

LUIS BAHAMONDES¹FELIPE PINHO²NILSON ROBERTO DE MELO³ELIANE OLIVEIRA⁴MARIA VALERIA BAHAMONDES⁵

Fatores associados à descontinuação do uso de anticoncepcionais orais combinados

Associated factors with discontinuation use of combined oral contraceptives

Artigo original

Palavras-chave

Anticoncepção/métodos
Anticoncepcionais orais combinados
Questionários

Keywords

Contraception/methods
Contraceptives, oral combined
Questionnaires

Resumo

OBJETIVO: Avaliar as razões para descontinuar diversos anticoncepcionais orais combinados entre mulheres brasileiras iniciantes do método, residentes em áreas urbanas. **MÉTODOS:** Estudo de corte transversal com 400 ginecologistas do Brasil, registrados na Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Cada médico entrevistou 10 mulheres não grávidas, não lactantes, não em amenorreia, com idades entre 18 e 39 anos que consultavam solicitando anticoncepcional oral combinado (ACO), com um questionário no início de uso e aos 6 meses posteriores. O questionário incluiu dados sociodemográficos, tipo de ACO escolhido ou prescrito e razões para descontinuação, caso ocorresse durante o seguimento. A estratégia de seleção permitiu a inclusão de mulheres de diferentes estratos socioeconômicos, mas somente atendidas em consultórios privados ou de convênios. O tamanho da amostra foi estimado em 1.427 mulheres. **RESULTADOS:** Foram obtidas 3.465 entrevistas na primeira visita e 1.699 aos 6 meses posteriores. As mulheres tinham predominantemente entre 20 e 29 anos, 57,3% eram solteiras e em proporção quase igual de 45% tinham ensino médio ou superior. A maioria (60,7%) era nuligestas e dentre as que tinham usado algum método contraceptivo anteriormente, 71,8% tinham utilizado ACO. Entre os ACO mais prescritos ou escolhidos, o mais prevalente foram os monofásicos com etinilestradiol (20 µg) e no tocante ao progestágeno, o mais prevalente foi com gestodeno (36,5%), seguido por ACO com drospirirona (22,0%). Aos 6 meses, 63,5% continuavam em uso do ACO. Dentre as que descontinuaram o uso, as principais razões dadas foram: desejo de engravidar (36,5%) e efeitos colaterais (57,3%) como cefaléia (37,6%), aumento de peso (16,6%) e sangramento irregular (23,6%). **CONCLUSÕES:** A taxa de continuação do uso de ACO foi baixa aos seis meses e este estudo pode contribuir para que os médicos orientem melhor suas pacientes iniciantes no uso de ACO sobre os eventos adversos esperados que são mínimos e temporários e sobre os benefícios não contraceptivos dos ACO.

Abstract

PURPOSE: Due to the scarce information available in Brazil in relation to the number of women who initiated the use of combined oral contraceptives and prematurely discontinued, the objective was to assess the reasons for discontinuation of the use of several combined oral contraceptives among Brazilian women living in urban areas. **METHODS:** A cross-sectional study with 400 gynecologists registered with the Brazilian Federation of Obstetricians and Gynecologists. Each physician interviewed 10 non-pregnant, not breastfeeding, not amenorrheic women aged 18 to 39 years who consulted requesting combined oral contraceptive (COC) with a questionnaire at the beginning of use and at six months later. The questionnaire included sociodemographic data, type of COC chosen or prescribed and reasons for discontinuation when it occurred during follow-up. The strategy of selection allowed the inclusion of women from different socioeconomic strata, however, only those attended at private or insurance offices. The sample size was estimated at 1,427 women. **RESULTS:** A total of 3,465 interviews were conducted at the first visit and 1,699 six months later. The women were 20 to 29 years old, 57.3% were single and an equal proportion of 45.0% attended high school or college. Most (60.7%) were nulligravidas and among those who had used some contraceptive before, 71.8% had used a COC. Among the more prescribed or chosen COC the most prevalent were monophasic with ethynil estradiol

Correspondência:

