

# **Avaliação da sensibilidade médica para o risco de gravidez não planeada - Inquérito de Opinião**

Vera Ramos <sup>(1)</sup>, Ana Rodrigues <sup>(1)</sup>, Sílvia Sousa <sup>(2)</sup>, Paulo Moura <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Serviço de Obstetrícia, Maternidade Dr. Daniel de Matos, Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

<sup>(2)</sup> Serviço de Obstetrícia, Maternidade Bissaya Barreto, Centro Hospitalar de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

## **Introdução**

De acordo com o 4º Inquérito Nacional de Saúde<sup>1</sup>, publicado em 2009, estimou-se que, entre a população residente com idade compreendida entre os 15 e os 55 anos, 85,1% estava a usar algum método contraceutivo aquando da realização da entrevista. Entre os 20 e 40 anos a taxa de mulheres utilizadoras excedia os 91%, observando-se uma redução deste número nos grupos etários subsequentes. No que respeita aos métodos disponíveis, verificou-se que a pílula contracetiva foi o método escolhido pela maioria das mulheres (65,5%), com uma taxa de utilização particularmente elevada até aos 34 anos. De referir que a utilização do preservativo foi apenas mencionada por 13,2% das mulheres, no entanto, com níveis de utilização mais elevados nos extremos da idade reprodutiva, com 20,9% entre os 15-19 anos e 19,2% entre os 50-55 anos. O dispositivo intrauterino teve uma percentagem de uso de 8,6% com uma utilização acrescida entre os 40-49 anos de idade.

Infere-se pelos dados supracitados que, na sua generalidade, a população portuguesa em idade reprodutiva usa, efetivamente, métodos considerados eficazes e seguros na prevenção de uma gravidez, com um destaque para a pílula que ocupa um lugar de primazia no espectro contraceutivo nacional.

A contraceção hormonal, em que a via de administração oral é a mais usada, está indicada em todas as mulheres que não tenham contraindicações e pretendam um método reversível, seguro e independente do coito. Para além da sua ação anticoncepcional (método com índice de Pearl de 0,3% para uso correto), oferece também às utilizadoras benefícios não contraceuticos <sup>2</sup>.

Colocando em paralelo o número elevado de utilizadoras de métodos contraceptivos considerados eficazes, e o número de interrupções de gravidez por opção da mulher (19 802), ou por indicação médica por perigo de morte ou lesão grave para a saúde física ou psíquica da grávida (69), dados referentes ao ano de 2011 <sup>3</sup>, verifica-se que a gravidez não planeada é uma realidade, mais se acrescenta que os grupos etários onde a interrupção de gravidez por opção da mulher é mais frequente são sobreponíveis aos grupos mais utilizadores de contraceção. Assim, a gravidez acidental deve-se, entre outros aspetos, ao uso inadequado de contraceção.

A falha contraceptiva contribui, então, para uma proporção significativa de gestações não planeadas, particularmente em países desenvolvidos, atingindo por exemplo taxas de 50% nos E.U.A e de 65% na França <sup>4</sup>. Esta falha depende da eficácia intrínseca do método e do potencial de erro na utilização. Vários fatores estão implicados, destacando a falta de *compliance* ao método, muitas vezes originada por comportamentos ambivalentes em relação ao desejo de gravidez, informação incorreta sobre contraceção e fertilidade, acesso limitado aos serviços de planeamento familiar, uso inconsistente de contraceção e abandono por aparecimento de efeitos secundários. A contraceção hormonal oral, tem associadas dificuldades acrescidas <sup>5</sup>, inerentes à via de administração, absorção e metabolização. A prescrição concomitante de outros fármacos e o aparecimento de doenças gastrointestinais, com quadro mal absorção consequente a vômitos e/ou diarreia, podem também influenciar a eficácia contraceptiva. Assim, certos grupos de medicamentos, nomeadamente antiepiléticos (por ex. carbamazepina, fenobarbital, lamotrigine, topiramato) <sup>6</sup>, antirretrovirais (por ex. ritonavir), antibióticos (por ex. rifampicina, rifabutina), antifúngicos (por ex. griseofulvina) ou produtos naturais (por ex. Erva de São João) podem diminuir a eficácia contraceptiva pela sua ação indutora do metabolismo hepático. Outros antibióticos de largo espectro <sup>7</sup>, como ampicilina, quinolonas e tetraciclina podem causar disrupção da normal flora intestinal com perturbação do ciclo entero-hepático, consequente diminuição de metabolitos ativo em circulação e decréscimo da eficácia anticoncepcional <sup>8</sup>.

O aconselhamento contraceptivo deve ser prestado por profissionais competentes atendendo à correta utilização, eficácia, vantagens, desvantagens, efeitos secundários, riscos e benefícios e possíveis interações medicamentosas. Deve

ser oferecido à mulher o método mais eficaz e que preserve o seu estado de saúde. Isto reveste-se de particular importância em utentes com doença crónica, frequentemente polimedicadas, nas quais se deverá realizar uma abordagem clínica global e integrada. São disto exemplo, as doentes com epilepsia, tuberculose, seropositivas para o VIH sobre terapêutica anti retroviral, com patologia psiquiátrica, com infeções de repetição, entre outras. Também na prescrição em regime agudo deve ser tida em atenção à introdução de tratamentos ou a manifestações clínicas que podem eventualmente comprometer a eficácia contraceptiva.

## **Objetivos**

O trabalho foi realizado com os seguintes objetivos principais:

- Avaliar a sensibilidade médica para o risco de gravidez não planeada relacionada com as interações medicamentosas;
- Avaliar igualmente a sensibilidade médica no que respeita ao aconselhamento contraceptivo nas mulheres com doença crónica e risco de gravidez não planeada;

E com os seguintes objetivos secundários:

- Estudar a opinião médica no que respeita ao conhecimento na área da contraceção e avaliar a expressão da necessidade de formação/informação nesse tema;
- Analisar as diferenças na opinião médica considerando as seguintes variáveis: idade, sexo e anos de prática clínica.

