



Universidade Federal do Maranhão
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto
Mestrado Acadêmico



**ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM
MULHERES USUÁRIAS DE CONTRACEPTIVOS
HORMONAIIS ORAIS**

FLÁVIA CRISTINA BARROS DE SOUZA

São Luís

2017

FLÁVIA CRISTINA BARROS DE SOUZA

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM
MULHERES USUÁRIAS DE CONTRACEPTIVOS
HORMONAIS ORAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do Grau de Mestre em Saúde do Adulto.

Orientadora:

Profa. Dra. Maria Bethânia da Costa Chein.

Coorientadora:

Aluna de Pós-Doutorado Profa. Dra. Haíssa Oliveira Brito.

Coordenadora do Programa:

Profa. Dra. Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento.

São Luís

2017

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Barros de Souza, Flávia Cristina.

Ansiedade, Depressão e Qualidade de Vida em Mulheres usuárias de Contraceptivos Hormonais Orais / Flávia Cristina Barros de Souza, Haíssa Oliveira Brito. - 2017. 80 f.

Orientador(a): Maria Bethânia da Costa Chein.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

1. Ansiedade. 2. Contraceptivos Orais. 3. Depressão. 4. Qualidade de Vida. I. da Costa Chein, Maria Bethânia. II. Oliveira Brito, Haíssa. III. Título.

FLÁVIA CRISTINA BARROS DE SOUZA

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM
MULHERES USUÁRIAS DE CONTRACEPTIVOS
HORMONAIIS ORAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do Título de Mestre em Saúde do Adulto.

A Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado apresentada em sessão pública considerou a candidata aprovada em: ____/____/____.

Professora Dra. Maria Bethânia da Costa Chein (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão

Professor Dr. Eduardo Durans Figueredo (1ºExaminador)
Universidade CEUMA

Professora Dra. Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa (2ºExaminadora)
Universidade Federal do Maranhão

Professora Dra. Jacira do Nascimento Serra (3ºExaminadora)
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento (Suplente)
Universidade Federal do Maranhão

Dedico este trabalho de conclusão do Mestrado a Deus por me dar forças e sabedoria para sua realização. A Deus toda honra e glória, sem ele nada somos. Aos meus pais, marido, filhos, irmãos, familiares e amigos que de muitas formas me incentivaram e ajudaram para que fosse possível a concretização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar sempre ao meu lado, pelo fôlego de vida, sabedoria, força para continuar, pela família que me deu e manteve viva em meu coração a alegria da salvação.

Aos meus pais, Hilcias e Lourdes, pelo incentivo nos estudos, ensinamentos de vida, por todo amor, carinho e não medir esforços para me fazer feliz. Amo vocês!

Aos meus irmãos, Vitor e Milena, pela adorável convivência, sorrisos, força, amor e por sempre estarem prontos a me ajudar. Amo vocês!

Ao meu marido, Jefferson, que sempre depositou sua confiança em mim, pela força, palavras de incentivo e coragem, amor, carinho, companheirismo sempre e também por aguentar os momentos de estresse. Amo você!

Aos meus filhos, verdadeiros presentes de Deus na minha vida, Rodrigo e Pedro, são incontáveis os momentos de amor, alegria e aprendizado como meus eternos bebês. Amo vocês!

À minha Orientadora, Professora Dra. Maria Bethânia, mesmo não me conhecendo aceitou me orientar de forma segura, e no momento em que mais precisava me estendeu sua mão.

À Professora Dra. Luciane Maria Oliveira Brito por compartilhar uma vertente do Projeto “Avaliação dos níveis de dor crônica, stress e qualidade do sono e de sintomas associados à cefalgia, disfunção temporomandibular e ansiedade em mulheres usuárias de contracepção hormonal”

À Coorientadora, Professora Dra. Haíssa Oliveira Brito, pela atenção dispensada.

Ao participante do projeto, Leonardo, por sua atenção.

Aos professores do Programa e Pós-graduação em Saúde do Adulto da Universidade Federal do Maranhão, pelos ensinamentos, apoio e incentivo antes e durante o mestrado.

Aos professores dos outros dos Programas de Pós-Graduação da Universidade Federal do Maranhão pela contribuição à minha formação.

Aos meus colegas da turma 13 do PPGSAC, por participarem comigo desta caminhada e, em especial, às amigas, Joyce, Bruna, Adriana, Mayara e Clíce pelos momentos de estudos, força e descontração.

Aos funcionários do Biobanco de Tumores – UFMA, Jucyleide e Fátima, que em todos os momentos que precisei estavam lá com um sorriso no rosto e sempre dispostas a ajudar.

À Andréia Dellano Mendes Nunes, pela realização da revisão ortográfica e gramatical deste trabalho.

Agradeço, também, a todas as mulheres que participaram da pesquisa, por terem dedicado o seu tempo e acreditado na importância deste estudo.

"Mas bendito é o homem cuja confiança está no Senhor, cuja confiança nele está. Ele será como uma árvore plantada junto às águas e que estende as suas raízes para o ribeiro. Ela não temerá quando chegar o calor, porque as suas folhas estão sempre verdes; não ficará ansiosa no ano da seca nem deixará de dar fruto".

(Jeremias 7:7-8)

RESUMO

Introdução: O uso de contraceptivos orais combinados é comum em mulheres na sua fase reprodutiva. Desde sua introdução no mercado na década de 60, sintomas de ansiedade e depressão tem sido citado como efeitos colaterais e, por conseguinte, com reflexo na qualidade de vida (QV). A ansiedade e a depressão são mais comuns em mulheres na sua idade reprodutiva. A associação entre ansiedade, depressão, QV e contraceptivos hormonais ainda não é clara, os achados da literatura ainda são inconsistentes. **Objetivo:** Identificar sintomas relacionados à depressão, ansiedade e a qualidade de vida em mulheres usuárias de contraceptivos hormonais orais combinados em um Hospital de Referência em São Luís – MA. **Metodologia:** Estudo transversal com amostra não probabilística de 113 mulheres atendidas no ambulatório de ginecologia do Hospital Universitário Materno Infantil em São Luís - MA. A depressão foi avaliada pelo Inventário de BECK, a ansiedade pelo IDATE traço-estado e a QV pelo SF-36. Para análise estatística, utilizou-se o programa STATA 14.0 (STATA Corporation, 2003). As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências e porcentagens e as numéricas por média e desvio padrão (média \pm DP) ou mediana e amplitude interquartílica (P25-P75). Para testar a normalidade das variáveis numéricas, foi utilizado o teste de Shapiro- Wilk. Foi utilizado o Teste de Mann-Whitney para comparação dos grupos da variável depressão e ansiedade e o Teste de T Student Independente para comparação dos grupos das variáveis de qualidade de vida. Foi adotado o nível de significância (p) com α de 0,05. **Resultados:** Na amostra prevaleceram as seguintes médias: idade 24,03 anos (18 a 44), menarca 12,23 anos (9 a 16), peso 58,9 Kg (41 a 90 kg), IMC 22,66 (16,79 a 36,05). Em relação a hábitos comportamentais, o não consumo de álcool e tabaco prevaleceu respectivamente, com 73 (64,60%) e 111(98,23%). Nos Grupos A (uso de CHOC) e B (sem uso de CHOC) em relação ao tipo de ansiedade e nível de depressão, não houve diferença estatisticamente significativa entre os mesmos. Prevaleceram as mulheres assintomáticas em relação à depressão (Grupo A 32/82,05% e Grupo B 61/82,43%) e presença de ansiedade/traço e ansiedade/estado, em ambos os grupos. A QV não foi prejudicada pelo uso ou não dos COHC visto que nos oito domínios as médias foram maiores que 50%. **Conclusão:** Os resultados encontrados nos permitem afirmar que, nesta amostra, não foram observadas diferenças significativas entre a presença de ansiedade, depressão e alteração na qualidade de vida nas mulheres que usaram ou não os contraceptivos hormonais orais combinados, portanto, o seu uso não provoca estados de ansiedade ou depressivos. Assim, a qualidade de vida não sofre alteração.

