Conhecimento e prática anticoncepcional de mulheres portadoras de *Diabetes Mellitus*

Contraception: knowledge and practice among women with Diabetes Mellitus

Conocimiento y práctica de anticoncepción en mujeres portadoras de Diabetes Mellitus

Danielle Rosa Evangelista¹

Escolástica Rejane Ferreira Moura²

Carolina Barbosa Jovino de Souza Costa³

Cleide Gomes Bezerra⁴

Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente⁵

Carla Suellen Pires de Sousa²

1. Universidade Federal do Tocantins. Palmas - TO, Brasil.
2. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza - CE, Brasil.
3. Instituto Dr. José Frota. Fortaleza - CE, Brasil.
4. Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara. Fortaleza - CE, Brasil.
5. Universidade de Fortaleza. Fortaleza - CE, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Objetivou-se identificar o conhecimento de mulheres portadoras de diabetes sobre métodos anticoncepcionais com indicação na presença dessa patologia e verificar a adequabilidade da prática anticoncepcional do grupo pesquisado. **Métodos:** Pesquisa transversal, exploratória, na qual participaram 106 mulheres portadoras de diabetes, sexualmente ativas, em idade reprodutiva. Os dados foram coletados de março a julho de 2009, em centro especializado para atendimento em diabetes, por meio de entrevista. Os Critérios Médicos de Elegibilidade para uso de Métodos Anticoncepcionais foram adotados como referencial teórico. **Resultados:** Das participantes, 75 (70,8% IC95% 61,1-79,2) apresentaram conhecimento ausente sobre os métodos anticoncepcionais apropriados ao diabetes; das 104 (98,1%) que utilizavam método, 58 (55,8%) faziam, conforme os critérios de elegibilidade, porém 12 (11,6%) mulheres usavam métodos sob riscos à saúde. **Conclusão:** Concluiu-se haver lacunas significativas no conhecimento e na prática anticoncepcional do grupo pesquisado, o que as torna vulneráveis a gestações de risco.

Palavras-chave: Anticoncepção; *Diabetes Mellitus*; Conhecimento; Mulheres.

ABSTRACT

Objective: The objective was to identify diabetic women's knowledge about contraceptive methods, indicating the presence of this pathology, and to verify the suitability of contraceptive practice in the group researched. **Methods:** Cross-sectional, exploratory research, in which 106 sexually-active diabetic women of reproductive age participated. Data were collected from March to July 2009 in a specialized center for diabetes care, through interviews. The Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use were adopted as the theoretical framework. **Results:** Of the participants, 75 (70.8% CI 95% 61.1 to 79.2%) had missing knowledge about contraceptive methods appropriate to diabetes; of the 104 (98.1%) who used a method, 58 (55.8%) did so in line with the eligibility criteria, but 12 (11.6%) women used methods risking their health. **Conclusion:** It was concluded that the group studied has significant gaps in contraception knowledge and practice, making them vulnerable to high-risk pregnancies.

Keywords: Contraception; *Diabetes Mellitus*; Knowledge; Women.

RESUMEN

Objetivo: Identificar el conocimiento de las mujeres con diabetes sobre los métodos anticonceptivos y comprobar la adecuación de la práctica anticonceptiva del grupo de investigación. **Métodos:** Transversal, exploratorio, al que asistieron 106 mujeres con diabetes. Los datos fueron recolectados entre marzo y julio de 2009 en un centro especializado para el cuidado de la diabetes, por medio de entrevistas. Los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos fueron adoptados como marco teórico. **Resultados:** De los participantes, 75 (70,8% IC95% 61,1-79,2) no tenían conocimientos sobre los métodos anticonceptivos adecuados; de las 104 (98,1%) que utilizaron el método, 58 (55,8%) utilizaban los criterios de elegibilidad; pero 12 (11,6%) practicaban métodos de riesgos para la salud. **Conclusión:** Existen importantes lagunas en el conocimiento y la práctica del grupo de investigación de anticonceptivos, lo que los hace vulnerables a los embarazos de alto riesgo.

Palabras-clave: Anticoncepción; *Diabetes Mellitus*; Conocimiento; Mujeres.