Luis Bahamondes
Caixa Postal 6.181 – CEP: 13084-971
Campinas (SP), Brasil
Tel.: (19) 3289-2856 – Fax: (19) 3289-2440
E-mail: bahamond@caism.unicamp.br

Recebido

02/06/2011

Aceito com modificações

30/06/2011

Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

¹ Professor Titular do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

² Médico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

³ Professor Associado do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Médica Pesquisadora do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

⁵ Aluna de Doutorado do Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

Conflitos de interesse: O estudo foi parcialmente financiado pelo laboratório EMS do Brasil. Entretanto, EMS não se envolveu no desenvolvimento do protocolo, na coleta e análise dos dados, nem na preparação do manuscrito.

(20 µg) and regarding progestin the most prevalent was with gestodene (36.5%) followed by a COC with drospirone (22.0%). At six months 63.5% still used COC. Among those who discontinued the main reasons were wishing to become pregnant (36.5%) and side effects (57.3%) and the most prevalent were headache (37.6%), weight gain (16.6%) and irregular bleeding (23.6%). **CONCLUSIONS:** The continuation rate of COC was low at six months and this study could contribute to a better counseling on the part of physicians of patients who initiate COC about side-events that are rare, minimal and temporary and about the benefits of COC use.

Introdução

Os anticoncepcionais hormonais, incluindo os anticoncepcionais combinados orais, são os métodos contraceptivos reversíveis mais eficientes disponíveis e ao mesmo tempo são os mais utilizados no planeta, se excluirmos a China onde o método mais utilizado é o dispositivo intrauterino (DIU). Nos países desenvolvidos, em torno de 18% das mulheres casadas ou unidas alguma vez, usam anticoncepcional oral combinado (ACO) sendo esta proporção de 75% nos países em desenvolvimento¹ o que representa milhões de mulheres em uso em todo o mundo, incluindo o Brasil.

A característica mais marcante dos ACO é a facilidade de uso, embora o maior problema seja o fato da necessidade de ingestão diária que leva ao esquecimento frequente, com aumento da taxa de falha contraceptiva². A eficiência contraceptiva teórica dos ACO é altíssima, mas durante o uso típico, ou seja, mulheres que usam fora dos estudos clínicos controlados, a efetividade é menor que a esperada, o que pode ser reflexo das dificuldades que as mulheres enfrentam na aderência ao método, o que resulta por sua vez em baixas taxas de continuação a longo prazo.

Como exemplo, nos Estados Unidos a taxa de falha com ACO durante uso típico é de 8%, entretanto, para mulheres em uso perfeito esta taxa tem sido descrita como sendo apenas de 0,3%^{3,4}. A grande diferença deve ser atribuída a fatores humanos, principalmente pelo esquecimento de algumas pílulas. O uso correto e repetitivo pelas mulheres é fundamental para a taxa de efetividade, principalmente nos ACO que dependem de ingestão diária, ao contrário dos métodos de longa duração como DIU e implantes nos quais a continuação não depende de lembrança diária, semanal, mensal ou trimestral.

Os contraceptivos hormonais, em geral, se caracterizam por altas taxas de descontinuação e isto deve ser atribuído à pobre aderência, o que pode ser reflexo de efeitos colaterais^{5,6}, principalmente por efeitos hormonais indesejáveis ou esquecimento de tomar uma ou mais pílulas^{7,8}, o que leva a gravidezes não planejadas ou não desejadas.

É estimado que 32% de novas usuárias de ACO descontinuem no primeiro ano⁹ e uma análise com companhias de seguros de saúde nos Estados Unidos mostrou que mais de 35% de novas usuárias de ACO não retornaram a buscar a nova prescrição em um prazo de três meses de uso. Dados similares têm sido observados no

Brasil onde 45% das usuárias de ACO descontinuaram o uso nos primeiros 12 meses, sendo 12% por eventos adversos, embora esta proporção seja maior para injetáveis (64%)¹⁰. Embora ACO com menor dose de estrogênio estejam disponíveis no mercado brasileiro e estas novas formulações tenham sido desenvolvidas para minimizar os eventos adversos e aumentar a continuidade de uso, isto não tem ocorrido devido à maior taxa de sangramento irregular que provocam¹¹.