Palavras-chave: Contraceptivos orais. Depressão. Ansiedade. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: The use of combined oral contraceptives is common in women in their reproductive phase. Since its introduction in the 60's, symptoms of anxiety and depression have been cited as side effects and therefore with a reflection on the quality of life (QoL). Anxiety and depression are more common in women in their reproductive age. The association between anxiety, depression, QoL and hormonal contraceptives is still unclear, literature findings are still inconsistent. **Objective:** To identify symptoms related to depression, anxiety and quality of life in women using combined oral hormonal contraceptives at a Referral Hospital in São Luís - MA. **Methodology:** A cross-sectional study with a nonprobabilistic sample of 113 women attended at the gynecology outpatient clinic of Materno Infantil University Hospital in São Luís -MA. Depression was assessed by the BECK Inventory, the anxiety by the State-Trait IDATE and the QoL by the SF-36. For statistical analysis, the STATA 14.0 program was used (STATA Corporation, 2003). The categorical variables were presented by means of frequencies and percentages and the numerical by mean and standard deviation (mean \pm SD) or median and interquartile range (P25-P75). To test the normality of numerical variables, the Shapiro-Wilk test was used. The Mann-Whitney test was used to compare the groups of the depression and anxiety variable and the Student's Independent T-Test to compare the groups of the variables of quality of life. The level of significance (p) was adopted with α of 0.05. **Results:** In the sample, the following means have prevailed: age 24.03 years (18 to 44), menarche 12.23 years (9 to 16), weight 58.9 kg (41 to 90 kg), BMI 22.66 (16, 79-36.05). Regarding behavioral habits, non-consumption of alcohol and tobacco prevailed respectively with 73 (64.60%) and 111 (98.23%). In Groups A (use of COHC.) and B (without the use of COHC.) in relation to the type of anxiety and level of depression, there was no statistically significant difference between them. Asymptomatic women prevailed in relation to depression (Group A 32 / 82.05% and Group B 61 / 82.43%) and presence of anxiety/trait and anxiety/status in both groups. QoL was not impaired by the use of COHC, since in the eight domains the means were greater than 50%. **Conclusion:** The results show that, in this sample, there were no significant differences between the presence of anxiety, depression and altered quality of life in women who used or not combined oral hormonal contraceptives, therefore, their use does not cause states of anxiety or depressive. Thus the quality of life does not change.

Keywords: Oral contraceptives. Depression. Anxiety. Quality of life.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Idade, menarca, peso, IMC, tempo de uso de CHOC (usuárias e não usuárias de COHC) atendidas no Hospital Universitário Materno Infantil. São Luís (MA), 2017.....	28
Tabela 2	Presença de depressão e ansiedade nos Grupos A e B atendidas no Hospital Universitário Materno Infantil. São Luís (MA), 2017	29
Tabela 3	Nível de depressão e ansiedade nos Grupos A e B atendidas no Hospital Universitário Materno Infantil. São Luís (MA), 2017	29
Tabela 4	Domínios do SF-36 de QV nos Grupos A e B atendidas no Hospital Universitário Materno Infantil. São Luís (MA), 2017	29
Tabela 5	Comparativo dos domínios de QV do SF-36 nos Grupos A e B atendidas no HUMI. São Luís – MA, 2017.....	30

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BDI	Inventário de Depressão de Beck
CHO	Contraceptivo Hormonal Oral
CHOC	Contraceptivo Hormonal Oral Combinado
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
EE	Etinil – Estradiol
FAPEMA	Fundação de Amparo à Pesquisa e Desenvolvimento Científico do Maranhão
HU	Hospital Universitário
HUMI	Hospital Universitário Materno Infantil
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPPG	Portal de Programas de Pós-Graduação
QV	Qualidade de Vida
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TD	Transtorno Depressivo
UTI	Unidade de terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1	Contraceptivo Hormonal Oral Combinado	15
2.2	Ansiedade	17
2.3	Depressão	18
2.4	Qualidade de Vida	20
3	OBJETIVOS	22
3.1	Geral	22
3.2	Específicos	22
4	METODOLOGIA	23
4.1	Tipo de Estudo	23
4.2	Período e Local de Estudo	23
4.3	Amostra	23
4.4	Crítérios de Inclusão e Não inclusão	24
4.5	Fluxograma das pacientes	24
4.6	Instrumentos da Coleta de Dados	25
4.7	Processamento e Análise dos Dados	26
4.8	Aspectos Éticos	27
5	RESULTADOS	28
6	DISCUSSÃO	31
7	CONCLUSÃO	35
	REFERÊNCIAS	36
	APÊNDICE A - FICHA PROTOCOLO	43
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	44
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	46
	ANEXO B – IDATE –ESTADO/TRAÇO	51
	ANEXO C – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)	53
	ANEXO D – QUALIDADE DE VIDA – SF-36	55
	ARTIGO CIENTÍFICO	59

1 INTRODUÇÃO

Há 50 anos, os contraceptivos orais causaram, nas mulheres, grande impacto sobre a saúde reprodutiva e sua posição perante a sociedade (ZETHRAREUS *et al.*, 2017).

A contracepção exerce um papel de grande relevância quando o assunto é a vida reprodutiva da mulher, tanto do ponto vista físico, quanto mental (YOUNG *et al.*, 2007) e ainda na qualidade de vida (QV) (ZETHRAREUS *et al.*, 2017). Os efeitos dos contraceptivos hormonais orais combinados (CHOC) sobre a saúde mental ainda permanecem inconsistentes e contraditórios na literatura e merecem grande destaque, visto que seu uso é muito comum entre as mulheres em sua fase reprodutiva (TOFFOL *et al.*, 2011; SKOVOLUND *et al.*, 2016).