Autor correspondente:

Danielle Rosa Evangelista.
E-mail: enfadanielle@yahoo.com.br

Recebido em 25/02/2013.
Reapresentado em 09/12/2013.
Aprovado em 17/03/2014.

DOI: 10.5935/1414-8145.20140063

INTRODUÇÃO

A atenção em anticoncepção pressupõe a oferta de Métodos Anticoncepcionais (MAC) e o conhecimento sobre suas indicações, contraindicações e implicações de uso, por parte dos provedores de serviços, garantindo aos usuários elementos necessários para a opção livre e informada do MAC que melhor se adapte às necessidades individuais e/ou do casal¹.

Quando a necessidade de anticoncepção recai sobre mulheres com *Diabetes Mellitus* (DM), os provedores de serviços devem estar preparados para lidar com as particularidades deste grupo, pois o DM representa um fator de risco reprodutivo. Assim, as mulheres com essa patologia têm indicação de usar MAC de elevada eficácia e adequados a sua condição clínica, pois determinados MAC podem estar contraindicados em face da doença e/ou da terapêutica medicamentosa para o DM².

Vasectomia, laqueadura tubária, Método da Amenorréia da Lactação (LAM), hormonais (orais e injetáveis) e o Dispositivo Intra Uterino (DIU) são os MAC mais eficazes, cujas taxas de falhas variam de 0,1 a 0,6 gestações para cada 1.000 mulheres em uso adequado e consistente durante o primeiro ano (seis meses para LAM)³.

A vasectomia e a laqueadura são de difícil reversão, a LAM apenas pode ser acessada no pós-parto, e o DIU é de baixa acessibilidade em diferentes regiões do país, incluindo áreas do nordeste brasileiro como no Município de Fortaleza, Ceará. Os hormonais, apesar de reversíveis e mais acessíveis oferecem risco de interação medicamentosa com os antidiabéticos, podendo diminuir a eficácia destes ou ter sua eficácia reduzida, dependendo do fármaco utilizado no tratamento para o DM⁴.

Os hormonais, em particular o oral, podem reduzir o efeito dos hipoglicemiantes orais, antihipoglicemiantes e da insulina ou ter sua eficácia reduzida por algumas sulfoniluréias. Os hipoglicemiantes orais (metformina, sulfoniluréias, meglitinidas e tiazolidinedionasTZDs) quando utilizados em associação com os hormonais orais podem ter seus efeitos terapêuticos diminuídos e como consequência gerar quadros de hiperglicemia. Uma nova geração de antidiabéticos é a classe dos antihipoglicemiantes, cujos principais agentes são a ascarbose, o miglitol e o glucagon. Destes, somente o glucagon não tem seu efeito reduzido pelos anticoncepcionais orais; a insulina pode causar hiperglicemia em portadoras de DM e as sulfoniluréias reduzem o efeito dos hormonais, expondo a mulher a uma gravidez não planejada⁴.

Contraindicações aos MAC hormonais podem estar associados, com o tempo da patologia (>20 anos), idade acima de 35 anos, tabagismo (>15 cigarros por dia), hipertensão, obesidade e complicações em órgãos alvo (olhos, rins ou nervos). Quando a mulher apresenta um ou mais desses fatores de risco cardiovasculares, o uso de anticoncepcionais hormonais combinados (oral ou injetável) e hormonal injetável somente de progestágeno (trimestral) os potencializa².

Em meio a essas repercussões que o DM poderá acarretar sobre a gestação e as limitações quanto aos MAC que podem ser usados, o número de casos da doença vem aumentando em todo o mundo, devendo alcançar mais de 26,4 milhões em 2.030⁵,

demonstrando uma crescente prevalência deste agravo, o que corresponde a um número de mulheres que necessitam de assistência em anticoncepção. No Brasil, a prevalência em indivíduos com mais de 30 anos é de 7,6%, variando de 5,2 a 9,7% nas diferentes regiões do país⁶. No Ceará, de janeiro de 2002 a agosto de 2007, foram cadastradas no SUS 4.865 mulheres portadoras de DM, em idade fértil, de 15 a 49 anos⁷.

