacidade de entendimento dos indivíduos sobre sua própria condição de saúde.

Sem (2002) alerta para os erros que podem ocorrer quando as pesquisas se baseiam apenas na percepção do indivíduo, de modo que as pessoas com maior nível de escolaridade e mais acesso aos serviços de saúde tendem a perceber melhor sua condição de saúde/doença.

Mesmo com essas limitações, o VIGITEL mostra-se um sistema de vigilância eficiente por fornecer estimativas relevantes e apresenta vantagens relacionadas a uma grande amostra populacional com amplitude nacional, além do baixo custo e da maior agilidade no fornecimento de resultados quando comparados aos inquéritos face a face.

Deve-se lembrar que a desigualdade no acesso a bens e serviços na população é muito mais ampla, de modo que diversos são os fatores que interferem tanto no desejo em utilizar determinado método quanto na real efetivação de seu uso. Várias são as situações e condições que influenciam tanto na escolha do método como na manutenção de sua utilização. O acesso deve ser avaliado amplamente, uma vez que pela própria segurança do indivíduo, a indicação clínica deve ser prioritária para a eleição do mesmo.

6. CONCLUSÕES

O contraceptivo oral é o método de planejamento familiar mais utilizado entre as mulheres de 18 a 49 anos da população brasileira.

Este estudo obteve que a proporção global de uso inadequado de contraceptivos orais no Brasil foi de 13,1% (IC95% 10,9-15,7%). Esta estimativa não é considerada baixa, pois nessas condições, o risco clínico de desenvolver doenças cardiovasculares é elevado. Além disso, esse achado aponta para a necessidade de ações públicas no sentido de melhorar os serviços de assistência à saúde, principalmente referentes ao planejamento familiar.

Observou-se também a relevância da escolaridade como fator de iniquidade, uma vez que influencia as estimativas do uso inadequado de ACO, o que foi demonstrado pela maior proporção de mulheres usando inadequadamente contraceptivos orais se encontra em faixa de menor escolaridade. Além disso, as diferenças evidenciadas entre as diversas capitais brasileiras fornecem indícios de que a região ou a cidade de moradia possam de alguma maneira afetar a relação da escolaridade com o uso inadequado de ACO.

REFERÊNCIAS

ABDOLLAHI, M.; CUSHMAN, M.; ROSENDAAL, F. Obesity: risk of venous thrombosis and the interaction with coagulation factor levels and oral contraceptive use. **Thrombosis and haemostasis**, Stuttgart, v. 89, n. 3, p. 493-498, Mar. 2003.

AHLUWALIA, I.; WHITEHEAD, N.; BENSYL, D. Pregnancy Intention and Contraceptive Use Among Adult Women. **Maternal and Child Health Journal**, New York, v. 11, n. 4, p. 347-351, Jul. 2007.

ARSENAULT, B. J.; PIBAROT, P.; DESPRÉS, J. P. The quest for the optimal assessment of global cardiovascular risk: are traditional risk factors and metabolic syndrome partners in crime? **Cardiology**, New York, v. 113, n.1, p.35-49, Mar. 2009.

BENSYL, D. M. et al. Contraceptive use - United States and territories, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2002. **MMWR Surveillance Summaries**, Atlanta, v. 54, n. 6, p. 1-72, Nov. 2005.

BERQUO, E.; CAVENAGHI, S. Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. **Novos Estudos – CEBRAP**, São Paulo, n. 74, Mar. 2006.

BONEY, C. M. et al. Metabolic syndrome in childhood: association with birth weight, maternal obesity, and gestational diabetes mellitus. **Pediatrics**, Vermont , v. 115, n. 3, p. e290-e296, Mar. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília: 1984.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, v. 128, n. 182, pp. 18055-18059, 20 set. Seção I, pt. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência em planejamento familiar: manual técnico**. 4. ed. Brasília, DF: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2006**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 91p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2008**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 112p (A).

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2008**: Saúde suplementar. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Rio de Janeiro, RJ, 2009. 156p (B).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 300 p (C).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Sexual e reprodutiva**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n.26. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 299p

BRITO, M. B.; NOBRE, F.; VIEIRA, C. S. Contraceção hormonal e sistema cardiovascular. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, São Paulo, v. 96, n. 4, p. e81-e89. Apr. 2011.