Segundo o último relatório da ONU, 79% das brasileiras usaram algum método contraceptivo em 2015, e ainda aponta que os métodos mais utilizados para evitar a gravidez são ligadura de trompas com 28%, seguido da pílula anticoncepcional, camisinha e vasectomia, respectivamente. Estima-se a nível mundial que mais mulheres usarão contraceptivos até 2030, indo dos 758 milhões para 778 milhões (ONU, 2017). O aumento do uso de contraceptivos reduziu o número de mortes maternas em países em desenvolvimento cerca de 40% nos últimos 20 anos. A escolha do método contraceptivo é um dos direitos humanos, pois liberta as mulheres de um ciclo incessante de gravidez, amamentação e assistência à infância, representando também um enorme passo na igualdade de gênero (CLELAND *et al.*, 2012).

Atualmente, existem vários tipos de métodos de contracepção, cada um com suas características e benefícios próprios. Seus benefícios estão além de prevenir uma gravidez indesejada, sendo substanciais para a saúde e sobrevivência das mulheres, reduzindo o número de casos de gravidez, principalmente as de maior risco, incluindo a gravidez em idade precoce ou tardia, diminuindo ainda o intervalo entre partos (CLELAND *et al.*, 2012). O uso de contraceptivos orais reduz a mortalidade materna, proporciona controle do ciclo menstrual e melhora a QV (MACGREGOR, 2013).

Entre os benefícios imediatos do uso dos contraceptivos orais estão incluídos a melhora da menorragia e dismenorreia, redução dos sintomas da síndrome disfórica pré-menstrual e diminuição da acne. Após o período reprodutivo o uso contraceptivo oral ainda tem seus benefícios, reduzindo o risco de morte por câncer de ovário e endométrio (MAGUIRE; WESTHOFF, 2011). No Brasil, os contraceptivos hormonais orais são o método

reversível mais usado (34,2%), pelas mulheres na prevenção da gravidez segundo o último relatório mundial (ONU, 2017). Os CHOC consistem na associação entre um estrogênio (etinilestradiol) e um progestagênio (drospirenona) sintéticos, ou ainda o progestagênio de forma isolada (BRITO *et al.*, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como um estado de pleno bem-estar físico, mental e social. A partir dessa definição, tornou-se importante para o tratamento de qualquer doença determinar o impacto social, físico e psicológico que ela impõe, aumentando a preocupação com as repercussões das doenças sobre a QV dos indivíduos (KRUG, 2002).

Aproximadamente 50,66% da população brasileira são do gênero feminino, destas 27,21% encontram-se em idade reprodutiva (IBGE, 2017). As taxas de morbimortalidade feminina têm apresentado significativo crescimento nos últimos anos, sendo consideradas um problema de saúde pública, cujas principais causas são: transtornos psicológicos, doenças cardiovasculares, neoplasias malignas de cólon de útero e de mama, entre outras enfermidades (BRASIL; REIS, 2004; BRUGGE; MAZUR; CAVAGNARI, 2017).

Segundo a OMS, (2017) a depressão afetou 322 milhões e a ansiedade 264 milhões de pessoas no mundo, sendo em maior proporção, as mulheres. Estudos sugerem que há uma prevalência de transtornos de humor maior nas mulheres que nos homens, sendo essa proporção de dois para um (STEINER; DUNN; BORN, 2003; SKOVLUND *et al.*, 2016). Durante o ciclo reprodutivo da mulher, que se inicia na menarca e termina na menopausa, ocorrem várias mudanças fisiológicas dos hormônios gonadais pela modulação do sistema neuroendócrino, sugerindo uma maior vulnerabilidade e sensibilidade a mudanças de humor (VERAS; NARDI, 2005). Existe também outra corrente que aponta o fato de os hormônios sexuais possuírem um papel terapêutico na função cognitiva e do humor. O uso terapêutico do estrogênio foi relacionado à melhora dos sintomas da depressão (SOARES; PROUTY; POITRAS, 2002).

Segundo a ONU e pesquisadores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, os transtornos mentais representam um grave problema de Saúde Pública, visto que em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, a depressão vem sendo apontada como a doença que causa mais incapacidade nas mulheres (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006), associada ou não à ansiedade, pois comprometem a QV que, quando relacionada a saúde, se refere a própria percepção do indivíduo sobre seu bem-estar (CAPELA *et al.*, 2009).

As condições psiquiátricas comórbidas apresentam um desafio no acompanhamento dos pacientes, uma vez que cada condição ou mesmo um conjunto de sintomas associados exacerbam a complexidade da apresentação do quadro. As mulheres podem estar em risco especial, merecendo cuidados e condutas adequadas, uma vez que são mais suscetíveis a esses transtornos.

Com base nas informações apresentadas na literatura, as mulheres que fazem uso de contracepção hormonal oral combinada relatam entre seus efeitos colaterais, mudanças de humor, incluindo transtornos depressivos e de ansiedade, o que afeta diretamente a qualidade de vida. Porém, ainda há lacunas a serem respondidas sobre tais efeitos, visto que os achados são contraditórios e inconsistentes a seu respeito. Se comprovadas quaisquer dessas relações, maiores cuidados deverão ser tomados no sentido de prevenir tais complicações, considerando todo o prejuízo físico e psicossocial que está associado a esses transtornos, proporcionando um melhor direcionamento na prescrição dos CHOC, melhorando a QV e assim uma redução de custos para Saúde Pública.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Contraceptivo Hormonal Oral Combinado

Os contraceptivos orais chegaram ao mercado em 1960 e, a partir daí, tornou-se possível interferir no ciclo reprodutivo feminino. Dependendo da dosagem dos hormônios, é possível que, em algumas mulheres, ocorram efeitos colaterais e indesejáveis. Na década de 90, os CHO tiveram novas configurações que foram sendo propostas e divulgadas (MANICA, 2011).

Atualmente existem vários tipos de CHO, cada um com suas características e benefícios próprios. Benefícios e indicações que estão além de evitar e planejar uma gravidez, como proporcionar controle de ciclo menstrual, reduzir à incidência de doença inflamatória pélvica, da anemia, dismenorreia, controlar o aparecimento de acne e de pele oleosa, diminuir o risco do desenvolvimento do adenocarcinoma de endométrio e do adenocarcinoma de ovário, também é recomendado para o tratamento dos principais sintomas da síndrome da tensão pré-menstrual, disforia pré-menstrual, entre outros (MAGUIRE; WESTHOFF, 2011; CLELAND *et al.*, 2012; MACGREGOR, 2013; TOFFOL, 2011; WELLING, 2013; FITZPATRICK; MAUER; CHEN, 2017; MORAES *et al.*, 2014).

Dentre os efeitos indesejáveis e complicações dos CHO, destacam-se as alterações do humor, náuseas, vômitos, mal-estar gástrico, cefaleia, tontura, mastalgia, sangramento uterino irregular, cloasma, acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio e trombose venosa profunda (MORAES *et al.*, 2014; BITZER, 2016; LEO *et al.*, 2016; KOBAYASHI; SUGIURA; OJIMA, 2017; KLOK *et al.*, 2017).