Em face ao exposto, identifica-se a gravidez não planejada de mulheres portadoras de DM como problema de investigação, sobre o qual questionou-se: qual o conhecimento e prática de mulheres portadoras de DM com relação à anticoncepção? Nesse contexto, foram definidos como objetivos, identificar o conhecimento de mulheres portadoras de DM sobre os MAC indicados para pacientes com esta patologia e verificar a adequabilidade da prática anticoncepcional do grupo pesquisado.

A relevância da pesquisa está em oferecer subsídios para profissionais da saúde e gestores da saúde para bem assistir a esta clientela nessa área do cuidado, avaliando a adequabilidade dos MAC para mulheres portadoras de DM, com o intuito de reduzir exposições às gravidezes não planejadas.

REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Os "Critérios Médicos de Elegibilidade para o uso de MAC" é um documento da Organização Mundial de Saúde (OMS) que oferece orientações técnicas para a indicação e contraindicação do uso dos métodos.

O documento apresenta uma lista de condições dos usuários que estabelecem a conveniência ou restrição ao uso dos diferentes MAC, por meio de raciocínio clínico, sintetizado em quatro categorias: condição para a qual não há restrição quanto ao uso do MAC (categoria 1); condição em que a vantagem de utilizar o método, geralmente, supera os riscos teóricos ou comprovados (categoria 2); condição em que os riscos teóricos ou comprovados, geralmente, superam as vantagens de se utilizar o método (categoria 3); condição que representa um risco de saúde inaceitável caso o método seja utilizado (categoria 4). Para a laqueadura tubária existe uma classificação diferenciada, em que as categorias são cuidado (C) e especial (E). Na categoria cuidado, o método é, normalmente, fornecido em unidade de saúde com os preparativos e precauções gerais; na categoria especial, o procedimento deve ser realizado em serviço com assistente e cirurgião experientes, e equipamentos necessários para se aplicar anestesia geral e outros meios de suporte médico².

A tabela 1 apresenta os MAC segundo as condições a serem avaliadas nas usuárias, conforme os Critérios de Elegibilidade, no que tange às mulheres portadoras de DM, com as respectivas categorias que norteiam a indicação ou não dos MAC.

MÉTODOS

Pesquisa transversal, exploratória, realizada no Centro Integrado de Hipertensão e Diabetes (CIHD), pertencente ao Sistema de Saúde de Fortaleza-CE, Brasil. A população foi constituída por mulheres portadoras de DM tipo 1 ou tipo 2, em

Tabela 1. Distribuição dos métodos anticoncepcionais segundo Critérios Médicos de Elegibilidade para o uso por mulheres portadoras de diabetes e respectivas Categorias

Métodos Anticoncepcionais	Condições a serem avaliadas em mulheres portadoras de <i>Diabetes Mellitus</i>			
	Duração do DM ≤ 20 anos		Duração do DM > 20 anos	
	Sem fatores de risco	Presença de um ou mais fatores de risco	Ausência de complicações em órgãos-alvo	Presença de complicações em órgãos-alvo
Categorias de elegibilidade dos métodos anticoncepcionais				
Anticoncepcional Oral Combinado (AOC)	2	3 e 4	3 e 4	3 e 4
Anticoncepcional Injetável Combinado (AIC)	2	3 e 4	3 e 4	3 e 4
Anticoncepcional só de Progestágeno (AP)	2	2	2	2
Injetável só de Progestágeno (IP)	2	3	3	3
Dispositivo Intrauterino com Cobre (DIU-Cu)	1	1	1	1
Dispositivo Intrauterino com Levonorgestrel (DIU-LNg)	2	2	2	2
Preservativo masculino	1	1	1	1
Preservativo feminino	1	1	1	1
Espermicida (E)	1	1	1	1
Diafragma (D)	1	1	1	1
Muco Cervical	1	1	1	1
Tabela	1	1	1	1
Coito Interrompido (CI)	1	1	1	1
Temperatura basal	1	1	1	1
Colar	1	1	1	1
Amenorréia da Lactação (LAM)	1	1	1	1
Laqueadura tubária (LT)	C	E	E	E

C: Cuidado; E: Especial. Fonte: Organização Mundial da Saúde (2009).

idade reprodutiva (18 a 49 anos) e com vida sexual ativa. A idade mínima de 18 anos foi adotada, por representar a maioridade civil; e a idade máxima de 49 anos, por representar o extremo reprodutivo feminino. Para efeito deste estudo, foi considerada sexualmente ativa a mulher que afirmou ter, pelo menos, uma relação sexual mensal, condição essencial para gestar.