Devido à escassa informação existente no Brasil em relação ao número de mulheres que iniciam o uso de ACOs e descontinuam prematuramente, o objetivo deste estudo foi avaliar a taxa de continuação e as razões de descontinuação de uso de diversos ACO em uma coorte de mulheres brasileiras residentes em áreas urbanas do país.

Métodos

Este estudo descritivo de corte transversal foi realizado baseado em uma amostra não-probabilística com 400 ginecologistas do Brasil, escolhidos por sorteio entre aqueles registrados na Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. O protocolo de estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Todos os médicos ofereceram consentimento verbal concordando em participar da pesquisa.

A estratégia de seleção adotada permitiu a inclusão de mulheres de diferentes estratos socioeconômicos, embora o fato de serem recrutadas em consultórios privados ou de convênios, não tenha permitido entrevistar mulheres dependentes unicamente do setor público.

Cada médico assumiu o compromisso de incluir dez mulheres. As participantes foram mulheres em idade reprodutiva, não grávidas, não lactantes, não em amenorréia com idades entre 18 e 39 anos que consultavam solicitando contracepção com ACO ou com pílulas de progestogênio isolado. Os critérios de exclusão foram: contra-indicações médicas para uso de ACO, uso de ACO no momento da consulta inicial, e desejo de engravidar em um tempo menor de seis meses. A todas foi aplicado um questionário simples no início de uso e aos seis meses posteriores a esta primeira consulta. O questionário incluía informações sobre: idade, etnia, situação marital, escolaridade, religião, se trabalhava fora da casa e antecedentes obstétricos e ginecológicos. Além disso, os médicos preencheram a

informação sobre o tipo de ACO escolhido pela mulher ou prescrito, sem identificar a marca comercial do mesmo, apenas a quantidade de estrogênio (etinilestradiol – EE) e o tipo de progestágeno que continha na sua formulação. Também, nos casos de descontinuação de uso, as razões dadas pelas mulheres para este evento, dentro do período de seis meses de seguimento, foram anotadas.

O tamanho da amostra foi estimado em 1.427 mulheres, baseado em uma prevalência estimada de 48% de mulheres usuárias de ACO que descontinuariam no primeiro ano de uso considerando um erro tipo I, $\alpha=0,05$ e tipo II $\beta=0,20$. A análise estatística incluiu análise descritiva das variáveis e porcentagens e descrição das razões para descontinuação.

Resultados

Foram coletadas 3.465 entrevistas na primeira visita e 1.699 na visita de seguimento aos 6 meses posteriores

Tabela 1. Características sociodemográficas das mulheres participantes na ocasião da visita de admissão

Característica	n	%
Idade (anos)		
Até 19	426	12,3
20–24	1.057	30,5
25–29	894	25,8
≥30	1.088	31,4
Total	3.465	100,0
Cor		
Branca	2.846	82,3
Negra	297	8,6
Outra	316	9,1
Total*	3.459	100,0
Situação marital		
Solteira	1.976	57,3
Casada	1.113	32,3
Outra	362	10,5
Total[†]	3.451	100,0
Escolaridade		
Até ensino fundamental	300	8,7
Ensino médio	1.587	45,9
Ensino superior	1.570	45,5
Total[‡]	3.457	100,0
Religião		
Católica	2.279	67,1
Evangélica	489	14,4
Outra	629	18,5
Total[§]	3.397	100,0
Participação no mercado de trabalho		
Sim	2.881	83,3
Não	578	16,7
Total[¶]	3.459	100,0

*Faltou informação em 6 casos; [†]faltou informação em 14 casos; [‡]faltou informação em 8 casos; [§]faltou informação em 68 casos

à primeira. A idade predominante foi entre 20 e 29 anos (56,3%); a maioria (82,3%) foi identificada como de cor branca, assim como mais da metade (57,3%) eram solteiras e quase um terço (32,3%) eram casadas. Em relação à escolaridade, uma proporção quase igual de 45% referiu ensino médio ou superior; quase dois terços (67,1%) se declarou católica e 83,3% trabalhavam fora da residência (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra algumas características reprodutivas das mulheres. A maioria (60,7%) nunca tinha engravidado e 27,0% tinham tido somente uma gravidez; 77,3% tinham já utilizado algum ACO anteriormente e a maioria (71,8%) tinha utilizado como método contraceptivo algum ACO no último ano seguido pelo condom (16,2%).