## Material e Métodos

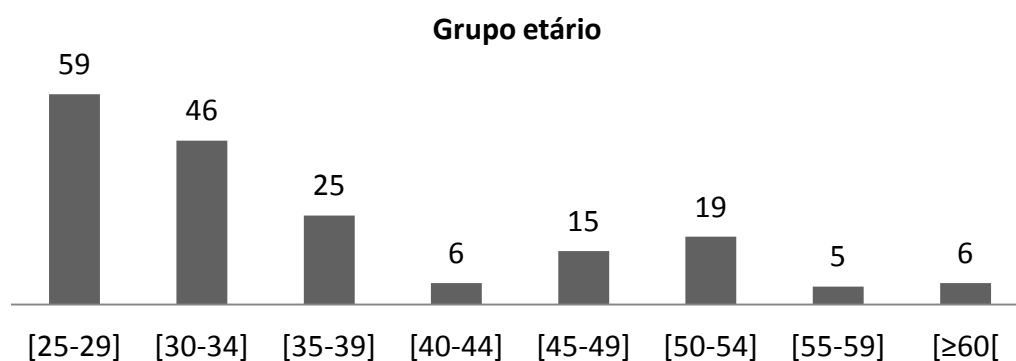
Tratou-se de um estudo de opinião, operacionalizado através da realização de um inquérito (Anexo 1) dirigido a especialistas e internos de especialidades hospitalares médicas ou cirúrgicas, com atividade assistencial em consulta externa e atendimento de doentes em idade fértil, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. A distribuição dos inquéritos foi realizada em envelope fechado, entregue de forma aleatória nos gabinetes médicos dos Serviços abaixo mencionados, com apresentação sumária dos objetivos do trabalho. A distribuição do inquérito decorreu durante o mês de outubro de 2010. As especialidades incluídas no estudo foram as seguintes: Infeciologia, Medicina Interna, Psiquiatria, Reumatologia, Nefrologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Neurologia, Hematologia, Endocrinologia, Ortopedia, Cirurgia Geral e Pneumologia.

Foi efetuada a análise estatística com recurso ao Microsoft Excel 2007<sup>®</sup> e SPSS Statistics 13.0<sup>®</sup>, aplicando quando necessário os testes de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*.

## Resultados

Foram distribuídos 450 inquéritos pelos diferentes serviços hospitalares, com um total de inquéritos respondidos de 181, que representa uma taxa de resposta de 40,2%.

Da população médica inquirida cerca de 58% (n=105) tinha idade inferior a 35 anos (questão nº 1); 45% eram do sexo masculino e 55 % do sexo feminino.



**Figura 1** – Distribuição da população inquirida por grupo etário.

Nas 13 especialidades incluídas foi a Medicina Interna e Cirurgia Geral, seguidas da Cardiologia, Neurologia e Psiquiatria onde se verificou um maior número de respostas (Tabela 1).

Especialidade hospitalar	Nº de inquéritos
	Incluídos
Cardiologia	18
Cirurgia Geral	22
Endocrinologia	8
Gastroenterologia	10
Hematologia	7
Infecciologia	14
Medicina Interna	34
Nefrologia	6
Neurologia	16
Ortopedia	13
Pneumologia	11
Psiquiatria	16
Reumatologia	6

**Tabela 1** – Distribuição do número de inquéritos incluídos de acordo com as diferentes especialidades médicas ou cirúrgicas.

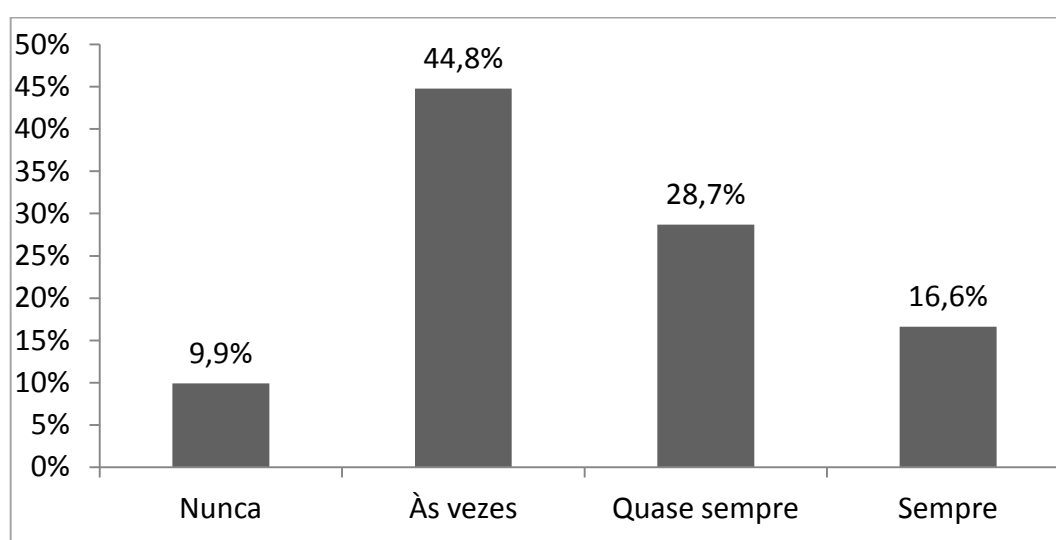
Para efeitos de análise estatística foram constituídos dois grupos considerando o número (nº) de anos de prática clínica, assim 61% tinham uma experiência clínica inferior a 10 anos e 39% superior ou igual a 10 anos (Tabela 2).

Nº de anos de prática clínica	Nº de inquéritos
<10 anos	110
≥ 10 anos	70

**Tabela 2** – Distribuição dos inquiridos segundo os anos de prática clínica.

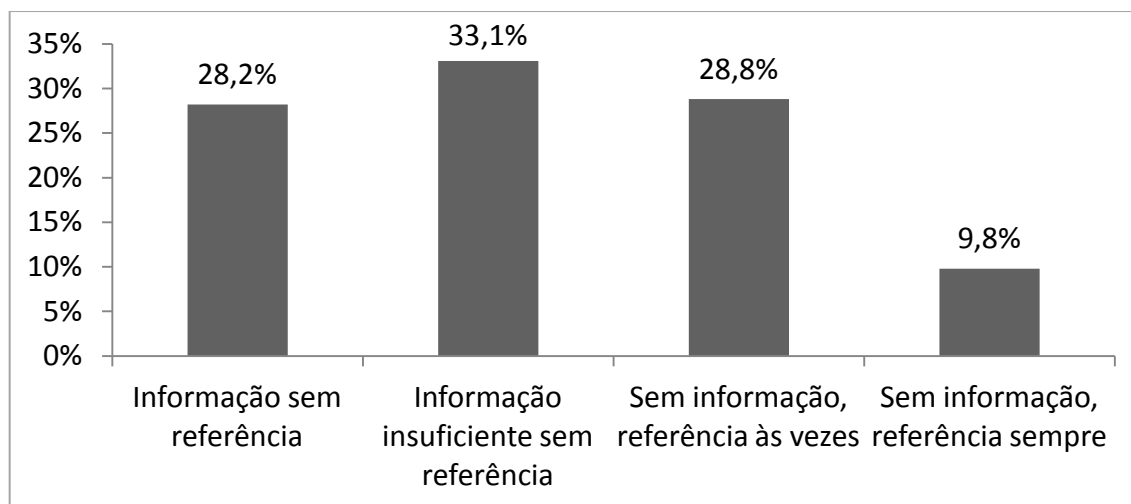
Atendendo à totalidade de respostas adquiridas ao inquérito realizado, obtiveram-se os seguintes resultados:

Na prática clínica, aquando da introdução de novas terapêuticas, verificou-se que 44,8% dos inquiridos mostraram uma preocupação irregular sobre o método de contraceção em uso; 16,6% tinham uma preocupação constante, e quase sempre permanente 28,7% dos médicos. Nunca inquiriam sobre o método de contraceção 9,9% dos médicos (Figura 2).