BRUNNER HUBER, L. R.; HUBER, K. R. Contraceptive Choices of Women 35–44 Years of Age: Findings From the Behavioral Risk Factor Surveillance System. **Annals of Epidemiology**, New York, v. 19, n. 11, p. 823–83, Nov. 2009.

CARLOTTO, K. et al . Características reprodutivas e utilização de serviços preventivos em saúde por mulheres em idade fértil: resultados de dois estudos transversais de base populacional no extremo Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2054-2062, Sep. 2008.

CARRENO, I. et al. Uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, May 2006.

CARVALHAES, M. A. B. L.; MOURA, E. C.; MONTEIRO, C. A. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas: inquérito populacional mediante entrevistas telefônicas em Botucatu, São Paulo, 2004. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.11, p.14-23, 2008.

CASTELLI, W. P. Cardiovascular disease: pathogenesis, epidemiology, and risk among users of oral contraceptives who smoke. **American journal of obstetrics and gynecology**, St. Louis, v. 180, n. 6Pt 2, p. S349-S356, Jun. 1999.

CATALANO, P. M.; EHRENBERG, H. M. The short- and long-term implications of maternal obesity on the mother and her offspring. **BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology**, Oxford, v. 113, n. 10, p. 1126-1133, Oct. 2006.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION / CDC. **Behavioral Risk Factor Surveillance System** – BRFSS. About the BRFSS. 2008. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/brfss/about.htm>>. Acessado em: Jan 2012.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION / CDC. **National Health Interview Survey** – NHIS. About the National Health Interview Survey. 2012. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/nhis/about_nhis.htm>. Acessado em: Jan. 2012.

CHRESTANI, M. A. D.; SANTOS, I. S.; MATIJASEVICH, A. M.. Hipertensão arterial sistêmica auto-referida: validação diagnóstica em estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, Nov. 2009 .

CHUANG, C.H. et al. Contraceptive use by diabetic and obese women. **Women's Health Issues**, v. 15, n. 4, p. 167-173, Jul. 2005

COSTA, S. H. et al. A prática de planejamento familiar em mulheres de baixa renda no município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, Apr. 1989.

DIAS-DA-COSTA, J. S.; D'ELIA, P. B.; MOREIRA, M. R. Uso de métodos anticoncepcionais e adequação de contraceptivos hormonais orais na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: 1992 e 1999. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 93-99, jan.-fev. 2002.

EDELMAN, A. et al. Combined oral contraceptives and body weight: do oral contraceptives cause weight gain? A primate model. **Human reproduction**, Oxford, v. 26, n. 2, p. 330-336, Fev. 2011.

EFFECT of different progestagens in low oestrogen oral contraceptives on venous thromboembolic disease. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. **Lancet**, London, v. 346, n. 8990, p. 1582-1588, Dec. 1995.

ESCODA, M. S. Q. Sobre iniquidade em saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.6, n.1, p.16-24, dez. 2004.

EUROPEAN SOCIETY OF HUMAN REPRODUCTION AND EMBRYOLOGY / ESHRE - CAPRI WORK GROUP. Nutrition and reproduction in women. **Human Reproduction Update**, Oxford, v. 12, n. 3, p. 193-207, May-Jun. 2006.

FAÚNDES, A. et al. Frequência e adequação do uso de métodos contraceptivos por mulheres de Campinas. **Revista Paulista de Medicina**, São Paulo, v. 104, n. 1, p. 44-46, 1986.

FERREIRA, A. D. et al. Validade de estimativas obtidas por inquérito telefônico: comparação entre VIGITEL 2008 e inquérito Saúde em Beagá. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. Supl. 1, p. 16-30, 2011.

GOLDSTEIN, L. B. et al. Guidelines for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**, New York, v. 42, n. 2, p. 517-584, Feb. 2011.