Em relação à composição do ACO prescrito ou escolhido pela mulher, o tipo de estrogênio os de maior prescrição foram os com EE na dose de 20 µg por comprimido (46,5%) seguido por ACO com 30 µg de EE (27,6%). Quando considerado a composição no tocante ao progestágeno, o ACO mais prescrito ou escolhido foi aquele com o gestodeno (GSD) (36,5%), seguido por ACO com drospirinona – DRSP – (22,0%) (Tabela 3).

Na Tabela 4, observa-se a distribuição das 1.699 pacientes na visita de seguimento aos 6 meses quanto à continuação ou não o uso do ACO e, no caso de descontinuação, as razões dadas para este evento. É possível

Tabela 2. Características reprodutivas das mulheres participantes na ocasião da visita de admissão

Variável	n	%
Número de gestações		
0	2.099	60,7
1	934	27,0
2	332	9,6
≥3	93	2,7
Total[†]	3.458	100,0
Utilização anterior de algum ACO		
Sim	2.672	77,3
Não	785	22,7
Total[‡]	3.457	100,0
MAC utilizado no último ano[§]		
Anticoncepcional oral	2.473	71,8
Condom	558	16,2
Injetável mensal	369	10,7
Adesivos	131	3,8
Injetável trimestral	72	2,1
DIU	55	1,6
Anel vaginal	45	1,3
Implantes subdérmicos	14	0,4
Outro	24	0,7
Nenhum	196	5,7
Total[¶]	3.445	–

ACO – anticoncepcional oral combinado; MAC – método anticoncepcional; DIU – dispositivo intrauterino; [†]faltou informação em sete casos; [‡]faltou informação em oito casos; [§]a mulher pode ter referido mais de um MAC

observar que quase dois terços (63,5%) continuavam em uso na visita dos seis meses. Entretanto, entre aquelas mulheres que descontinuaram, as principais razões dadas foram o desejo de engravidar (36,5%) e os efeitos colaterais (57,3%). Os efeitos colaterais mais apontados pelas mulheres foram: cefaléia (37,6%), sangramento uterino irregular (23,6%) e aumento de peso (16,6%).

Tabela 3. Distribuição das mulheres segundo a quantidade de etinilestradiol e tipo de progestágeno contido no anticoncepcional combinado oral prescrito ou escolhido no momento do início do uso

Tipo	n	%
Etinil estradiol		
20 microgramas	1.475	46,5
30 microgramas	874	27,6
15 microgramas	487	15,3
35 microgramas	337	10,6
Total*	3.173	100,0
Progestágeno		
Gestodeno	1.265	36,5
Drosperinona	762	22,0
Desogestrel	636	18,3
Levonorgestrel	278	8,0
Progestágeno isolado	186	5,5
Acetato de ciproterona	171	4,9
Clormadinona	167	4,8
Total	3.465	100,0

*Faltou informação em 292 casos.

Tabela 4. Análise da situação de uso e as razões de descontinuação das usuárias na visita aos seis meses de seguimento

Variável	n	%
Mulher está em uso do ACO?		
Sim	1.079	63,5
Não	620	36,5
Total	1.699	100,0
Fator determinante da descontinuação do uso do ACO		
Efeitos colaterais	356	57,3
Desejo de engravidar	226	36,5
Desejo por método mais seguro	3	0,5
Falha no uso do ACO	1	0,2
Sem razão referida	34	5,5
Total	620	100,0
Efeitos colaterais referidos do uso do ACO		
Cefaléia	134	37,6
Sangramento uterino irregular	84	23,6
Ganho de peso excessivo	59	16,6
Distúrbios gastro-intestinais	40	11,2
Problemas de pele	32	9,0
Outros	7	2,0
Total	356	100,0