Apesar de o CHOC ser considerado um método contraceptivo eficaz e seguro, várias pesquisas demonstram o uso irregular em até 60% das mulheres, tal fato tem sido relacionado com vários efeitos colaterais incluindo mudanças de humor e sintomas depressivos (ZETHRAREUS *et al.*, 2017).

O uso de anticoncepcionais hormonais foi associado ao uso de antidepressivos e ao primeiro diagnóstico de depressão em um hospital psiquiátrico entre as mulheres. Em diferentes populações, a prevalência de depressão entre mulheres corresponde ao dobro comparado aos homens (DESAI; JAMW, 2000; NOBLE, 2005; HAMMARSTROM *et al.*, 2009). Todavia, antes da puberdade, esta prevalência entre as mulheres é igual a dos homens ou até mesmo inferior (WESTHOFF; HEARTWELL; EDWARDS, 2007).

Estudos afirmam que os hormônios sexuais femininos, estrogênio e progesterona, influenciam na etiologia dos sintomas depressivos, uma vez que estes hormônios influenciam as regiões corticais e subcorticais cerebrais, envolvidas no processamento emocional e cognitivo (HALL *et al.*, 2012; TOFFOLETO *et al.*, 2014).

A progesterona produz metabólitos que agem sobre o complexo de receptor do ácido-aminobutírico, que consiste no principal mecanismo inibitório do sistema nervoso central humano. Sabe-se que esses metabólitos liberados na fase lútea relacionam-se a efeitos de humor adversos nesse período (ANDRÉEN *et al.*, 2009). Soma-se, ainda, a elevação dos níveis de monoaminoxidase, que atua na degradação da serotonina, acarretando no risco mais elevado de apresentar depressão e irritabilidade. O estrogênio tem sido relacionado como tratamento benéfico da depressão em relação aos antidepressivos, porém, é necessária uma alta concentração na circulação deste hormônio para obter sucesso no tratamento e alívio dos sintomas depressivos, além de um diagnóstico de depressão relacionado com os níveis de hormônios flutuantes nas fases pré-menstrual, pós-natal e perimenopausa (STUDD; PANAY, 2004).

Desde o início de sua comercialização, diversas composições e formas de uso do CHOC foram propostas. Existem fórmulas em que as concentrações de EE podem ser de 15mcg, 20mcg, 30mcg, 35mcg ou 40mcg associado com algum dos derivados de progesterona, como levonorgestrel, desogestrel, gestodene, acetato de ciproterona, drospirenona, acetato de clormadinona e norelgestromina. Todas essas possibilidades foram desenvolvidas com a intenção de minimizar seus efeitos indesejáveis bem como os colaterais (MANICA, 2011; BASTIANELLI *et al.*, 2016; GRANDI *et al.*; 2016; ZETHRAREUS *et al.*, 2017; FITZPATRICK; MAUER; CHEN; 2017).

Existem para comercialização três tipos de CHO: (1º) com etinil-estradiol (EE) e progesterona associado, todos os comprimidos com concentrações iguais – monofásicos comumente conhecidos como pílulas combinadas ou CHO combinado (CHOC); (2º) com apenas um tipo de progesterona; (3º) CHOC onde existem dois tipos - bifásicos ou três tipos de concentração combinada - trifásicos.

Dentre os orais, é o CHOC o que apresenta a mais alta eficácia (quando utilizado em condições ideais “controladas”) e efetividade (quando utilizada na vida “real”), que é expressa por meio do índice de Pearl que corresponde ao número de gestações (falha) ocorridas em 100 mulheres que o utilizaram por um ano.

Os efeitos dos CHOC sobre a saúde mental ainda permanecem inconsistentes e contraditórios na literatura e merecem grande destaque, visto que seu uso é universal entre as

mulheres em fase reprodutiva (TOFFOL, 2011; SKOVOLUND, 2016).

2.2 Ansiedade

A origem da palavra ansiedade provém do grego “*anshein*”, referindo-se a estrangular, sufocar, oprimir (GRAEFF, 1999). Ao longo dos tempos, a ansiedade e o medo se tornaram emoções humanas fundamentais na vida moderna, esses dois estados se sobrepõem, porém, são diferentes (DSM-V, 2014).

Os transtornos de ansiedade estão relacionados com o medo, ansiedade excessiva e perturbações no comportamento, em que o medo é a resposta emocional a uma ameaça e a ansiedade é a antecipação da ameaça, esses comportamentos se relacionam caracterizando os transtornos de ansiedade (DSM-V, 2014).

Ao longo da história, várias foram as referências a conceitos atuais de ansiedade, porém, é em alguns autores do século XIX que os modelos teóricos atuais se baseiam. Em 1813, Landré-Beauvais definiu ansiedade como “certo mal-estar, inquietude, agitação excessiva”. Darwin, em 1873, enfatizou que a ansiedade estava presente num contínuo em todas as espécies animais (não a distinguindo do medo), sendo um mecanismo adaptativo essencial para lidar com o perigo e lutar pela sobrevivência (TELLES-CORREIA; BARBOSA, 2009).

Uma vez que a ansiedade se apresenta como uma emoção completa, pois advém de respostas neurológicas, psicológicas e fisiológicas, seu conceito - psicológico – é impreciso, no sentido de que envolve vários sistemas endócrinos sob o controle de eventos diferentes (COELHO; TOURINHO, 2008). A ansiedade pode ser classificada como de “traço”, quando é identificada como uma característica constante da personalidade do indivíduo, ou como “estado”, quando se manifesta de caráter transitório, decorrente de determinados episódios vivenciados pelo indivíduo (TRAJANO *et al.*, 2016).

A ansiedade, que é uma sensação causada pela resposta funcional, se caracteriza por sentimento difuso, desagradável e vago de apreensão, frequentemente acompanhado por níveis autonômicos como cefaleia, perspiração, palpitações, aperto no peito e leve desconforto abdominal. Uma pessoa ansiosa também pode sentir inquietação, indicada pela incapacidade para permanecer sentada ou imóvel por muito tempo. A multiplicidade de sintomas tende a variar entre as pessoas ansiosas, não havendo um mesmo padrão de manifestação (NODARI *et al.*, 2010).

Além dos efeitos sobre o pensamento, a percepção e o aprendizado, as alterações motoras e viscerais da ansiedade não devem ser ignoradas. A ansiedade tende a produzir confusão e distorções perceptivas, não apenas em termos de tempo e espaço, mas de pessoas e significados de eventos. Essas distorções podem interferir no aprendizado, baixando a concentração, reduzindo a memória e prejudicando a capacidade de associação de eventos (NODARI *et al.*, 2010; DSM-V, 2014).

Os transtornos de ansiedade apresentam suas diferenças em virtude do objeto ou das situações que desencadeiam o medo, esquiva, fobias e, também, na ideia cognitiva associada. Embora eles sejam altamente comórbidos entre si, apresentam diferenças percebidas por exames detalhados das situações, pensamentos e crenças associadas (DSM-V, 2014).