GRONICH, N.; LAVI, I.; RENNERT, G. Higher risk of venous thrombosis associated with drospirenone-containing oral contraceptives: a population-based cohort study. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 183, n. 18, p. e1319-1325, Dec. 2011.

HARDY, E. E. et al. Adequação do uso de pílula anticoncepcional entre mulheres unidas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 2, Apr. 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA / IBGE. Síntese de indicadores sociais, 2006. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA / IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). **Um Panorama da Saúde no Brasil**: Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: 2010. 245 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA / IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php>. Acesso em: Jul. 2011 (A).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA / IBGE. Censo Demográfico 2010. **População residente, por sexo e grupos de idade, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação – 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00>>. Acesso em 9 ago. 2011(B).

JUNGE, W. et al. Metabolic and Haemostatic Effects of Estradiol Valerate/Dienogest, a Novel Oral Contraceptive. **Clinical drug investigation**, Mairangi Bay, v. 31, n. 8, p. 573-584, 2011.

KAPLAN, A.P., SILVERBERG, M. The coagulation-kinin pathway of human plasma. **Blood**, Washington, v. 70, n. 1, p. 1-15, Jul. 1987.

KANNEL, W. B. Global Cardiovascular Risk Assessment. IN: WONG, N. D.; BLACK, H. R.; GARDIN, J. M. **Preventive Cardiology**: a practical Approach. 2 ed. New York: McGraw Hill, 2004. Cap. , p.

KRISHNAMOORTHY, U.; SCHRAM, C. M. H.; HILL, S. R. Maternal obesity in pregnancy: Is it time for meaningful research to inform preventive and management strategies? **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Oxford, v. 113, n. 10, p. 1134-1140, Oct. 2006.

LAST, J. M. **A Dictionary of Epidemiology**. 4th ed. Oxford: Oxford University Press, 2001. 224 p.

LAUENBORG, J. et al. Increasing incidence of diabetes after gestational diabetes mellitus a long-term follow-up in a Danish population. **Diabetes Care**, New York, v. 27, n. 5, p.1194–1199, May 2004.

LUBIANCA, J. N.; FACCIN, C. S.; FUCHS, F. D. Oral contraceptives: a risk factor for uncontrolled blood pressure among hypertensive women. **Contraceptions**, v. 67, n. 1, p. 19-24. Jan. 2003

MALTA, D. C. et al. A Construção da Vigilância e Prevenção das Doenças crônicas não transmissíveis não Contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006.

MCCLAVE, A. K. et al. Cigarette Smoking Women of Reproductive Age Who Use Oral Contraceptives: Results from the 2002 and 2004 Behavioral Risk Factor Surveillance Systems. **Women's Health Issues**, New York, v. 20, n. 6, p. 380–385, Nov.-Dec. 2010.

MONTEIRO, C. A. et al. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 47-57. Feb. 2005.

MOURA, E. C. et al. Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal (2006). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, supl. 1, p. 20-37, Mai. 2008.

MOURA, E. C. et al. Prevalence and social distribution of risk factors for chronic noncommunicable diseases in Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 26, n. 1, Jul. 2009.

NELSON, D. E. et al. A comparison of national estimates from the National Health Interview Survey and the Behavior Risk Factor Surveillance System. **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 8, p. 1335-1341, Ago. 2003.

POMP, E. R.; ROSENDAAL, F. R.; DOGGEN, C. J. Smoking increases the risk of venous thrombosis and acts synergistically with oral contraceptive use. **American Journal of Hematology**, New York, v. 83, n. 2, p. 97-102, Feb. 2008.

PRADO, E.S.; DANTAS, E.H.M. Efeitos dos exercícios físicos aeróbio e de força nas lipoproteínas HDL, LDL e lipoproteína(a). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 79, n. 4, Oct. 2002.

RAVAL, A. P. et al. Nicotine And Estrogen Synergistically Exacerbate Cerebral Ischemic Injury. **Neuroscience**, Oxford, v.181, p. 216–225, May 2011.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE / RIPSА. Indicadores Básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. RIPSА. Organização Pan Americana para a Saúde. 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/CapituloB.pdf>> Acesso em: 01/02/2011.