A amostra (n = 106) foi definida com base na população de 4.865 mulheres em idade fértil, portadoras de DM, cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica de Fortaleza, em 2008. Fixou-se coeficiente de confiança de 95%, erro amostral de 5% e prevalência do fenômeno (P) de 7,6%, tomado com base na prevalência do fenômeno na população geral brasileira⁶. Foram excluídas as mulheres laqueadas, hysterectomizadas, ooforectomizadas ou, cujos parceiros fossem vasectomizados, casos em que a ocorrência de gravidez é praticamente inexistente.

Os dados foram coletados de março a julho de 2009, por meio de entrevista semiestruturada, cujos dados foram registrados pela pesquisadora no próprio formulário, paralelamente à entrevista. O formulário continha perguntas relativas ao DM (classificação do DM, tratamento em uso, níveis glicêmico e pressórico, Índice de Massa Corporal (IMC), tempo do DM,

presença de fatores de risco e de complicações em órgãos alvos); aspectos sócioeducacionais das participantes (idade, escolaridade, condição civil) e condições relacionadas à prática anticonceptiva (método em uso, condições a serem avaliadas para indicação segura do MAC, adequabilidade do MAC em uso e fonte de apoio à escolha/indicação do MAC).

Foi verificada a glicemia capilar (jejum ou ao acaso), conforme as recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes⁶. O glicosímetro e as fitas testes foram da marca Prestige IQ[®], sendo as fitas, código 21, lote IBR887A2 e com validade 30/09/2009. Os resultados obtidos foram analisados conforme classificação do Ministério da Saúde⁶. A aferição da pressão arterial foi efetuada com esfigmomanômetro aneróide calibrado, da marca *Premium*[®] e estetoscópio biauricular, diafragma e campânula para audição dos sons da marca BIC[®]. A classificação dos níveis pressóricos seguiu as recomendações da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁶. O peso e a altura das participantes foram verificados em balança antropométrica da marca Welmy[®], com carga máxima de 200 quilos e com certificado do Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO[®]). Foi utilizada a mesma balança para todas as entrevistadas. O peso e altura

foram usados no cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), dividindo-se o peso em quilos pela altura ao quadrado em metros e foi analisado de acordo com classificação, ou seja, Baixo peso (IMC < 18,5); Normal (IMC entre 18,5-24,9); Sobrepeso (IMC entre 25-29,9); Obeso classe I (IMC entre 30-34,9); Obeso classe II (IMC entre 35-39,9); e Obeso classe III (IMC ≥ 40), recomendada pelo Ministério da Saúde⁹.

Para avaliar o conhecimento das mulheres sobre os MAC recomendados na presença do DM, as autoras elaboraram escala *likert*, cujos parâmetros (nenhum conhecimento, conhecimento limitado, moderado, substancial e extenso) foram baseados na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)¹⁰.

Os critérios de avaliação da escala foram: a participante conhece todos os MAC de uso livre (Amenorréia da lactação -LAM, Dispositivos Intrauterinos - DIU, Laqueadura tubária -LT, preservativos masculino e feminino); Reconhece todos os MAC com restrição pela sua baixa eficácia (muco cervical, tabela, temperatura basal, coito interrompido e colar); Reconhece todos os métodos limitados pelo risco de potencializar complicações cardiovasculares para o DM (Anticoncepcional oral combinado - AOC, Anticoncepcional só de progestágeno - AP, Anticoncepcional injetável combinado - AIC e injetável só de progestágeno - IP); Reconhece todos os métodos limitados pelo risco de potencializar complicações cardiovasculares para o DM associados a outros fatores de risco (LT, diafragma, espermaticida, AOC, PP, AIC e IP).