2.3 Depressão

Nos anos 90 era frequente fazer alusão à depressão como “mal ou doença do século”, porém, ela é conhecida desde a Antiguidade, quando Hipócrates tornou evidente o termo melancolia, oriundo do *melan* = negro e *cholis* = bÍlis, referindo-se assim a intoxicação pela bile negra no cérebro. O termo depressão ganhou o lugar do termo melancolia no século XIX (ABREU; SALZANO, 2006).

O termo depressão ou transtorno depressivo tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome, uma ou ainda várias doenças. A depressão, enquanto sintoma, pode surgir em vários quadros clÍnicos como: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo e doenças clÍnicas diversas. Ainda ocorre como resposta a situações estressantes, circunstâncias sociais e econômicas. Enquanto síndrome, a depressão agrega alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta de prazer, apatia) e alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono e apetite). Como doença, a depressão tem sido classificada de várias formas de acordo com suas características, desenvolvimento, curso, consequências funcionais e comorbidades (FLECK, 2009; DSM-V, 2014).

Existem aproximadamente 360 milhões de pessoas no mundo com depressão, nesses números estão incluídos homens e mulheres de todas as faixas etárias e classes sociais (ONU, 2017). Por ano, a prevalência de transtorno depressivo maior é de aproximadamente 7%, posto isso, observa-se diferenças marcantes por faixa etária, entre 18 a 29 anos, é três vezes maior a prevalência com aqueles de 60 anos ou mais. Nas mulheres, as taxas são de 1,5 a 3 vezes maiores do que os homens, quando notamos maior número de admissões hospitalares,

populações estudadas, tentativas de suicídios e prescrição de antidepressivos (CHAND; GIVON, 2017).

A influência dos hormônios sexuais na função psíquica e cognitiva vem sendo muito pesquisada, parecem exercer um importante papel em desestabilizar o humor em alguns momentos do ciclo de vida da mulher, existem evidências que os mesmos possuem propriedade terapêutica (especialmente o estrogênio) e tem sido correlacionado com a melhora dos sintomas depressivos (SOARES; PROUTY; POITRAS, 2002). A diferença de prevalência entre os sexos pode ser reflexo da sociedade contemporânea ou por mudanças hormonais, visto que a depressão ocorre mais nos períodos de instabilidade ou alteração hormonal fisiológica das mulheres, como ocorre na fase pré-menstrual, pós-parto e perimenopausa (SOARES; PROUTY; POITRAS, 2002; STUDD; PANAY, 2004; TOFFOL *et al.*, 2011; KEYES *et al.*, 2013). Antes da puberdade, meninas e meninos apresentam a mesma ou menor prevalência de depressão, gerando a hipótese que os hormônios sexuais femininos têm um papel importante nos sintomas depressivos (SKOVLUND *et al.*, 2016).

Existem vários tipos ou classificações de depressão: o da desregulação do humor, a maior, a persistente, a pré-menstrual muito conhecida como transtorno ou disforia pré-menstrual, a induzido por substância/medicamento, devido à outra condição médica a especificar, ou a não especificada (inespecífica). Todos esses tipos apresentam em comum: humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. Os tipos de depressão relacionam-se com a duração, momento que surge (fator desencadeante) e etiologia (DSM-V, 2014).

A depressão maior representa a condição clássica desse grupo de transtornos, sendo caracterizado por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração envolvendo alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, e remissões entre os episódios (DSM-V, 2014). Na 10ª revisão da classificação internacional de doenças (CID-10), os episódios depressivos são classificados em leve, moderado e grave, levando em consideração o número, a intensidade e a importância clínica dos sintomas (DALGALARRONDO, 2006).

Estima-se que um terço das mulheres sofrerá, pelo menos, um episódio de depressão durante a vida, com prevalência de 9% no climatério. Nessa época, alguns fatores favorecem o surgimento dessa condição, como o medo de envelhecer, sentimento de inutilidade, e carência afetiva. As complicações de um episódio depressivo maior, além do risco de suicídio, são as dificuldades sociais, matrimoniais, profissionais, tendo como consequência a

redução da QV (SUAU *et al.*, 2005; GALLICHIO *et al.*, 2007).

Dessa forma, pesquisas demonstraram que depressão e ansiedade são a quarta causa mundial de incapacitação social e um dos principais problemas de saúde pública (LI *et al.*, 2008).

2.4 Qualidade de Vida

Conceituar QV é difícil, é um conceito dinâmico e polissêmico (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000), ou seja, adquire diversos sentidos ou expressam significados diferentes além de sua acepção semântica, pois em função das características individuais e coletivas, os valores a considerar sofrem uma perspectiva e necessidades diferentes.

A QV se associa ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A relação entre QV e saúde existe desde o século XVII com o aparecimento da medicina social, relacionando-a à condição socioeconômica, onde os trabalhos de fato, faziam alusão a “condições de vida” e não exatamente “qualidade de vida” (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A natureza abstrata e polissêmica do conceito de QV pode ser identificada pelos diversos domínios que se somam na expressão do seu significado, a saber: renda familiar, educação, alimentação, moradia, condições de saúde, respostas físicas para uma intervenção, re-hospitalizações, habilidades para conduzir sua vida diária e retorno ao trabalho, dentre outros (GOLDBAUN, 2000; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017, não paginado), QV é “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Portanto, fazendo-se necessário observar: saúde física, saúde psicológica, nível de independência (mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos, cuidados médicos e capacidade laboral), meio ambiente e relações sociais (FLECK, 2009).

Na tentativa de mensurar, quantificar a QV, diversos instrumentos vêm sendo

utilizados, dentre eles o mais conhecido é o Índice de Qualidade de Vida ou Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), associou no instrumento, além das características relacionadas aos aspectos econômicos, aquelas de natureza social e cultural. No entanto, a QV ligada à saúde (QVLS) não tem no IDH o melhor instrumento (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Em geral, os instrumentos de QV podem ser classificados em específicos e genéricos. Os específicos são aqueles que avaliam a QV subsequente à experiência de doenças, agravos ou intervenções médicas (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000), podem ser utilizados em populações gerais ou específicas, para avaliar diversos domínios aplicáveis às diferentes situações no espectro que vai da saúde à doença, como insuficiência renal, insuficiência cardíaca, população (aidéticos, tuberculosos, dialisados), entre outros. São de grande utilidade para avaliar resultados ou intervenções terapêuticas e ensaios clínicos (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; SILQUEIRA, 2005).

Os genéricos são aplicáveis em uma grande variedade de populações ou amostras, pois avaliam aspectos relacionados à função, disfunção e desconforto emocional e físico, assim, podem ser aplicados em pessoas com algum tipo de alteração, patologia, bem como indivíduos saudáveis (SILQUEIRA, 2005).