ROSS, J.; STOVER, J. The Family Planning Program Effort Index: 1999 Cycle. **International Family Planning Perspectives**, New York, v. 27, n. 3, p. 119-129, Sep. 2001.

ROSS, J. et al. Contraceptive Method Choice in Developing Countries. **International Family Planning Perspectives**, New York, v. 28, n. 1, p. 32-40, Mar. 2002.

SEGRI, N. J. et al. Inquérito de saúde: comparação dos entrevistados segundo posse de linha telefônica residencial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 503-512, Jun. 2010.

SEN, A. Health: perception versus observation. **British medical journal**, London, v. 324, p. 860-861, Apr. 2002.

SHERIF, K. Benefits and risks of oral contraceptives. **American journal of obstetrics and gynecology**, St. Louis, v. 180, n. 6, Part 2, p. S343-S348, Jun. 1999.

SIDNEY, S. et al. Venous thromboembolic disease in users of low-estrogencombined estrogen-progestin oral contraceptives. **Contraception**, v. 70, n. 1, p. 3-10, Jul. 2004.

SIEGERINK, B et al. Intrinsic Coagulation Activation and the Risk of Arterial Thrombosis in Young Women. **Circulation**, Dalas, v. 122, n. 18, p. 1854-1861, Nov. 2010.

SILVA, D. A. et al. Distúrbios metabólicos e composição corporal em uma comunidade rural do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, Rio de Janeiro, v. 52, p. 489-498, Apr. 2008.

SOCIETY OF FAMILY PLANNING / SFP. HIGGINBOTHAM, S. Contraceptive considerations in obese women: release date 1 September 2009, Society of Family Planning (SFP) Guideline 20091. **Contraception**, v. 80, n. 6, p. 583-90, Dec. 2009.

SKOUBY, S. O. Hormonal contraception in obesity, the metabolic syndrome, and diabetes. **Annals of the New York Academy of Sciences**, New York, v. 1205, p. 240-244, Sep. 2010.

TEAL, S. B., GINOSAR, D. M. Contraception for women with chronic medical conditions. **Obstetrics and gynecology clinics of North America**, Philadelphia, v. 34, n. 1, p. 113–126. Mar. 2007.

VAN HYLCKAMA VLIEG, A. et al. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. **British medical journal**, London, v. 339, b2921, Aug. 2009.

VENOUS thromboembolic disease and combined oral contraceptives: results of international multicentre casecontrol study. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. **Lancet**, n. 346, n. 8990, p. 1575-1582. Dec 1995.

VERMA, A. et al. Insulin resistance syndrome in women with prior history of gestational diabetes mellitus. **The Journal of clinical endocrinology and metabolism**, Springfield, v. 87, n. 7, p. 3227–3235, Jul. 2002.

VESSEY, M.; PAINTER, R.; YEATES, D. Mortality in relation to oral contraceptive use and cigarette smoking. **Lancet**, London, v. 362, n. 9379, p. 185-191, Jul. 2003.

VIEIRA, E. M. et al. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 263-270, Jun. 2001

WHITAKER, R. C. Predicting preschooler obesity at birth: the role of maternal obesity in early pregnancy. **Pediatrics**, Vermont, v. 114, n. 1, p. e29-e36, Jul. 2004.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International journal of health services : planning, administration, evaluation**, Westport, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION / WHO. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: World Health Organization, 1995. 36 p. (Technical Report Series, 854).

WORLD HEALTH ORGANIZATION / WHO. **Preventing Chronic Diseases**. A vital investments. WHO Global Report. Geneva: World Health Organization, 2005. 200p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION / WHO. **Medical eligibility criteria for contraceptive use**. 4th ed. Geneva: 2010. 121p.

WUNSCH FILHO, V. et al. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 175-187, Jun. 2010.

YU, C. K. H. ; TEOH, T. G. ; ROBINSON, S. Obesity in pregnancy. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Oxford, v. 113, n. 10, p. 1117-1125, Oct. 2006.