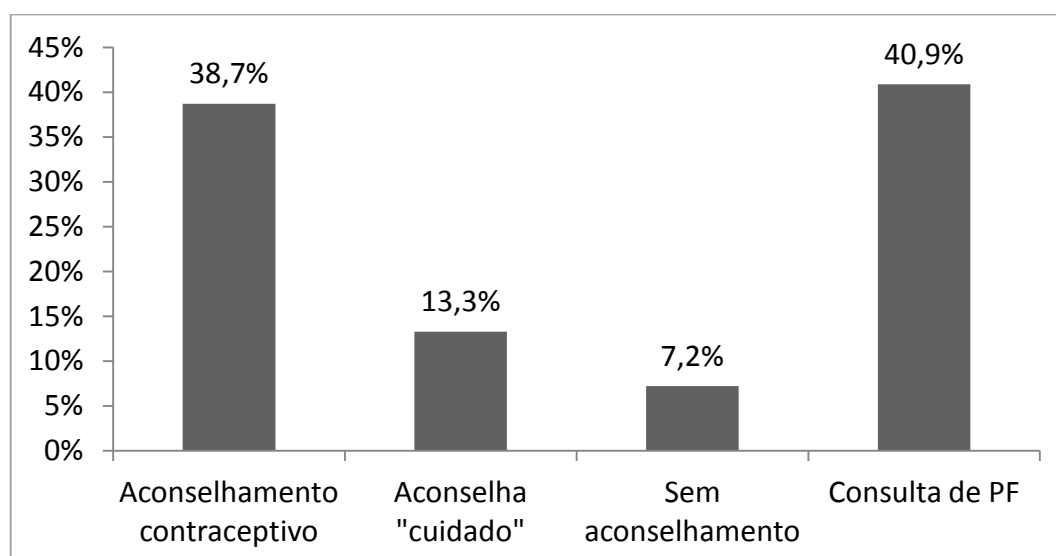
**Figura 2** – Preocupação sobre o método de contraceção em uso, aquando a introdução de novas terapêuticas.

Dos médicos que demonstraram algum grau de preocupação com o método de contraceção em uso, 28,2% considerou ter informação suficiente para efetuar aconselhamento contracetivo sem necessidade de referenciação das suas doentes para consulta de Planeamento Familiar (PF). Consideraram não ter informação suficiente sobre contraceção e não referenciaram 33,1% dos inquiridos. Referiram não ter informação e referenciaram só às vezes 28,8% (Figura 3).



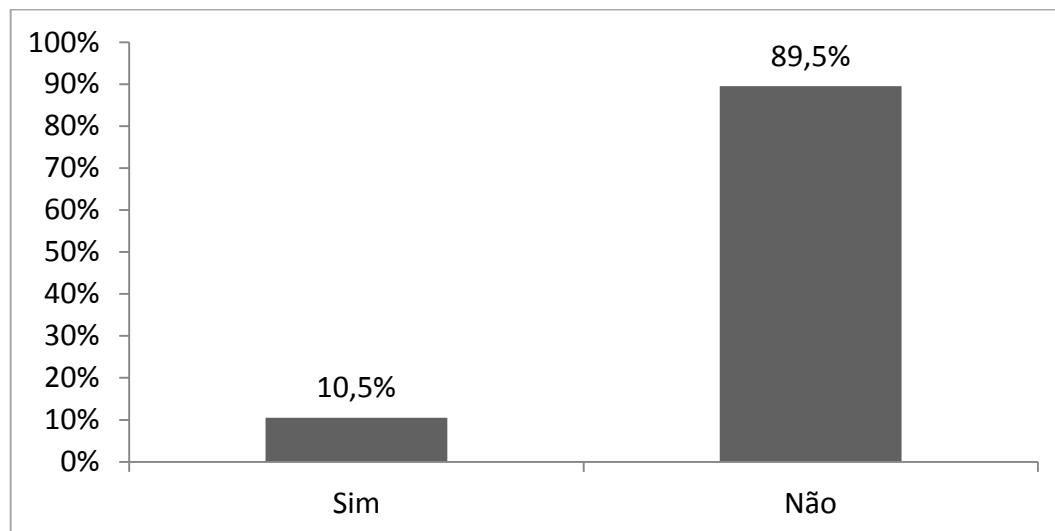
**Figura 3** – Informação individualizada sobre contraceção e/ou referenciação das doentes para consulta de Planeamento Familiar.

Quando a gravidez é contraindicada numa doença crónica, 20,5% dos inquiridos não apresentaram uma preocupação efetiva com a contraceção, aconselhando apenas “cuidado” 13,3% e 7,2% não realizaram qualquer aconselhamento. A maioria dos inquiridos perante o risco de gravidez orientou para consulta de PF (40,9%) ou fez aconselhamento contraceptivo efetivo (38,7%) (Figura 4).



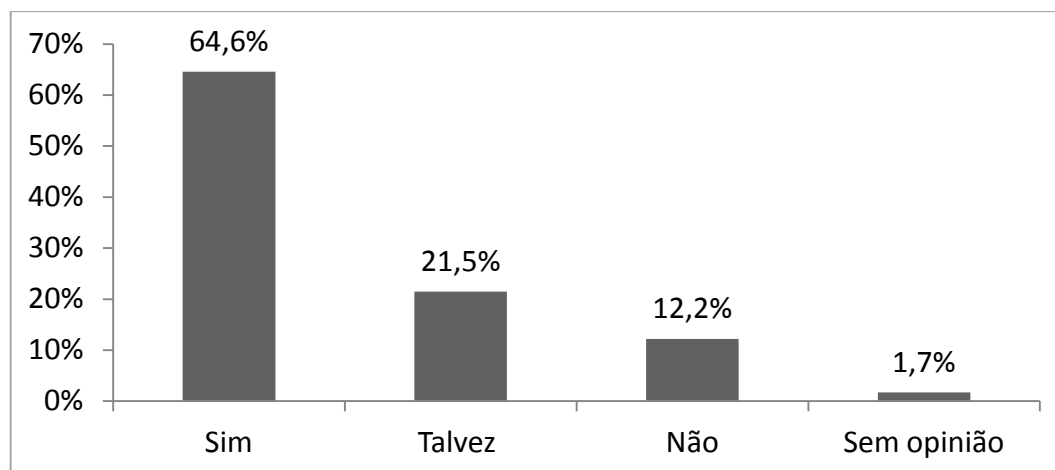
**Figura 4** – Procedimento médico em caso de contraindicação à gravidez.