ACO – anticoncepcional oral combinado

Discussão

O presente estudo conseguiu acompanhar um numeroso grupo de mulheres brasileiras em relação ao uso de ACO e as razões argumentadas para descontinuação prematura de seu uso, dentro dos primeiros seis meses da prescrição original. Entretanto, o maior fator limitante deste estudo foi que 49% das mulheres não retornaram para a consulta de seguimento aos seis meses da admissão. Este fato limita nossos resultados, já que este contingente de mulheres poderia estar em uso nessa consulta, o que levaria a uma taxa de continuação maior. Por outro lado, este contingente de mulheres poderia ter descontinuado o uso, o que aumentaria a taxa de descontinuação e seria interessante avaliar as razões para isto. É necessário ter em conta que é possível comprar ACO nas farmácias sem receita médica e que este fato deve ter limitado os retornos das mulheres. Também devemos ter em conta que a maioria dos médicos encarregados de acompanhar estas mulheres não tinha experiência prévia em pesquisa, o que pode ter influenciado o empenho em obter dados aos seis meses. Contudo, o número de casos esteve dentro da amostra proposta.

Vale ressaltar que pouco mais de 40% das descontinuações foram atribuídas pelas mulheres a eventos adversos e, dentre eles, os mais referidos foram cefaléia, aumento de peso e sangramento uterino irregular. Entretanto, outra limitação do estudo foi que estas mulheres eram em sua maioria brancas, solteiras e com ensino médio ou superior, o que não reflete totalmente a população brasileira, mas reflete o fato das entrevistas serem conduzidas em consultórios privados ou de convênios médicos.

Não existem dúvidas de que os ACO estão entre os métodos contraceptivos disponíveis mais eficientes^{3,4} e o seu uso é um dos mais prevalentes entre os métodos contraceptivos no Brasil¹². Entretanto, o uso deste método requer atenção diária por parte da mulher com um regime que, nas pílulas monofásicas, em geral é de 21 pílulas seguidas de 7 dias de descanso, assim é preciso evitar o esquecimento da ingestão e também o dia de reinício de um novo ciclo de pílulas. Isto tem levado a taxas de falha maiores que as esperadas, chegando a quase 8 entre 100 usuárias no ano^{3,4}, e à atração de muitas mulheres por métodos de longa duração como implantes e DIU, que oferecem proteção pelo menos por 5 anos com uma única intervenção¹³.

Tem sido referido que a aderência ao método contraceptivo e a observância no esquema da ingestão é dependente da motivação da mulher, mas também depende, principalmente, da orientação recebida do médico no momento da prescrição¹⁴. Mesmo em métodos contraceptivos que não requerem atenção diária ou frequente por parte da mulher, como implantes ou contraceptivos intrauterinos,

a aderência ideal ou as taxas de continuação dependem, além dos fatores individuais do método, da observância da mulher para seguir usando um método determinado. A qualidade da orientação oferecida às mulheres afeta de forma importante a aceitabilidade e continuação dos contraceptivos¹⁵.

Tem sido descrito que dentro do primeiro ano de início do contraceptivo, 7 a 27% das mulheres interrompem o uso por razões que poderiam ter sido discutidas entre o médico e a paciente durante a consulta inicial de prescrição¹⁶. Revisões têm mostrado que em matéria de contracepção é necessário uma abordagem individual centrada nas necessidades individuais de cada mulher ou casal e que a relação interpessoal entre a paciente e seu médico é fundamental para obter êxito nesta matéria¹⁶.