ANEXOS

ANEXO A - Aprovação no Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde – CONEP nº 13081

SIPAR - Ministério da Saúde
Registro Número
25000.076527/2008-00
19/05/08



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Esplanada dos Ministérios, Bloco "G" – Ed. Anexo, Ala "B" –
4º andar – sala 436B – CEP 70058-900- Brasília / DF
Tel. : (61) 3315-2951 / Fax : (61) 3226-6453
conep@saude.gov.br – <http://conselho.saude.gov.br>

OFÍCIO Nº 973 CONEP/CNS/MS

Brasília, 15 de maio de 2008.

À Senhora
Dra. Déborah Arvalho Malta
Coordenadora Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis- CGDANT/DASIS/SVS/MS
Edifício Sede, sala 142

Assunto: Cumprimento das recomendações do Parecer nº 749/2006.
Resposta ao memorando nº 35 CGDANT/DASIS/SVS/MS

Registro CONEP 13081: *"Implantação do sistema de monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis a partir de entrevistas telefônicas no Distrito Federal e no conjunto das capitais dos estados brasileiros".*

Senhora Coordenadora,

1. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP comunica que as Recomendações do Parecer Nº **749/2006**, que estavam pendentes, foram atendidas, por meio da documentação recebida SIPAR nº 25000.122136/2006-02.

Atenciosamente ,

Gyséle Saddi Tannous
Coordenadora da CONEP/CNS/MS

jf

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário do Sistema VIGITEL utilizado no ano de 2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE – SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS
NÃO TRANSMISSÍVEIS POR ENTREVISTAS TELEFÔNICAS – VIGITEL – 2008

Apoio: NUPENS-USP e SEGP-MS

Disque Saúde = 0800-61-1997

Operador: **xx**

Réplica: **xx**

Cidade: **xx**, confirma a cidade: sim não (agradeça e encerre; excluir do banco amostral e do agenda)

1. Réplica **XX** número de moradores **XX** número de adultos **XX**
2. Bom dia/tarde/noite. Meu nome é **XXXX**. Estou falando do Ministério da Saúde, o número do seu telefone é **XXXX**?
 sim não – Desculpe, liguei no número errado.
3. Sr(a) gostaria de falar com o(a) sr(a) **NOME DO SORTEADO**. Ele(a) está?
 sim
 não - Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) Sr(a) **NOME DO SORTEADO**?
 residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

3.a Posso falar com ele agora?
 sim
 não - Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) Sr(a) **NOME DO SORTEADO**?
 residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.
4. O(a) sr(a) foi informado sobre a avaliação que o Ministério da Saúde está fazendo?
 sim (pule para q5)
 não - O Ministério da Saúde está avaliando as condições de saúde da população brasileira e o seu número de telefone e o(a) sr(a) foram selecionados para participar de uma entrevista. A entrevista deverá durar cerca de 7 minutos. Suas respostas serão mantidas em total sigilo e serão utilizadas junto com as respostas dos demais entrevistados para fornecer um retrato das condições atuais de saúde da população brasileira. Para sua segurança, esta entrevista poderá ser gravada. Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, poderá esclarecê-la diretamente no Disque Saúde do Ministério da Saúde, no telefone: 0800-61-1997. O(a) sr(a) gostaria de anotar o telefone agora ou no final da entrevista?

5. Podemos iniciar a entrevista?
- sim (pule para q6)
 - não - Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos?
 - residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.
6. Qual sua idade? (só aceita ≥ 18 anos e < 150 __anos (se < 21 anos, pule q12 a q13)
7. Sexo:
- masculino (pule a q14)
 - feminino (se > 50 anos, pule a q14)
8. Até que série e grau o(a) sr(a) estudou?
- curso primário 1 2 3 4
 - admissão
 - curso ginásial ou ginásio 1 2 3 4
 - 1º grau ou fundamental ou supletivo de 1º grau 1 2 3 4 5 6 7 8
 - 2º grau ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de 2º grau 1 2 3
 - 3º grau ou curso superior 1 2 3 4 5 6 7 8 ou +
 - pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado) 1 ou +
 - nunca estudou
 - não sabe (só aceita q6>60)
 - Não quis responder
9. O(a) sr(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)? (só aceita ≥ 30 Kg e < 300 kg)
- ____ , ____ kg não sabe não quis informar
10. Quanto tempo faz que se pesou da última vez?
- menos de 1 semana
 - entre 1 semana e 1 mês
 - entre 1 mês e 3 meses
 - entre 3 e 6 meses
 - 6 ou mais meses
 - nunca se pesou
 - não lembra

19. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer verdura ou legume cozido junto com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame?
- 1 a 2 dias por semana
 - 3 a 4 dias por semana
 - 5 a 6 dias por semana
 - todos os dias
 - quase nunca (pule para q21)
 - nunca (pule para q21)
20. Num dia comum, o(a) sr(a) come verdura ou legume cozido:
- no almoço (1 vez no dia)
 - no jantar ou
 - no almoço e no jantar (2 vezes no dia)
21. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)?
- 1 a 2 dias por semana
 - 3 a 4 dias por semana
 - 5 a 6 dias por semana
 - todos os dias
 - quase nunca (pule para q23)
 - nunca (pule para q23)
22. Quando o(a) sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) sr(a) costuma:
- tirar sempre o excesso de gordura visível
 - comer com a gordura
 - não come carne vermelha com muita gordura
23. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma comer frango?
- 1 a 2 dias por semana
 - 3 a 4 dias por semana
 - 5 a 6 dias por semana
 - todos os dias
 - quase nunca (pule para q25)
 - nunca (pule para q25)
24. Quando o(a) sr(a) come frango com pele, o(a) sr(a) costuma:
- tirar sempre a pele
 - comer com a pele
 - não come pedaços de frango com pele
25. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar suco de frutas natural?
- 1 a 2 dias por semana
 - 3 a 4 dias por semana
 - 5 a 6 dias por semana
 - todos os dias
 - quase nunca (pule para q27)
 - nunca (pule para q27)

26. Num dia comum, quantas copos o(a) sr(a) toma de suco de frutas natural?
- 1
 - 2
 - 3 ou mais
27. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frutas?
- 1 a 2 dias por semana
 - 3 a 4 dias por semana
 - 5 a 6 dias por semana
 - todos os dias
 - quase nunca (pule para q29)
 - nunca (pule para q29)
28. Num dia comum, quantas vezes o(a) sr(a) come frutas?
- 1 vez no dia
 - 2 vezes no dia
 - 3 ou mais vezes no dia
29. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar refrigerante (ou suco artificial tipo **tampico**)?
- 1 a 2 dias por semana
 - 3 a 4 dias por semana
 - 5 a 6 dias por semana
 - todos os dias
 - quase nunca (pule para q32)
 - nunca (pule para q32)
30. Que tipo?
- normal
 - diet/light
 - ambos
31. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia?
- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6 ou +
 - não sabe
32. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite? (**não vale leite de soja**)
- 1 a 2 dias por semana
 - 3 a 4 dias por semana
 - 5 a 6 dias por semana
 - todos os dias
 - quase nunca (pule para q34)
 - nunca (pule para q34)
33. Quando o sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?
- integral
 - desnatado ou semi-desnatado
 - os dois tipos
 - não sabe
34. Quantos dias na última semana, o (a) sr(a) comeu fora de casa?
- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
 - Todos os dias da semana
 - Nenhum

35. O(a) sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?
 sim não (pula para q41)
36. Com que frequência o(a) sr(a) costuma ingerir alguma bebida alcoólica?
 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 todos os dias
 menos de 1 dia por semana
 menos de 1 dia por mês (pule para q41)
37. Nos últimos 30 dias, o sr chegou a consumir mais do que 5 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (mais de 5 doses de bebida alcoólica seriam mais de 5 latas de cerveja, mais de 5 taças de vinho ou mais de 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para homens)
 sim (pule para q39) não (pule para q41)
38. Nos últimos 30 dias, a sra chegou a consumir mais do que 4 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (mais de 4 doses de bebida alcoólica seriam mais de 4 latas de cerveja, mais de 4 taças de vinho ou mais de 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para mulheres)
 sim não (pule para q41)
39. Em quantos dias do mês isto ocorreu?
 em um único dia no mês; em 2 dias em 3 dias em 4 dias
 em 5 dias em 6 dias em 7 ou mais dias Não sabe
40. Neste dia (ou em algum destes dias), o(a) sr(a) dirigiu logo depois de beber?
 sim não
41. O(a) sr(a) costuma adicionar sal na comida pronta, no seu prato, sem contar a salada?
 não sim, sempre ou quase sempre sim, de vez em quando

Nas próximas questões, vamos perguntar sobre suas atividades físicas do dia-a-dia.

42. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?
 sim não (pule para q47) (não vale fisioterapia)
43. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) sr(a) praticou? **ANOTAR APENAS O PRIMEIRO CITADO**
 caminhada (não vale deslocamento para trabalho)
 caminhada em esteira
 corrida

- corrida em esteira
 - musculação
 - ginástica aeróbica
 - hidrogenástica
 - ginástica em geral
 - natação
 - artes marciais e luta
 - bicicleta
 - futebol
 - basquetebol
 - voleibol
 - tênis
 - outros
44. O(a) sr(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?
- sim
 - não – (pule para q47)
45. Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?
- 1 a 2 dias por semana
 - 3 a 4 dias por semana
 - 5 a 6 dias por semana
 - todos os dias
46. No dia que o(a) sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?
- menos que 10 minutos
 - entre 10 e 19 minutos
 - entre 20 e 29 minutos
 - entre 30 e 44 minutos
 - entre 45 e 59 minutos
 - 60 minutos ou mais
47. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) trabalhou?
- sim
 - não – (pule para q52)
48. No seu trabalho, o(a) sr(a) anda bastante a pé?
- sim
 - não
 - não sabe
49. No seu trabalho, o(a) sr(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?
- sim
 - não
 - não sabe
50. O(a) sr(a) costuma ir a pé ou de bicicleta de casa para o trabalho:
- sim
 - não (pule para q52)
51. Quanto tempo o(a) sr(a) gasta para ir e voltar do trabalho?
- menos que 20 minutos
 - entre 20 e 29 minutos
 - 30 minutos ou mais

52. Quem costuma fazer a faxina da sua casa?
 eu sozinho (pula) eu com outra pessoa outra pessoa (pule para q54)
53. A parte mais pesada da faxina fica com:
 o(a) sr(a) ou outra pessoa ambos
54. O(a) sr(a) costuma assistir televisão todos os dias?
 sim (pule para q56) não
55. Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma assistir televisão?
 5 ou mais 3 a 4 1 a 2
 não costuma assistir televisão (pule para q57)
56. Quantas horas por dia o(a) sr(a) costuma assistir televisão?
 menos de 1 hora
 entre 1 e 2 horas
 entre 2 e 3 horas
 entre 3 e 4 horas
 entre 4 e 5 horas
 entre 5 e 6 horas
 mais de 6 horas
57. O(a) sr(a) fuma?
 sim, diariamente
 sim, ocasionalmente
 não – (pule para q61)
58. Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma por dia?
 1-4 5-9 10-14 15-19 20-29 30-39 40 ou +
59. Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente? (só aceita ≥ 5 anos e $\leq q6$)
 _____ anos não lembra
60. O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar?
 sim (pule para q64) não (pule para q64)
61. O(a) sr(a) já fumou?
 sim não (pule para q64)
62. Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente? (só aceita ≥ 5 anos e $\leq q6$)
 _____ anos não lembra
63. Que idade o(a) sr(a) tinha quando parou de fumar? (só aceita ≥ 62 e $\leq q6$)
 _____ anos não lembra

Para finalizar, nós precisamos saber:

64. Qual seu estado civil atual?
- solteiro
 - casado / juntado
 - viúvo
 - separado/divorciado
65. A cor de sua pele é:
- branca
 - negra
 - parda ou morena
 - amarela (apenas ascendência oriental)
 - vermelha (confirmar ascendência indígena)
 - não sabe
 - não quis informar
66. Além deste número de telefone, tem outro número de telefone fixo em sua casa? (não vale extensão)
- sim não – (pule a q93)
67. Se sim: Quantos no total? ____ números ou linhas telefônicas
68. Há quanto tempo tem telefone fixo em sua residência?
- menos de 1 ano
 - entre 1 e 2 anos
 - entre 2 e 3 anos
 - entre 3 e 4 anos
 - entre 4 e 5 anos
 - mais de 5 anos
 - não lembra
69. O(a) sr(a) tem celular?
- sim não não quis informar

Agora estamos chegando ao final do questionário e gostaríamos de saber sobre seu estado de saúde.