Os instrumentos genéricos são mais apropriados para avaliação epidemiológica do tipo incidência, prevalência, planejamento e avaliação do sistema de saúde. Dentre os genéricos, existem os inespecíficos para a saúde e, assim, são também designados como instrumentos globais de avaliação (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; SILQUEIRA, 2005). Aqueles que estão relacionados à saúde, avaliam diferentes aspectos da QV, que são afetados pelas condições de saúde ou de doença, morbidade, tratamento, em qualquer população, geral ou específica, para avaliar diversos domínios aplicáveis aos diferentes estados de saúde (SILQUEIRA, 2005).

A QV, por poder ser avaliada sob diversos prismas sem se afastar das necessidades humanas mais fundamentais, materiais e espirituais e, tendo no conceito de promoção da saúde o seu foco mais relevante, perpassa pela capacidade de viver sem doenças e de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade que podem resultar em exclusão e dependência.

Em busca da QV ligada à saúde e diante da diversidade de indicações, efeitos e complicações não desejadas dos CHOC, e de seu uso universal, surgiu o interesse em identificar a prevalência de ansiedade, depressão bem como a QV com instrumentos qualitativos de avaliação.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Identificar sintomas relacionados à depressão, ansiedade e à qualidade de vida em mulheres usuárias de contraceptivos hormonais orais combinados em um Hospital de Referência em São Luís – MA.

3.2 Específicos

- a) Caracterizar sociodemograficamente a população estudada;
- b) Verificar a associação entre uso de CHOC e depressão e ansiedade;
- c) Averiguar a associação entre o uso de CHOC e a qualidade de vida.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Transversal, seus dados são úteis e permitem ao pesquisador avaliar as necessidades em saúde da população, enfatizando características pessoais e demográficas, doenças e hábitos relativos à saúde.

4.2 Período e Local de Estudo

A pesquisa foi realizada no período de janeiro de 2016 a junho de 2017, no Ambulatório de Ginecologia do Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI) da Universidade Federal do Maranhão.

Este HU tem por finalidade englobar assistência, ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins; é um centro de referência estadual para procedimentos de alta e média complexidade, bem como de Programas Estratégicos de Atenção Básica integrada à rede do Sistema Único de Saúde, por apresentar características de natureza pública, atende a todos, indistintamente.

No HUMI é oferecida assistência integral à mulher e à criança, com serviços de UTI neonatal e pediátrica, clínica médica e cirúrgica (infantil, gestação e ginecológica), imunizações, doenças infecto-parasitárias, gestação de alto risco, ambulatórios gerais (ginecologia geral) e especializados, como planejamento familiar, sexualidade, síndrome dos ovários policísticos/infertilidade, climatério, dor pélvica, entre outros.

4.3 Amostra

Do tipo não probabilístico por demanda espontânea, de modo sequencial, chegando ao quantitativo de 164 mulheres selecionadas que quando foram aplicados os critérios de inclusão e não inclusão resultou em um quantitativo de 113 mulheres.

As mulheres foram recrutadas por ginecologistas no ambulatório do HUMI e encaminhadas à equipe de pesquisa que, previamente, foi treinada para aplicação dos instrumentos de pesquisa, os mesmos foram aplicados após serem explicados os aspectos pertinentes à pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(Apêndice A).

4.4 Critérios de Inclusão e Não inclusão

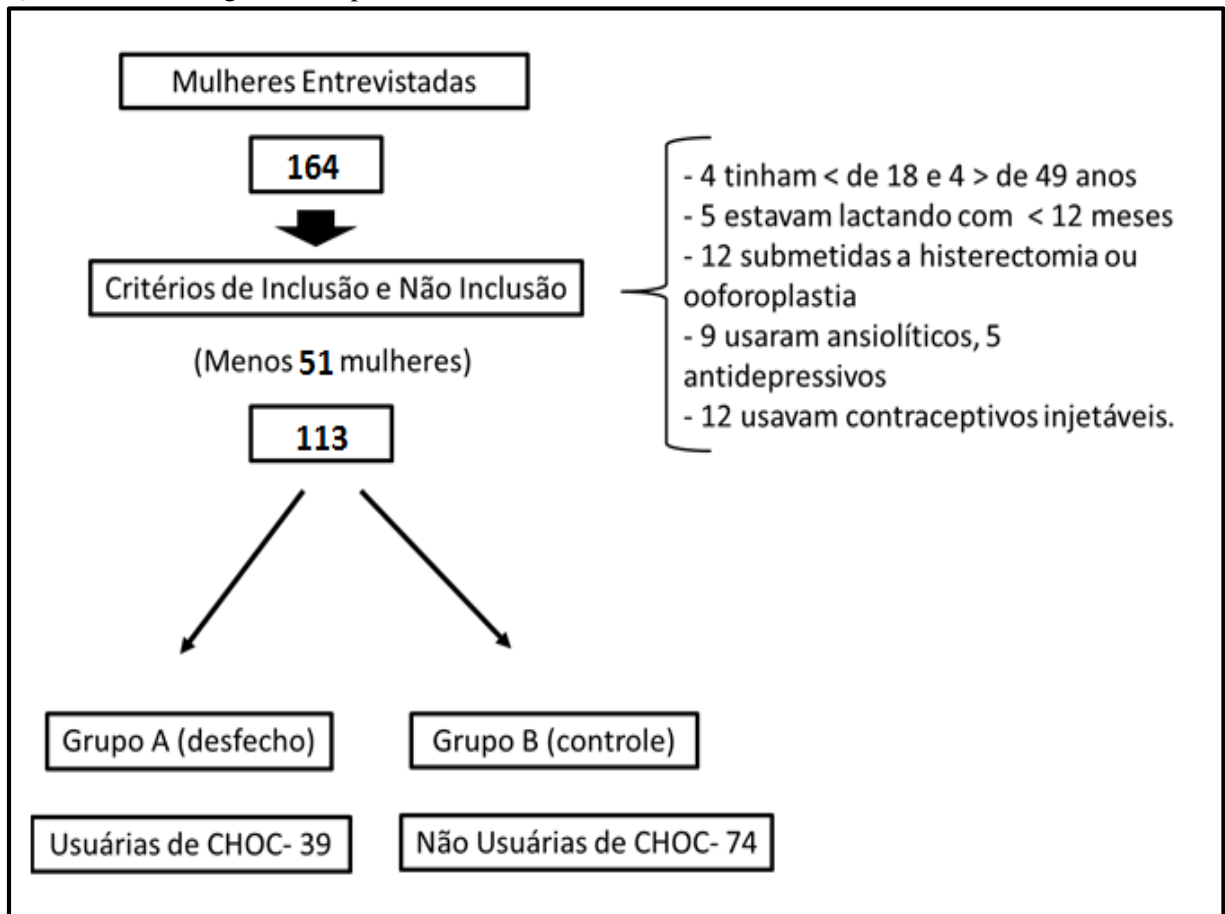
Foram incluídas na pesquisa mulheres de 18 a 49 anos, com ciclos menstruais presentes ou em amenorreia induzida por CHOC, usuárias e não usuárias de contraceptivo hormonal oral.