Entretanto, no sentido oposto, uma revisão¹⁷ avaliou a efetividade de diferentes técnicas para melhorar a aderência e as taxas de continuação de métodos hormonais de contracepção. Concluiu-se que são necessários mais estudos para avaliar os benefícios da orientação intensiva. Apenas foram identificados oito estudos clínicos randomizados e somente um mostrou benefício significativo da intervenção quando mulheres que receberam repetidamente informação estruturada sobre o injetável trimestral com acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD), descontinuaram menos o método dentro dos 12 meses de início quando comparadas com as mulheres que receberam orientação rotineira. O grupo que recebeu orientação intensiva também descontinuou menos por transtornos de sangramento¹⁸. No sentido oposto, um estudo no Canadá mostrou que mulheres melhor informadas eram capazes de dar respostas mais acuradas sobre uso de ACO, benefícios e eventos adversos dos mesmos¹⁹, mas não avaliaram a taxa de continuação.

Nossos resultados mostraram que, aos seis meses de uso, pouco mais de dois terços das pacientes iniciais ainda estavam usando o ACO escolhido ou indicado. Um estudo com um grande número de mulheres (1.602) em foram avaliados dois ACO monofásicos, ambos com 1 mg de noretisterona (NET) e 35 µg ou 50 µg EE²⁰, mostrou taxas de continuação para ambos ACO similares, de 63% ao fim dos 12 meses. Outro estudo²¹ com 783 mulheres, a taxa de continuação aos 6 meses de início do uso foi de 88 e 86%, respectivamente, para ACO monofásico ambos com 30 µg de EE e 150 µg de desogestrel (DSG) ou 75 µg de GSD. Dois estudos realizados nos Estados Unidos mostraram taxas de continuação aos 6 meses de 53,6% entre 1.477 mulheres e 7.870 ciclos de avaliação de um ACO com levonorgestrel (LNG) 100 µg e EE 20 µg²²; o outro estudo²³ com 1.716 mulheres com menos de 25 anos de idade avaliadas em clínicas do setor público mostrou somente 43% de taxa de continuação com o uso de um ACO. Estes autores mostraram também que

as descontinuações ocorreram por razões não relacionadas com eventos adversos e de fato estes não estiveram presentes.

As principais causas de descontinuação referida pelas mulheres no nosso estudo foram o desejo de uma gravidez seguida de eventos adversos, entre os quais os mais comuns foram sangramento menstrual anormal, cefaléia, ganho de peso e problemas na pele. As mulheres envolvidas em estudos clínicos randomizados ou em estudos experimentais, nos quais é testado um novo ACO, são mais propensas a taxas de continuação maiores e aceitam mais visitas de controle, às vezes incentivadas por orientação intensiva, pelo próprio pesquisador ou pelo patrocinador. Entretanto, mulheres envolvidas em estudos não experimentais como o presente, são mais representativas de usuárias típicas de ACO.

O fato da principal causa de descontinuação observada no nosso estudo ter sido o desejo de engravidar, é reflexo de que majoritariamente a população era jovem e sem filhos, e isto foi apontado previamente²⁴. Alguns métodos contraceptivos são mais apropriados que outros em certos momentos da vida e os ACO, em geral, são menos usados por mulheres muito jovens ou por aquelas na transição para a menopausa. No momento em que as mulheres jovens começam a ser mais sexualmente ativas e, provavelmente, mais confiantes em seu médico, elas iniciam o uso de ACO. Por exemplo, na Inglaterra o pico de uso de ACO está aos 20 – 24 anos de idade e após esta idade, o uso declina. Na Suécia²⁵, um grupo de mulheres foi acompanhado durante 10 anos sendo observado que aos 24 anos de idade metade ainda usava ACO, taxa que decaiu para 22% aos 29 anos. Também foi observado que entre as causas de descontinuação para uso de ACO, o desejo de engravidar foi de 6, 32 e 52% aos 19, 24 e 29 anos de idade, respectivamente.