Nas ações de formação frequentadas, no último ano de prática clínica, 89,5% dos profissionais não tiveram informação ou atualização na área de Planeamento Familiar (Figura 5).



**Figura 5** – Informação e atualização em Planeamento Familiar.

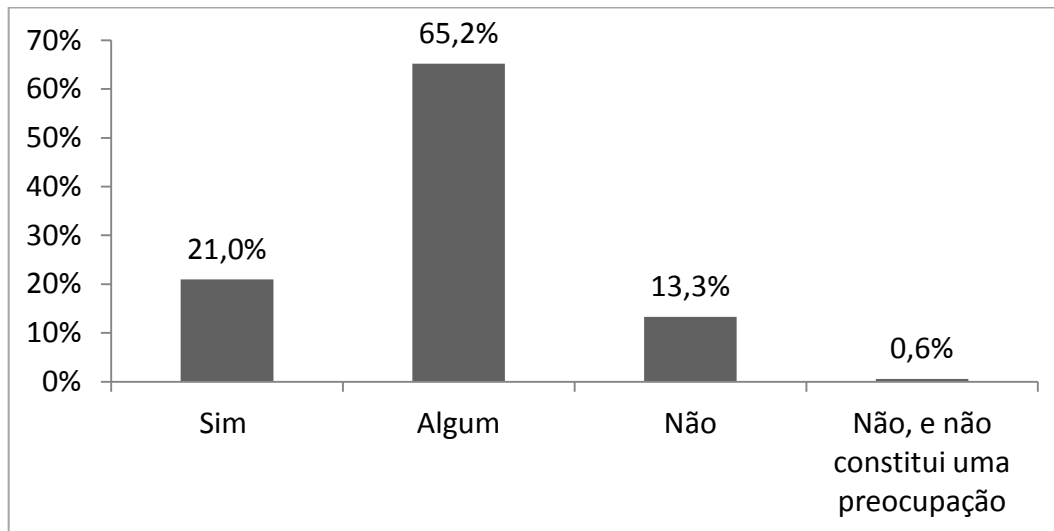
Consideraram ser útil na sua atividade clínica incluir este tema nas ações de formação 64,6%, e não carecer de interesse 12,2% dos inquiridos (Figura 6).



**Figura 6** – Importância da introdução de informação sobre Planeamento Familiar nas ações de formação assistidas pelos médicos inquiridos.



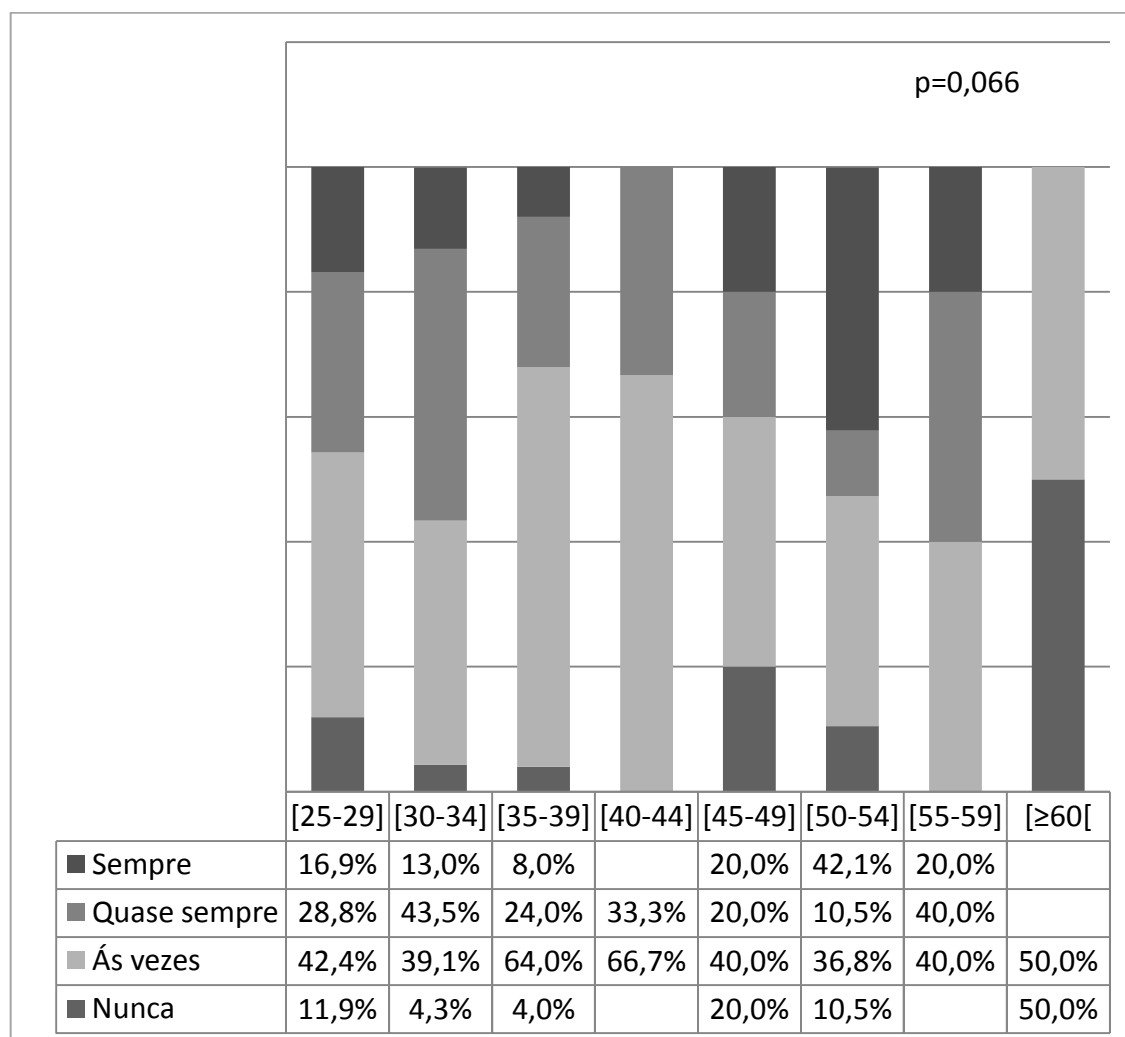
Não têm conhecimento sobre os recursos existentes no nosso país no âmbito do Planeamento Familiar 13,9% dos inquiridos, 65,2% têm algumas noções e apenas 21% referem um conhecimento pleno (Figura 7).