70. O(a) sr(a) classificaria seu estado de saúde como:
- muito bom,
 - bom,
 - regular ou
 - ruim
 - muito ruim
 - não sabe
 - não quis informar
71. Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem pressão alta?
- sim não não lembra

72. E diabetes?
 sim não não lembra
73. E infarto, derrame ou acidente vascular cerebral (AVC)?
 sim não não lembra
74. E colesterol ou triglicérides elevado?
 sim não não lembra
75. E osteoporose (doença/fraqueza dos ossos)?
 sim não não lembra
76. E doenças como asma, bronquite asmática, bronquite crônica ou enfisema?
 sim não (pule para q78) não lembra (pule para q78)
77. E ainda tem? (asma, bronquite asmática, bronquite crônica ou enfisema)
 sim não não sabe
78. A sra já fez alguma vez exame de papanicolau, exame do colo do útero? (apenas para sexo feminino)
 sim não (pule para q80) não sabe (pule para q80)
79. Quanto tempo faz que a sra fez exame de papanicolau?
 menos de 1 ano entre 1 e 2 anos entre 2 e 3 anos
 entre 3 e 5 anos 5 ou mais anos não lembra
80. A sra já fez alguma vez mamografia, raio x das mamas? (apenas para sexo feminino)
 sim não (pule para q82) não sabe (pule para q82)
81. Quanto tempo faz que a sra fez mamografia?
 menos de 1 ano entre 1 e 2 anos entre 2 e 3 anos
 entre 3 e 5 anos 5 ou mais anos
 não lembra
82. Quando o(a) sr(a) fica exposto ao sol, por mais de 30 minutos seja andando na rua, no trabalho ou no lazer, costuma usar alguma proteção?
 sim não (pule para q84)
 não fica exposto mais de 30 minutos (pule para q84)
83. Que tipo de proteção o(a) sr(a) costuma usar?
 filtro solar chapéu, sombrinha ambos
84. Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) sentiu necessidade ou precisou buscar atendimento médico ou psicológico para problemas relacionados a sua saúde mental ,como ansiedade, nervosismo, angústia ou depressão?
 sim não (pule para q86) não quis informar (pule para q86)
85. O(a) sr(a) conseguiu ser atendido?
 sim não não quis informar

86. Atualmente, o(a) sr(a) usa algum método para evitar a gravidez?
 Sim Não, não uso (pule para q89) Não, não tenho atividade sexual (pule para q89) Não quis informar (pule para q89)

87. Que método o(a) sr(a) usa atualmente com maior frequência?

87a se mulher

Laqueadura – ligadura de trompa
 Camisinha Pílula DIU Diafragma
 Injeção Implante hormonal Outros

87b se homem

Vasectomia Camisinha Outros

88. Qual método o(a) sr(a) gostaria de usar?

88a se mulher

Laqueadura – ligadura de trompa
 Camisinha Pílula DIU Diafragma
 Injeção Implante hormonal Outros

88b se homem

Vasectomia Camisinha Outros

89. O(a) sr(a) tem plano de saúde ou convênio médico?

Sim, apenas 1 Sim, mais de um Não Não quis informar

90. Qual é o nome da operadora ou plano de saúde?

Verificar Lista anexa

**Sr(a) XX Agradecemos pela sua colaboração. Se tivermos alguma dúvida voltaremos a lhe telefonar. Se não anotou o telefone no início da entrevista: Gostaria de anotar o número de telefone do Disque Saúde?
Se sim: O número é 0800-61-1997.**

Observações (entrevistador):

Nota: Mencionar para o entrevistado as alternativas de resposta apenas quando as mesmas se iniciarem por parêntesis