Eventos adversos têm sido apontados como a principal causa de descontinuação de uso de ACO²⁶. Em um estudo prospectivo realizado nos Estados Unidos²⁷, 37% das usuárias de ACO que descontinuaram o uso, referiram eventos adversos. Os mesmos eventos adversos referidos pelas mulheres neste estudo foram observados em outro estudo nos Estados Unidos²³, como mudanças menstruais, acne e problemas no cabelo, seguido da expressão “não gosto” do ACO. Um estudo de corte transversal realizado em diversos países, incluindo o Brasil¹⁶, mostrou que entre as usuárias de ACO, as taxas de descontinuação ou troca por outro método no ano anterior à entrevista foi de 81% e troca de método por eventos adversos foi de 57%, e 67% admitiram ter esquecido alguma pílula ou usado o ciclo de forma errada nos 3 meses anteriores. Outros autores²⁸ mostraram que as mulheres que mais descontinuaram o uso de ACO, eram aquelas que usavam fórmulas com 20–25µg de EE, aquelas com noretindrona,

norgestimato e DSG, sendo este último progestágeno, o terceiro em prescrição no nosso estudo. Infelizmente, não correlacionamos a taxa de descontinuação com o tipo de ACO em uso.

Como o uso de ACO é um evento simples e sua descontinuação termina a proteção contraceptiva imediatamente, é muito importante conhecer suas causas e tentar identificar estratégias para aumentar a aderência ao método ou, ao menos, orientar a mulher ao uso de outro contraceptivo quando não existir o desejo de uma nova gravidez. Outros autores²⁹ referiram descontinuação de 55% ao fim do primeiro ano de uso de ACO.

É necessário explicar os benefícios não contraceptivos que os ACO têm e tentar reverter as mensagens negativas

que, às vezes, são colocadas na mídia. O chamado “medo da pílula” ocorrido em 1995 na Noruega, resultou na suspensão do uso de ACO por 25.000 mulheres, em dois meses³⁰.

A taxa de continuação do uso de ACO é baixa em geral e especialmente em longo prazo, e pouco se sabe sobre as razões para descontinuação²⁵. Este estudo pode contribuir para que os médicos orientem melhor suas pacientes iniciantes no uso de ACO sobre os eventos adversos esperados que, em geral, são mínimos e temporários, e sobre os benefícios não contraceptivos dos ACO^{19,31}. Esta orientação deveria ser dada antes do início e a cada consulta de retorno, tanto para nova prescrição, quanto por outros motivos.