**Figura 7** – Conhecimento sobre os recursos nacionais na área de Planeamento Familiar.

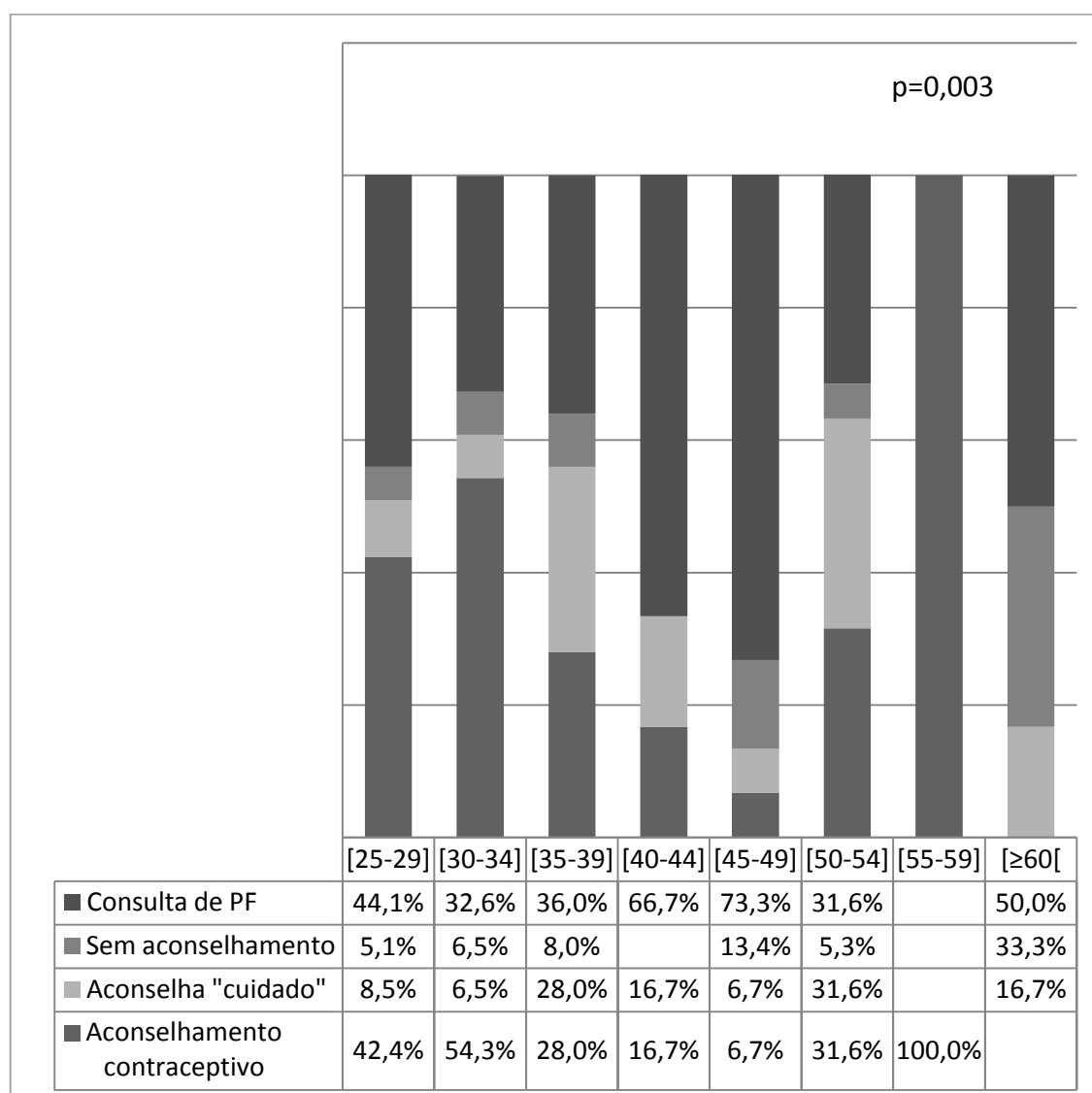
Foi realizada análise estatística das respostas obtidas considerando o grupo etário, o sexo e o número de anos de prática clínica. Os resultados com diferenças estatisticamente significativas ou perto da significância são apresentados seguidamente.

Sem relação específica com o grupo etário, e sendo comum a todos, verificou-se uma preocupação esporádica ou não existente com a contraceção em curso nas utentes, na introdução de novas terapêuticas. Este facto tornou-se mais evidente no grupo etário com mais de 60 anos em que a preocupação sobre o método de contraceção que a doente tinha em curso nunca existiu (50%) ou existiu irregularmente (50%) (Figura 8).