Os critérios de não inclusão foram:

- a) Sintomas sugestivos de perimenopausa como fogachos com ou sem irregularidade menstrual;
- b) Com histórico de gravidez ou cessação da amamentação em prazo inferior a seis meses;
- c) Aquelas submetidas a procedimento cirúrgico de: ooforectomia (uni ou bilateral), ooforoplastia (uni ou bilateral) ou histerectomia;
- d) Aquelas com diagnóstico prévio de depressão, ansiedade, transtorno bipolar, esquizofrenia, ou qualquer outro distúrbio psiquiátrico;
- e) Usuárias ou que cessaram o uso em prazo inferior a seis meses das seguintes substâncias: contraceptivos hormonais injetáveis (trimestrais, mensais), ansiolíticos, antidepressivos, estabilizadores de humor, ou qualquer outro tipo de psicotrópico (incluindo drogas ilícitas) e opióides; e ainda de estrogênio (com exceção dos contraceptivos), testosterona ou qualquer outro esteroide.

4.5 Fluxograma das pacientes

As 113 mulheres foram divididas em dois Grupos. O Grupo A com 39 mulheres, também chamado desfecho (variável independente), eram aquelas usuárias de CHOC, independente da concentração dos fármacos e, se de modo contínuo ou sequencial, com intervalos fixos de quatro, seis ou sete dias para resultar em menstruação regular. O Grupo B conhecido como controle com 74 mulheres, que não usavam CHOC, por inadequação hormonal, por já estarem com a prole definida ou por não apresentarem indicação para seu uso, numa proporção de quase 1 para 2 (Quadro 1).

Quadro 1 – Fluxograma das pacientes

Fonte: Elaborado pela autora (2017)

4.6 Instrumentos da Coleta de Dados

Foi utilizado um questionário (Apêndice B) padrão da pesquisa original (“Avaliação dos níveis de dor crônica, stress e qualidade do sono e de sintomas associados à cefaléia, disfunção temporomandibular e ansiedade em mulheres usuárias de contracepção hormonal”), adaptado para essa pesquisa, onde só foram utilizadas as seguintes variáveis: idade, idade da menarca, usuária (tipo e tempo de uso) ou não de contraceptivos hormonais orais combinados, peso, altura, uso de bebida alcoólica, consumo de tabaco. Para avaliação de ansiedade, depressão e qualidade de vida foram utilizados questionários com perguntas fechadas, padronizados, traduzidos e validados para o português, sendo amplamente aplicados em pesquisas científicas.

Para avaliação da ansiedade, foi utilizado como instrumento de pesquisa, o Inventário de Ansiedade Idate traço-estado de Spienberger (Anexo B), composto de duas escalas (Idate Estado, Idate Traço), uma avalia a ansiedade enquanto estado (reação transitória) e a outra a ansiedade enquanto traço (reação mais estável), respectivamente.

Cada escala é composta por 20 afirmações com quatro opções de resposta, sendo que para a escala Idate Estado, as opções são “muitíssimo”, “bastante”, “um pouco” e “absolutamente não”, já para a escala Idate Traço, as opções são “quase sempre”, “frequentemente”, “às vezes” e “quase nunca”. O grau de ansiedade é traduzido com o somatório dos escores em “baixa”, “média” e “alto índice de ansiedade”.

Em relação à depressão, foi utilizado o inventário de Beck (BDI) (Anexo C). É formado por 21 grupos de afirmações que se referem aos sintomas da depressão como: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusação, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio de sono, fadiga, perda de apetite e peso, preocupação somática e diminuição da libido. Para cada item, há quatro alternativas com diferentes graus de intensidade. Adotaram-se, nessa pesquisa, os seguintes escores para expressão de depressão: ausência (0 a 13), leve (14 a 19), moderada (20 a 28) e grave (≥ 29) (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996).

A opção de um instrumento para avaliar a QV deve apresentar conexão, ser concordante com o objeto de investigação e, com esta intenção, optou-se nesta pesquisa pela utilização do SF-36, que já foi adaptado, traduzido e validado para a língua portuguesa no Brasil (CICONELLI, 1997). O Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey (Anexo D) contém 36 questões agrupadas em oito conceitos (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental). Seus escores variam de 0 a 100, quanto maior o escore, melhor a QV.

Trata-se de instrumento de fácil compreensão e precisão, de pequena duração para sua aplicação, garantindo adesão e exequibilidade em diversas áreas de pesquisa e nas mais distintas condições de saúde, morbidade e doença (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012; PIMENTEL *et al.*, 2013; SIABRA; VASCONCELOS, 2017; LISBOA *et al.*, 2015).

4.7 Processamento e Análise dos Dados

Para análise estatística, utilizou-se o programa STATA 14.0 (STATA Corporation, 2003). As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências e porcentagens e as numéricas por média e desvio padrão (média \pm DP) ou mediana e amplitude interquartilica (P25-P75). Para testar a normalidade das variáveis numéricas foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk.

Foi utilizado o Teste de Mann-Whitney para comparação dos grupos da variável depressão e ansiedade (Estado e Traço) (Tabela 3) e o Teste de T Student Independente para comparação dos grupos das variáveis de qualidade de vida (Tabela 5). Foi adotado o nível de significância (p) com α de 5% ou 0,05.

4.8 Aspectos Éticos

Esta Pesquisa “Ansiedade, depressão e qualidade de vida em mulheres usuárias de contraceptivos hormonais orais” é um recorte da Pesquisa “Avaliação dos níveis de dor crônica, stress e qualidade do sono e de sintomas associados à cefalgia, disfunção temporomandibular e ansiedade em mulheres usuárias de contracepção hormonal”, aprovado no Edital PPPG nº 018/2015 do PIBIC/CNPq/FAPEMA.

Todos os procedimentos que envolvem seres humanos foram preservados, conforme preconizado nas “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos” Resolução MS/CNS do Conselho Nacional de Saúde nº466/2012 (BRASIL, 2012). As voluntárias foram esclarecidas sobre os objetivos e procedimentos adotados na pesquisa mediante leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A), deixando-as cientes da garantia da liberdade de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento. Esta foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra (CEP-HUUFMA) e aprovada com Parecer Consubstanciado Nº1.284.446 (Anexo A) de forma a permitir a execução da pesquisa.

5 RESULTADOS

Os resultados apresentados são referentes à amostra homogênea (diferença estatisticamente significativa) de 113 mulheres, divididas em dois grupos em relação ao uso de contraceptivos hormonais orais combinados, Grupo A com 39 (34,51%) e não usuárias, Grupo B com 74 (65,49%).

Na amostra foram encontradas as seguintes médias: idade com 24,03 anos (18 a 44), menarca com 12,23 anos (9 a 16), peso com 58,9 Kg (41 a 90 kg), IMC com 22,66 (16,79 a 36,05) e tempo de uso de CHOC, respectivamente (Tabela 1).

Observou-se que das 113 mulheres participantes da pesquisa, 65,49% não fazem uso de CHOC, e 34,51% são usuárias, sobre o tempo de uso dos CHOC, o mínimo foi de 3 meses e o máximo de 132 meses, com a média de tempo de uso de 41,33 (Tabela 1).