Referências

1. Population Reference Bureau. Family planning worldwide – 2008 Data Sheet. Washington (DC): Population Reference Bureau; 2008.
2. Gilliam M, Knight S, McCarthy M Jr. Success with oral contraceptives: a pilot study. *Contraception*. 2004;69(5):413-8.
3. Fu H, Darroch JE, Haas T, Ranjit N. Contraceptive failure rates: new estimates from the 1995 National Survey of Family Growth. *Fam Plann Perspect*. 1999;31(2):56-63.
4. Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Stewart FH, Kowal D, editors. *Contraceptive technology*. 19th ed. New York: Ardent Media; 2007. p. 747-826.
5. Davie JE, Walling MR, Mansour DJ, Bromham D, Kishen M, Fowler P. Impact of patient counseling on acceptance of the levonorgestrel implant contraceptive in the United Kingdom. *Clin Ther*. 1996;18(1):150-9.
6. Mansour D, Bahamondes L, Critchley H, Darney P, Fraser IS. The management of unacceptable bleeding patterns in etonogestrel-releasing contraceptive implant users. *Contraception*. 2011;83(3):202-10.
7. Rosenberg MJ, Waugh MS, Burnhill MS. Compliance, counseling and satisfaction with oral contraceptives: a prospective evaluation. *Fam Plann Perspect*. 1998;30(2):89-92, 104.
8. Rosenberg MJ, Waugh MS. Causes and consequences of oral contraceptive noncompliance. *Am J Obstet Gynecol*. 1999;180(2) Suppl 2:276-9.
9. Schwartz JL, Creinin MD, Pymar HC, Reid L. Predicting risk of ovulation in new start oral contraceptive users. *Obstet Gynecol*. 2002;99(2):177-82.
10. Leite IC, Gupta N. Assessing regional differences in contraceptive discontinuation, failure and switching in Brazil. *Reprod Health*. 2007;4:6.
11. Gallo M, Nanda K, Grimes DA, Schulz KF. Twenty micrograms vs. >20 microg estrogen oral contraceptives for contraception: systematic review of randomized controlled trials. *Contraception*. 2005;71(3):162-9.
12. Marinho LF, Aquino EML, Almeida MC. Práticas contraceptivas e iniciação sexual entre jovens de três capitais brasileiras. *Cad Saúde Pública* 2009;25 Suppl 2:S227-39.
13. Grimes DA. Forgettable contraception. *Contraception*. 2009;80(6):497-9.
14. Lopez LM, Hiller JE, Grimes DA. Education for contraceptive use by women after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(1):CD001863.
15. Blanc AK, Curtis SL, Croft TN. Monitoring contraceptive continuation: links to fertility outcomes and quality of care. *Stud Fam Plann*. 2002;33(2):127-40.
16. Hooper DJ. Attitudes, awareness, compliance and preferences among hormonal contraception users: a global, cross-sectional, self-administered, online survey. *Clin Drug Investig*. 2010;30(11):749-63.
17. Halpern V, Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF. Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods of contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(4):CD004317.
18. Draper BH, Morroni C, Hoffman M, Smit J, Beksinska M, Hapgood J, et al. Depot medroxyprogesterone versus norethisterone oenanthate for long-acting progestogenic contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(3):CD005214.
19. Gaudet LM, Kives S, Hahn PM, Reid RL. What women believe about oral contraceptives and the effect of counseling. *Contraception*. 2004;69(1):31-6.
20. McLaurin VL, Dunson BA, Dunson TR. A comparative study of 35 mcg and 50 mcg combined oral contraceptives: results from a multicenter clinical trial. *Contraception*. 1991;44(5):489-503.
21. Koetsawang S, Charoenvisal C, Banharnsupawat L, Singhakovin S, Kaewsuk O, Punnahitanont S. Multicenter trial of two monophasic oral contraceptives containing 30 mcg ethinylestradiol and either desogestrel or gestodene in Thai women. *Contraception*. 1995;51(4):225-9.
22. Archer DF, Maheux R, DelConte A, O'Brien FB. A new low-dose monophasic combination oral contraceptive (Alesse) with levonorgestrel 100 µg and ethinyl estradiol 20 µg. North American Levonorgestrel Study Group (NALSG). *Contraception*. 1997;55(3):139-44.
23. Westhoff CL, Heartwell S, Edwards S, Ziemann M, Stuart G, Cwiak C, et al. Oral contraceptive discontinuation: do side effects matter? *Am J Obstet Gynecol*. 2007;196(4):412.e1-6.
24. Larsson G, Blohm F, Sundell G, Andersch B, Milsom I. A longitudinal study of birth control and pregnancy outcome among women in a Swedish population. *Contraception*. 1997;56(1):9-16.

25. The ESHRE Capri Workshop Group. Continuation rates for oral contraceptives and hormone replacement therapy. *Hum Reprod*. 2000;15(8):1865-71.
26. Rosenberg MJ, Waugh MS, Meehan TE. Use and misuse of oral contraceptives: risk indicators for poor pill taking and discontinuation. *Contraception*. 1995;51(5):283-8.
27. Rosenberg MJ, Waugh MS. Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons. *Am J Obstet Gynecol*. 1998;179(3 Pt 1):577-82.
28. Murphy PA, Brixner D. Hormonal contraceptive discontinuation patterns according to formulation: investigation of associations in an administrative claims database. *Contraception*. 2008;77(4):257-63.
29. Peipert JF, Zhao Q, Allsworth JE, Petrosky E, Madden T, Eisenberg D, et al. Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstet Gynecol*. 2011;117(5):1105-13.
30. Skjeldestad FE. Increased number of induced abortions in Norway after media coverage of adverse vascular events from the use of third-generation oral contraceptives. *Contraception*. 1997;55(1):11-4.
31. Philipson S, Wakefield CE, Kasparian NA. Women's knowledge, beliefs, and information needs in relation to the risks and benefits associated with use of the oral contraceptive pill. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011;20(4):635-42.