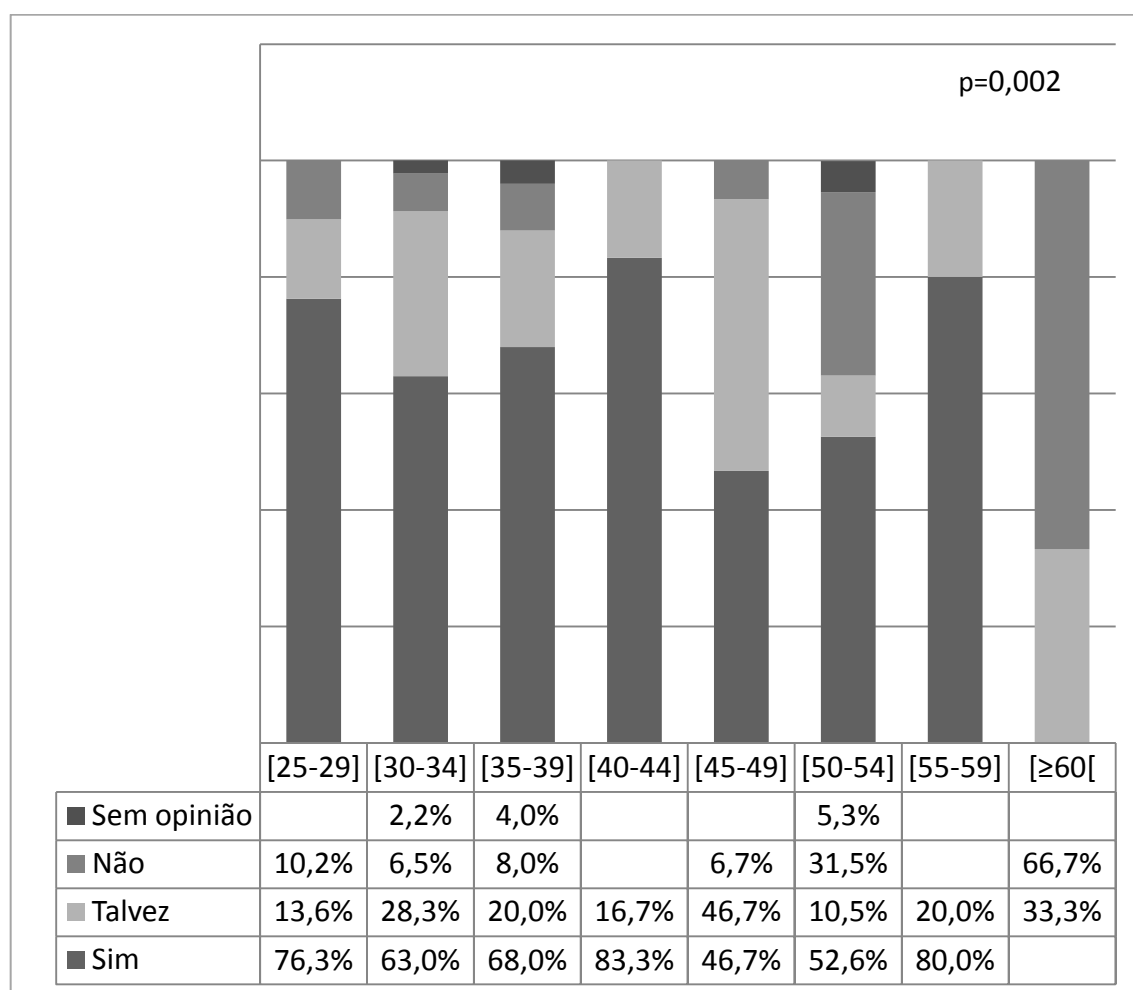
**Figura 8** – Preocupação sobre o método de contraceção em uso, aquando a introdução de novas terapêuticas, por grupo etário.

Nas situações em que a gravidez é contraindicada por doença materna ou por terapêutica com risco teratogênico a referência para consulta de Planeamento Familiar é uma preocupação transversal a todos os grupos etários. Foram os médicos mais jovens que consideraram ter maior competência para um aconselhamento contraceptivo (Figura 9).



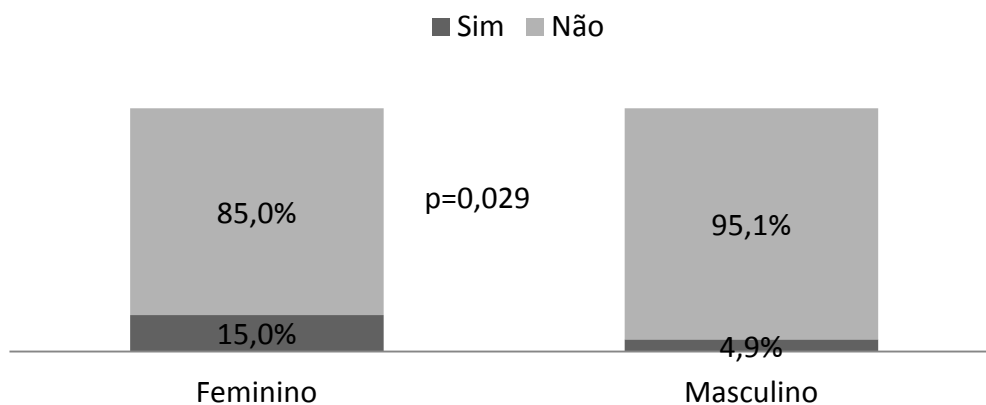
**Figura 9** – Procedimento médico em caso de contraindicação à gravidez, por grupo etário.

O reconhecimento da importância da introdução de informação sobre Planeamento Familiar na formação foi comum a todos os grupos etários com exceção dos médicos com mais de 60 anos que, na sua maioria, não consideram necessária formação nesta área (Figura 10).



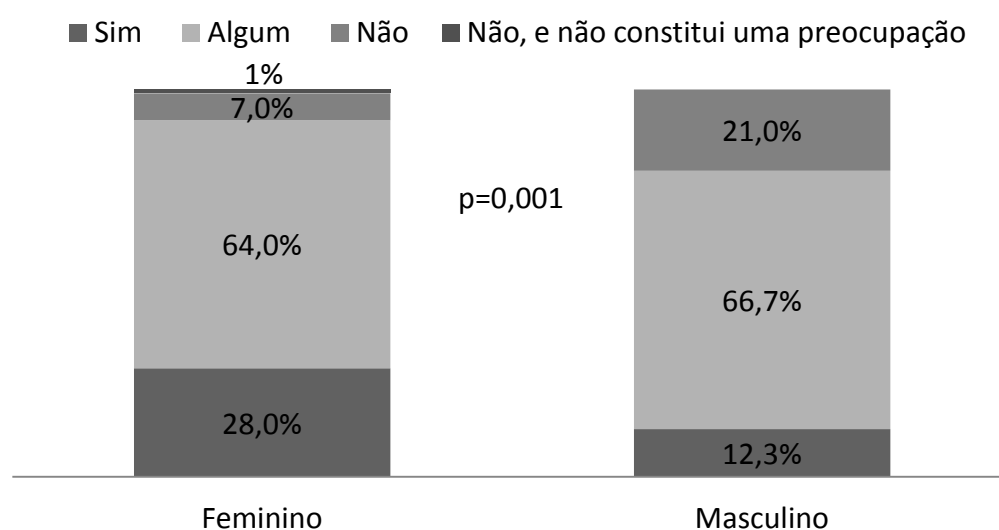
**Figura 10** – Importância da introdução de informação sobre Planeamento Familiar nas ações de formação assistidas pelos médicos inquiridos por grupo etário.

A não existência de ações de formação/atualização na área do Planeamento Familiar foi comum a ambos os sexos na amostra considerada (Figura 11).