Caso a participante não fosse capaz de citar nenhum dos critérios de forma completa, seu nível de conhecimento era definido como nenhum (nível 1 da escala); quando acertou um dos critérios, o conhecimento foi limitado (nível 2); quando acertou dois dos critérios, conhecimento moderado (nível 3); quando acertou três dos quatro quesitos, conhecimento substancial (nível 4); e quando acertou todos os critérios, a participante tinha conhecimento extenso (nível 5).

As participantes foram selecionadas pela revisão dos prontuários, que eram separados pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) para o atendimento diário. Antes que os prontuários fossem enviados para os consultórios, uma das autoras selecionava aqueles, cujas pacientes tivessem entre 18 e 49 anos, com diagnóstico de DM tipo 1 ou tipo 2. Os nomes das pacientes e dos respectivos profissionais que as atenderiam, eram anotados pela pesquisadora, para permitir a localização da paciente, posteriormente, nas salas de espera, para realização da entrevista.

Os dados foram processados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0. Foi realizada análise estatística descritiva, utilizando frequência absoluta, frequência relativa, média (χ) e desvio padrão (S). Foi procedida à estimativa por Intervalos de Confiança de 95% para os dados categorizados.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal do Ceará, conforme protocolo nº 27/09. Foram seguidas as recomendações da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos¹¹. Às participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo informações sobre

justificativa, objetivos e procedimentos que seriam utilizados na pesquisa, por meio de linguagem acessível aos respondentes, e uma vez aceitando participar livremente da pesquisa, efetuaram a assinatura.

Com o intuito de superar o caráter utilitário da pesquisa, foi entregue e lido com cada participante, ao término da entrevista, um folheto explicativo, elaborado pelas pesquisadoras, contendo informações sobre os cuidados de anticoncepção para mulheres portadoras de DM.

RESULTADOS

Condições do DM e caracterização das participantes

Dentre as 106 (100%) participantes, 90 (84,9%) eram portadoras de DM tipo 1, e 16 (15,1%) de DM tipo 2; 88 (83%) usavam insulina, 11 (10,4%) usavam hipoglicemiante oral e 7 (6,6%) encontravam-se em uso de ambas as terapêuticas. A glicemia mostrou-se anormal (>100mg/dl) entre 22 (55%) das 40 (37,7%) participantes que realizaram a glicemia em jejum e em 39 (59%) das 66 (62,2%) que realizaram a glicemia ao acaso (>140mg/dl).

A média de idade foi de 25,6 ± 7,1. Quanto à condição de união, 82 (77,4%) se relacionavam com parceiro fixo e 24 (22,6%) tinham parceiros eventuais. A escolaridade variou do ensino fundamental incompleto ao ensino superior completo, com 31 (29,2%) tendo cursado até o ensino fundamental, 66 (62,3%) o ensino médio e 9 (8,5%) o ensino superior. O maior percentual recaiu sobre mulheres com ensino médio completo, ou seja, 52 (49,1%) do grupo.

Conhecimento de mulheres portadoras de DM sobre MAC indicados na presença da patologia

O perfil de conhecimento das mulheres portadoras de DM sobre os MAC que podem ou não ser utilizados e os motivos para a indicação ou não do MAC são apresentados na tabela 2.

Das 106 (100%) das mulheres entrevistadas, 75 (70,8%) foram classificadas como nenhum conhecimento sobre o uso de MAC na condição de portadoras de DM, 28 (26,4%) apresentavam conhecimento limitado e 3 (2,8%) conhecimento moderado. Com 95% de confiança, a proporção de mulheres portadoras de DM que apresentam conhecimento limitado está entre 18,3 e 35,9%.

Prática anticonceptiva de mulheres portadoras de DM

A tabela 3 mostra a distribuição das mulheres portadoras de DM sobre a prática anticonceptiva. Das 106 (100%) entrevistadas, 104 (98,1%) referiram uso de algum MAC, sendo o MAC hormonal oral e o preservativo masculino os que apresentaram uma frequência maior de uso. A maioria fazia uso do método por conta própria, sem receber suporte técnico capacitado adequado.

Crítérios de elegibilidade dos MAC para mulheres com DM

A tabela 4 apresenta os critérios de elegibilidade clínica para uso de MAC apresentados pelas participantes deste estudo.

Tabela 2. Distribuição do número de mulheres portadoras de diabetes segundo nível de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais adequados à doença. Fortaleza - Ceará, mar-jul, 2009

Crítérios de avaliação da escala de conhecimento (n = 106)	Nº	%	IC 95%
Reconhece todos os MAC de uso livre (LAM, DIU, LT, preservativos masculino e feminino);	4	3,8	1-9,4
Reconhece todos os MAC com restrição pela baixa eficácia (muco cervical, tabela, temperatura basal, CI e colar);	2	1,9	0,2-6,6
Reconhece todos os MAC limitados pelo risco de potencializar complicações cardiovasculares para o DM (AOC, AP, AIC e IP);	28	26,4	18,3-35,9
Reconhece todos os MAC limitados pelo risco de potencializar complicações cardiovasculares para o DM associados a outros fatores de risco (LT, diafragma, espermaticida, AOC, AP, AIC e IP).	0,0	0,0	0,0
Nível de conhecimento das participantes			
Nenhum conhecimento	75	70,8	61,1-79,2
Conhecimento limitado	28	26,4	18,3-35,9
Conhecimento moderado	3	2,8	0,6-8,0
Conhecimento substancial	0,0	0,0	0,0
Conhecimento extenso	0,0	0,0	0,0

Tabela 3. Distribuição do número de mulheres portadoras de diabetes, conforme prática anticoncepcional. Fortaleza - Ceará, mar-jul, 2009

Variáveis	Nº	%
Uso atual de Método Anticoncepcional (MAC) (n = 106)		
Sim	104	98,1
Não	2	1,9
Método anticoncepcional em uso (n = 104)*		
Preservativo masculino	46	44,2
Anticoncepcional Combinado Oral Combinado (AOC)	36	34,6
Anticoncepcional Injetável Combinado (AIC)	13	12,5
Tabela	7	6,7
Dispositivo Intra-Uterino contendo cobre (DIU-Cu)	5	4,8
Coito Interrompido (CI)	5	4,8
Anticoncepção de Emergência (AE)	3	2,9
Condições do Uso do MAC (n = 104)		
Uso por conta própria	55	53
Uso com apoio do serviço de PF	33	31,8
Uso com apoio do serviço de DM	9	8,6
Ambos	3	2,8
Outros	4	3,8

* A soma das frequências foi maior que o número de participantes, pois algumas participantes utilizavam mais de um MAC.

Foram eles: idade, tempo de DM, IMC, presença de hipertensão e comprometimento em órgãos. Dentre as 16 (15%) mulheres que referiram comprometimentos, destacaram-se: nos olhos (9), nos rins (7), vasculopatia (3), parestesias (1), neuropatias (1) e problemas na vesícula biliar (1). A soma das frequências foi maior porque a mesma mulher poderia ter mais de uma complicação.

A adequabilidade da prática anticoncepcional das participantes, conforme as categorias do referencial adotado, gerou a Tabela 5.

De acordo com os critérios utilizados como referencial metodológico nesta pesquisa, das 104 (100%) que utilizavam MAC, e, portanto, tiveram a adequabilidade do método verificada, 58 (55,8%) das participantes, tinha indicação de manter o uso de MAC.

Tabela 4. Distribuição do número de mulheres portadoras de diabetes, segundo critérios de elegibilidade de métodos anticoncepcionais. Fortaleza - Ceará, mar-jul, 2009

Crítérios de elegibilidade de MAC (n = 106)	Nº	%
Idade (anos) (25,6 ± 7,1)		
18 a 34	93	87,7
35 a 49	13	12,3
Tempo de diagnóstico de DM (em ano) (11,3 ± 6,5)		
1 a 20	99	93,5
Mais de 20	7	6,5
Fumante (>15 cigarros por dia)	2	1,9
IMC na ocasião da entrevista (verificados pela pesquisadora)		
Baixo do peso (<18,5)	5	4,8
Normal (18,5-24,9)	62	58,5
Sobrepeso (25-29,9)	32	30,2
Obeso classe I (30-34,9)	6	5,6
Obeso classe II (35-39,9)	1	0,9
Participantes que referiram ter hipertensão	8	7,5
Níveis pressóricos na ocasião da entrevista (verificados pela pesquisadora)		
Ótima (<120; <80)	52	49,1
Normal (<130; <85)	44	41,5
Limítrofe (130-139; 85-89)	9	8,5
Hipertensão estágio I (140-159; 90-99)	1	0,9
Participantes que referiram comprometimento de órgãos alvo	16	15,0