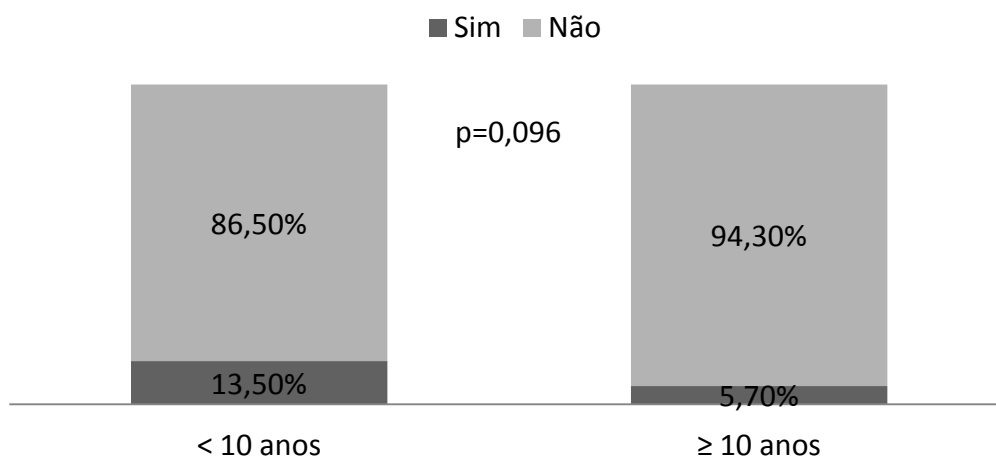
**Figura 11** – Informação e atualização em Planeamento Familiar por sexo.

No sexo feminino, 1% não tem informação sobre os recursos existentes no país na área do Planeamento Familiar e também não considera ser importante. Em ambos os sexos existe algum conhecimento sobre os recursos existentes na área do Planeamento Familiar, no entanto este é mais referido no sexo feminino (28,0 vs. 12,3%) (Figura 12).



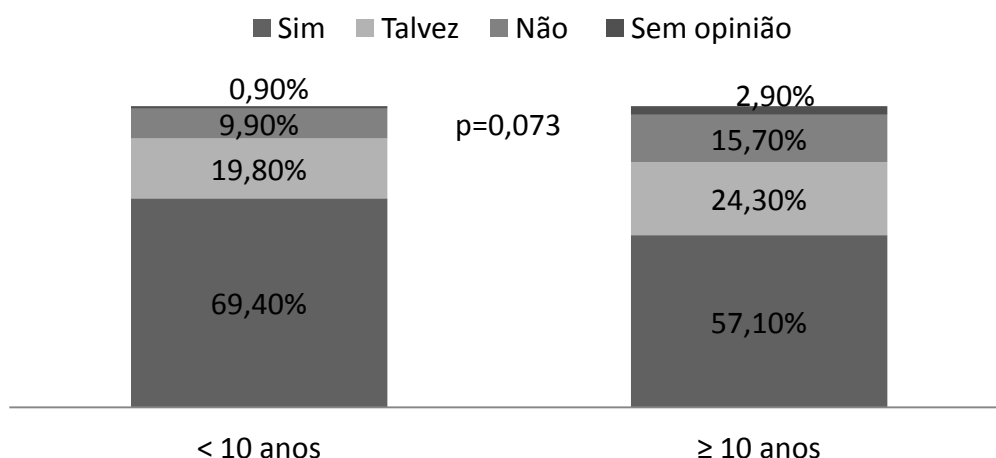
**Figura 12** – Conhecimento sobre os recursos nacionais na área de Planeamento Familiar por sexo.

Considerando a variável anos de prática clínica, os médicos com menor tempo de atividade e, portanto, mais jovens, demonstraram já alguma preocupação formativa no âmbito do Planeamento Familiar (13,5% vs. 5,7%) (Figura 13).



**Figura 13** – Informação e atualização em Planeamento Familiar por anos de prática clínica.

Globalmente e independente do tempo de atividade clínica, foi considerado importante a introdução de informação sobre Planeamento Familiar nas ações de formação frequentadas (Figura 14).



**Figura 14** – Importância da introdução de informação sobre Planeamento Familiar nas ações de formação assistidas pelos médicos inquiridos por anos de prática clínica.

## Discussão

A amostra obtida da população médica à qual se dirigiu o estudo em causa reflete as principais características de um hospital de cuidados terciários e de referência, com elevada diversidade de especialidades médicas e cirúrgicas e número elevado de jovens médicos em formação. A maioria dos inquiridos, e que aceitaram participar no estudo, tinha idade inferior a 35 anos (58%) e uma experiência clínica inferior a 10 anos (61%). Este grupo provavelmente apresenta uma maior predisposição para a participação em estudos de opinião. A especialidade com maior número de respostas foi a Medicina Interna (n=34) seguida da Cirurgia Geral (n=22), o que é coincidente com a sua expressão dentro do Centro Hospitalar.

Da leitura dos resultados obtidos observou-se que na introdução de novas terapêuticas a mulheres em idade reprodutiva, apenas 45,3% dos médicos inquiriram, de modo mais ou menos sistemático, acerca do método contraceptivo em uso, apesar de 9,9% nunca o fazer.

Dos que responderam afirmativamente à questão anterior, 71,7% considera não ter informação suficiente para efetuar um aconselhamento contraceptivo adequado, e, destes, apenas 9,8% referência constantemente para serviços especializados; nesta questão há também a destacar os 28,2% que consideraram ter informação suficiente para prestar os esclarecimentos necessários na esfera contraceptiva e interações medicamentosas, pelo que não consideraram necessário enviar a consulta de Planeamento familiar. O facto da maioria da amostra não ter informação suficiente sobre Planeamento Familiar traduz a formação insuficiente, estando o apresentado de acordo com a escassa carga horária dedicada a esta área no ensino pré e pós graduado.

Na presença de risco para a saúde da mulher na ocorrência de uma gravidez não planeada, a opinião médica foi mais concordante, com 38,7% informando sobre método concreto, seguro e adequado para a doente e 40,9% enviando *a priori* a consultas de planeamento familiar. Pela negativa destacam-se os expressivos 20,5% que apenas aconselharam “cuidado” e não se detiveram em qualquer informação adicional ou detalhada.

A grande maioria dos inquiridos (89,5%) não frequentou atualizações sobre aconselhamento contraceptivo integradas nas suas ações de formação, apesar de 86,1% julgarem útil a sua existência, tendo em conta a prática clínica diária.

Dos resultados obtidos destaca-se também que apenas 21% dos médicos respondeu afirmativamente quando inquiridos acerca do conhecimento dos recursos disponíveis nesta área.

Ao efetuar a análise dos resultados por grupo etário notou-se uma maior tendência para os médicos mais jovens inquirirem sobre os métodos de contraceção em uso quando introduziram novas terapêuticas, e são também estes os que consideram ter maior informação para efetuarem um correto aconselhamento. Por sua vez são os médicos com idade superior ou igual a 60 anos os que mais referenciam para consulta de planeamento familiar. Tendo em conta a atividade clínica diária todos os grupos etários julgam importante a existência de ações de formação no entanto este desejo não foi expresso pelo grupo com idade igual ou superior a 60 anos.

As médicas foram as que mais frequentaram ações sobre aconselhamento contraceptivo (15,0% vs. 4,9%) e as que apresentam maior conhecimento dos recursos disponíveis na área da contraceção (28,0% vs. 12,3%).