Tabela 5. Distribuição do número de mulheres portadoras de diabetes, segundo adequabilidade da prática anticoncepcional nas categorias da Organização Mundial de Saúde. Fortaleza - Ceará, mar-jul, 2009

Categorias de elegibilidade de MAC (n = 104)	Nº	%	IC 95%
1. Não há restrição quanto ao uso do MAC	58	55,8	45,7-65,5
2. A vantagem de utilizar o MAC geralmente supera os riscos teóricos ou comprovados.	34	32,7	23,8-42,6
3. Os riscos teóricos ou comprovados geralmente superam as vantagens de se utilizar o método.	9	8,7	4-15,8
4. Risco de saúde inaceitável caso o MAC seja utilizado.	3	2,9	0,6-8,2

DISCUSSÃO

O diabetes tipo 1 prevaleceu entre 90 (84,1%) participantes. Esse resultado foi elevado, comparado a porcentagem de diabetes tipo 1 encontrada na população geral, que é em torno de 10% do total de casos. Porém, a pesquisa incluiu mulheres com idade entre 18 e 49 anos de idade, abrangendo, portanto, a faixa etária de adolescentes e jovens, na qual o diabetes tipo 1 é mais prevalente¹². Outra justificativa é o local do estudo constituir-se em unidade de referência para DM, vindo a reunir mais casos de DM tipo 1.

Essa maior porcentagem de participantes com diabetes tipo 1 vem explicar o fato de 95 (89,9%) estarem em uso de insulina. Outras 19 (17,8%) faziam uso de hipoglicemiantes orais. Tanto o uso da insulina quanto de hipoglicemiantes orais

pode ter a eficácia prejudicada pelo uso dos anticoncepcionais hormonais. Nesse sentido, a glicemia de 61 (57,5%) participantes mostrou-se elevada. Contudo, a ausência de testes estatísticos entre essas variáveis constituiu limitação do estudo.

O percentual de 24 (22,6%) participantes mantinha relacionamentos eventuais, tipo de relacionamento em que a imprevisibilidade da relação sexual é mais comum, condição que, em geral, eleva a vulnerabilidade à gravidez não planejada. Mulheres portadoras de DM devem ter a gestação planejada, de modo a conceber sob condições metabólicas e clínicas maternas compensadas¹³.

A escolaridade de 32 (29,9%) participantes, que tinham até o ensino fundamental, exige atenção particular por parte dos provedores de serviços, pois é esperado que a apreensão acerca das informações sobre os MAC e das particularidades

relacionadas a riscos reprodutivos seja facilitada por uma escolaridade mais avançada.

O conhecimento das participantes sobre os MAC indicados na presença do DM foi "nenhum" para 75 (70,8%) (IC95% 61,1-79,2%) participantes. Apenas 3 (2,8%) (IC95% 0,6-8,0) apresentaram conhecimento moderado e nenhuma apresentou conhecimento substancial ou extenso. Esse resultado confirma o que autores denunciavam ainda em 1995, ao afirmarem que os programas de educação diabetológica pouco abordam a seleção do MAC mais adequado para a mulher portadora de DM e as complicações que desaconselham a gravidez na presença do DM descompensado¹⁴. Portanto, a assistência em anticoncepção deve envolver atividades educativas dirigidas à clientela com DM, com o objetivo de oferecer informações necessárias à escolha adequada do MAC¹.

O uso de MAC adequado à presença de DM, sem restrição de uso (categoria 1 da OMS) correspondeu a 58 (55,8%) participantes, com IC95% de 45,7-65,5%, dado relevante, uma vez que mais da metade das mulheres não estão potencializando os riscos à sua saúde. Somente 12 (11,6%) usavam MAC que poderá trazer riscos à saúde, merecendo cuidado e assistência profissional adequada, para avaliar possíveis alterações, pois se tratavam de mulheres que usavam MAC sob riscos à saúde (categoria 3 ou 4 da OMS).

O ideal seria que 100% das mulheres portadoras de DM estivessem na categoria 1. Essa lacuna pode ter como causa o uso do MAC por conta própria, conforme declararam 55 (52,9%) participantes. Das 45 (43,2%) participantes que afirmaram usar o MAC com orientação profissional, 33 (31,7%) citaram como fonte o serviço de planejamento familiar da atenção básica, 9 (8,6%) o serviço de DM e 3 (2,8%) ambos os serviços. Portanto, o serviço de planejamento familiar foi o principal promotor desse cuidado para o grupo pesquisado, o que está em conformidade com a determinação do Pacto pela Vida, que define esta ação como prioridade da atenção básica¹⁵. O planejamento familiar deve ser uma ação fundamental na atenção básica, a oferecer informações e atendimento clínico suficiente para a escolha e uso efetivo dos MAC que melhor se adaptem às condições atuais de saúde feminina^{16,17}.

As limitações do estudo recaíram também sobre a falta de análise entre anormalidade glicêmica e o uso de MAC hormonais e o fato de a aferição da pressão arterial das participantes ter sido feita em apenas uma ocasião.

CONCLUSÃO

O conhecimento de mulheres portadoras de DM com relação aos MAC apropriados à presença dessa patologia apresentou deficiência significativa, aspecto que necessita ser corrigido pelos serviços de planejamento familiar, por meio de estratégias educativas abrangentes e adequadas às necessidades individuais desse público. Como havia mulheres em uso de MAC inadequado para sua condição clínica (categorias 3 e 4 da OMS), apesar de acompanhadas por provedores de serviços, ressalta-se a importância de capacitações para estes provedores relacionadas às particularidades da anticoncepção de mulheres com DM.

O uso dos MAC por mulheres com DM deve ser monitorado por médicos e/ou enfermeiros. O percentual de participantes em uso por conta própria precisa ser reduzido, particularmente, por se tratar de um público com especificidades na prática anticoncepcional que se não controladas poderão resultar em gestações de risco, bem como comprometer o controle metabólico e a saúde da mulher.

Sugere-se estudo a respeito do conhecimento de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família com relação à atenção em anticoncepção de mulheres com DM.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde Sexual e reprodutiva. Manual Técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
2. Organización Mundial de la Salud - OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Manual técnico. 4ª ed. Ginebra (SU): Organización Mundial de la Salud; 2009.
3. Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller JS, Shelton JD. Pontos essenciais da tecnologia de anticoncepção: um manual para pessoal clínico. Baltimore (USA): Escola de Saúde Pública Johns Hopkins, Programa de Informação de População; 2001.
4. Clayton BD, Stock YN. Farmacologia na prática de Enfermagem. 13ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier; 2006.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
6. Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC, Sociedade Brasileira de Hipertensão - SBH, Sociedade Brasileira de Nefrologia - SBN. 5 Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo (SP): SBC, SBH, SBN; 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006.pdf
7. Ministério da Saúde (Brasil). HIPERDIA. Sistema de Cadastro e Acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Fortaleza (CE): Ministério da Saúde; 2007.
8. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2006/2007. São Paulo (SP): Sociedade Brasileira de Diabetes; 2007.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Manual Técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
10. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Classificação dos resultados de Enfermagem (NOC). 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008. 880 p.
11. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
12. Ministério da Saúde (Brasil). Cadernos de Atenção Básica. Manual Técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
13. Cabral CS. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. Cad. Saude Publica. 2003; 19(suppl 2): 283-92.
14. Moura ERF, Evangelista DR, Damasceno AKC. Conhecimento de mulheres com diabetes mellitus sobre cuidados pré-concepcionais riscos materno-fetais. Rev. Esc. Enferm. USP. 2012; 46(1): 22-9.
15. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Manual Técnico. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
16. Camiá GEK, Marin HF, Barbien M. Diagnóstico de Enfermagem em mulheres que frequentam serviço de planejamento familiar. Rev. latino-am. enfermagem. 2001; 9(2): 26-34.
17. Bataglião EML, Mamede FV. Conhecimento e utilização da contracepção de Emergência por acadêmicos de enfermagem. Esc Anna Nery. 2011 abr/jun; 15(2): 284-90.