Os inquiridos com menor número de anos de experiência clínica (inferior a 10 anos), e refletindo o carácter formativo da carreira médica, foram os que mais ações frequentaram no último ano (13,5% vs. 5,7%) e os que mais consideram importante a sua existência (69,4% vs. 57,10%)

Do curso desta discussão e notando o exposto ficam as seguintes conclusões principais:

- Apesar do atendimento de utentes em idade fértil e introdução de novas terapêuticas a maioria dos inquiridos não aborda de modo sistemático a temática contraceptiva, salientando-se neste âmbito a questão relativa às interações medicamentosas e contraceção hormonal oral;
- Embora a maioria dos médicos desta amostra considere ter informação insuficiente e alegue desconhecimento dos recursos existentes na área da contraceção, muitos são os que efetuam o que consideram ser um “aconselhamento contraceptivo” seguro e detalhado.



## **Comentário final**

Face aos resultados apresentados constata-se que há ainda um longo caminho a percorrer, com trabalho a ser desenvolvido, junto dos profissionais de saúde no que concerne à informação para o uso correto dos métodos contraceptivos ao dispor e à prevenção de gravidez não planeada.

É necessária uma sensibilização médica para a ocorrência de interações medicamentosas respeitantes à contraceção hormonal oral quer na introdução de novas terapêuticas, quer nas doentes crónicas e polimedicadas.

Considerando o descrito será importante a aposta das entidades competentes em ações de formação compreendendo temas como contraceção e interações medicamentosas e como obviar as suas consequências, a importância da contraceção de emergência e a sua subutilização, o risco de gravidez não planeada e os seus desfechos reais, nomeadamente a interrupção de gravidez, e finalmente esclarecimento e informação sobre métodos seguros, eficazes, duradouros, não dependentes das utilizadoras e principalmente a sua adequação a cada caso.

A população alvo das referidas ações sobre Planeamento Familiar não deve ser constituída apenas por internos/especialistas em Ginecologia ou Medicina Geral e Familiar, especialidades estas mais diretamente ligadas às questões em causa, mas serem dirigidas, também, às especialidades médicas ou cirúrgicas que lidam com mulheres em idade fértil e que se encontram em risco de uma gravidez não planeada.

Os médicos mais jovens e os que se encontram em formação parecem estar mais despertos para esta problemática reiterando as suas necessidades formativas pós-graduada na área da contraceção.

## Bibliografia

1. *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*, Instituto Nacional de Estatística, Instituto Nacional de Saúde, Lisboa 2009
2. *Consenso sobre Contraceção 2011*, Reunião de Consenso Nacional sobre Contraceção, SPG, SPDC, SPMR, Estoril, 2011
3. *Relatório dos registos das interrupções de gravidez ao abrigo da Lei 16/2002 de 17 de Abril , dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2011*, DGS, divisão de saúde reprodutiva , divisão de estatística de Saúde, Lisboa, 2012
4. Black, K.I. , *et al.*, *Why do women experience untimed pregnancies? A review of contraceptive failure rates*, Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 24, 442-455, 2010
5. Speroff, Leon e Darney, Philip D. , *A Clinical Guide for Contraception, Fifth Edition*, 105-106, Filadélfia E.U.A., 2011
6. Hanse T.H. e Lundvall F., *Factores influencing the reliability of oral contraceptives*, Acta Obstet Gynecol Scand, Jan; 76 (1):61-4, 1997
7. Dutton C., Foldvary-Schaefer N., *Contraception in women with epilepsy: pharmacokinetic interactions, contraceptive options, and management*, Int Rev Neurobiol, 83:113-34, 2008
8. Toh S. *et al.*, *Antibiotics and oral contraceptive failure – a case-crossover study*, Contraception, 83: 418-425, 2011

## **Anexo 1**

*Serviço de Obstetrícia*

Maternidade Dr. Daniel de Matos

HUC Coimbra

*Serviço de Obstetrícia*

Maternidade Bissaya Barreto

CHC Coimbra

Coimbra, Outubro de 2010

Exmo(a) Colega(a)

Os Serviços de Obstetrícia dos HUC e CHC pretendem avaliar a sensibilidade médica para o risco de gravidez não planeada relacionada com o risco de interações medicamentosas. Neste sentido agradecia-se a colaboração com o preenchimento do inquérito que segue em anexo e que é anónimo.

Muito obrigado pela colaboração,

## *Inquérito de opinião a médicos*

1. Idade:

- a) 25-29 anos
- b) 30- 34 anos
- c) 35 - 39 anos
- d) 40 - 44 anos
- e) 45 - 49 anos
- f) 50- 54 anos
- g) 55- 59 anos
- h)  $\geq 60$  anos

2. Sexo: F\_\_\_ M\_\_\_

3. Especialidade: \_\_\_\_\_

4. Nº de anos de prática clínica: \_\_\_\_\_

5. No último ano na sua prática clínica quando introduziu uma terapêutica numa doente em idade fértil teve a preocupação de inquirir sobre o método de contraceção em utilização?

- a) Nunca
- b) Às vezes
- c) Quase sempre
- d) Sempre

6. Nas circunstâncias descritas na alínea anterior e se respondeu afirmativamente:

a) Tenho formação que considero suficiente para fazer um aconselhamento contraceptivo pelo que não foi necessário enviar a Consulta de Planeamento Familiar

b) Tenho formação insuficiente para um aconselhamento contraceptivo, mantive o método e não enviei a consulta de Planeamento Familiar

c) Não tenho informação para fazer um aconselhamento contraceptivo e enviei por vezes a consulta de Planeamento Familiar

d) Não tenho informação para fazer um aconselhamento contraceptivo e enviei sempre a consulta de Planeamento Familiar

7. Quando a gravidez é contra-indicada numa doente preocupa-se com o risco de gravidez e:

a) Informa a doente deste risco e dá uma informação concreta de um método contraceptivo seguro e adequado

b) Informa a utente deste risco e aconselha a ter “cuidado”

c) Informa a utente deste risco sem detalhes sobre métodos de contraceção

d) Envia a consulta de Planeamento Familiar

8. No último ano teve alguma actualização sobre aconselhamento em contracepção integrada na suas acções de formação/informação:

a) Sim

b) Não

9. Considerando a sua actividade clínica julga ser útil a existência de acções de actualização em aconselhamento contraceptivo?

a) Sim

b) Talvez

c) Não

d) Sem opinião

10. Tem conhecimento dos recursos médicos disponíveis nesta área?

a) Sim

b) Algum

c) Não

d) Não e não constitui uma preocupação

Obrigado pela colaboração