Tabela 1 – Idade, menarca, peso, IMC, tempo de uso de CHOC (usuárias e não usuárias de COHC) atendidas no Hospital Universitário Materno Infantil. São Luís (MA), 2017.

Variáveis	Média ± DP	Mín.	Máx.
Idade (anos)	24,02 ± 5,30	18	44
Menarca (anos)	12,23 ± 1,40	9	16
Peso (kg)	58,90 ± 10,20	41	90
IMC (Kg/altura ²)	22,66 ± 3,50	16,79	36,05
Tempo de uso de CHOC (meses)	41,33 ± 35,03	3	132

Fonte: Elaborado pela autora (2017)

IMC: índice de massa corporal; CHOC: contraceptivo hormonal oral combinado; DP: desvio padrão; Mín.: mínimo; Máx.: máximo

Em relação a hábitos comportamentais, prevaleceu o não consumo de álcool e tabaco, respectivamente com 73 (64,60%) e 111 (98,23%) das pacientes.

Quanto aos sintomas de ansiedade e depressão, prevaleceram a presença de ansiedade traço com 91 (80,53%) e a ausência de depressão com 97 (85,84%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Presença de depressão e ansiedade nos Grupos A e B atendidas no Hospital Universitário Materno Infantil. São Luís (MA), 2017.

Variáveis	N (%)
Depressão	
Sim	17 (14,16)
Não	96 (85,84)
Ansiedade/Estado	
Sim	23(20,35)
Não	90 (79,65)
Ansiedade/Traço	
Sim	91(80,53)
Não	22 (19,47)
Total	113 (100%)

Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Comparando-se os Grupos A (uso de CHOC) e B (sem uso de CHOC) em relação ao tipo de ansiedade e nível de depressão, não houve diferença estatisticamente significativa entre os mesmos. Prevaleram as mulheres assintomáticas em relação à depressão (Grupo A 32/82,05% e Grupo B 61/82,43%) e quanto a presença de ansiedade/traço e ansiedade/estado, em ambos os grupos (Tabela 3).

Tabela 3 - Nível de depressão e ansiedade nos Grupos A e B atendidas no Hospital Universitário Materno Infantil. São Luís (MA), 2017.

Variáveis	Grupo A/N (%)	Grupo B/N (%)	p valor
Depressão			
Assintomática	34 (82,05)	62 (82,43)	0,5180
Leve	5 (17,94)	5 (8,10)	
Moderada	Ausente	5 (6,65)	
Grave	Ausente	2 (2,70)	
Ansiedade/Estado			
Baixo	10 (25,64)	13 (17,56)	0,3130
Moderado/Grave	29 (74,35)	61 (82,43)	
Ansiedade/Traço			
Baixo	7 (17,94)	15 (17,56)	0,7680
Moderado/Grave	32 (82,05)	59 (82,43)	

Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Tabela 4 - Domínios do SF-36 de QV nos Grupos A e B atendidas no Hospital Universitário Materno Infantil. São Luís (MA), 2017.

Variáveis	Média± DP	Mín. / Máx.
Capacidade funcional	88,00 ± 15,95	0 / 100
Aspectos físicos	80,97 ± 29,74	0 / 100
Dor	66,38 ± 21,05	0 / 100
Estado geral de saúde	62,23 ± 19,46	5 / 100
Vitalidade	52,25 ± 20,80	5 / 100
Aspectos sociais	72,36 ± 23,90	12 / 100
Aspectos emocionais	65,19 ± 41,90	0 / 100
Saúde Mental	65,58 ± 18,88	8 / 100

Fonte: Elaborado pela autora (2017)

De acordo com os oito domínios do questionário SF-36 para avaliação da QV, as maiores médias (0 a 100) foram capacidade funcional (88,00), aspectos físicos (80,97) e aspectos sociais (72,36). Os dados encontrados demonstram que a QV não foi prejudicada pelo uso ou não dos COHC, visto que nos oito domínios as médias foram maiores que 50% (Tabela 4).

Tabela 5 – Comparativo dos domínios de QV do SF-36 nos Grupos A e B atendidas no HUMI. São Luís – MA, 2017.

Domínios	Grupo A Média ± DP	Grupo B Média ±DP	p valor
Capacidade funcional	89,23 ± 12,28	87,36 ± 17,64	0,5570
Aspectos físicos	77,56 ± 35,26	82,77 ± 26,47	0,3788
Dor	65,54 ± 24,07	66,84 ± 19,45	0,7567
Estado geral de saúde	64,90 ± 20,26	60,84 ± 19,02	0,2938
Vitalidade	53,46 ± 19,64	51,62 ± 21,50	0,6570
Aspectos sociais	72,10 ± 26,57	72,50 ± 22,57	0,9335
Aspectos emocionais	66,69 ± 40,49	64,41 ± 42,89	0,7841
Saúde Mental	65,56 ± 17,77	65,59 ± 19,57	0,9935

Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Comparando os domínios de QV entre os grupos A e B, não foi encontrada diferença significativa. Ambos apresentaram um bom padrão, visto que nenhum dos resultados se apresentou abaixo de 50% (Tabela 5).

6 DISCUSSÃO

O principal achado deste estudo demonstra que não houve diferença significativa das variáveis entre os grupos estudados Grupo A (desfecho/usuárias de CHOC) e Grupo B (controle/não-usuárias de CHOC) em relação a presença de sintomas depressivos e de ansiedade.

Estudo realizado no Irã, do tipo transversal e com mulheres sem comorbidades, teve como principal descoberta, mulheres com relatos de mudança de humor, sendo este o efeito colateral mais significativo experimentado durante uso de pílulas. Ainda cita que os achados do seu estudo indicaram que a prevalência de mudanças e aumento dos sintomas relacionados ao humor devido ao uso de CHOC entre as mulheres iranianas (SHAKERINEJAD *et al.*, 2013). Esses resultados são diferentes daqueles observados em nossa pesquisa.

A pesquisa de Shakerinejad *et al.* (2013) não aplicou questionários de avaliação validados para identificar os sintomas de ansiedade e depressão, isso talvez justifique resultados divergentes com a nossa pesquisa.

Historicamente, a contracepção hormonal combinada tem sido associada a transtornos de humor (SCHAFFIR *et al.*, 2016). Avaliações realizadas antes da década de 80 descrevem altas taxas de efeitos psicológicos relacionados ao uso dos mesmos, visto que os sintomas depressivos aumentaram de 20% para 50%, porém essa literatura advém da época em que as doses hormonais dos CHOC eram bem maiores, cerca de até 200% acima do que se utiliza hoje (PEREIRA; TAQUETE, 2008); (DRAGOMAN, 2014) e, assim, é plausível entender que os efeitos colaterais somáticos afetavam o humor.

A partir daí, foram introduzidos contraceptivos com doses hormonais menores com a mesma eficácia e diminuição dos efeitos indesejáveis (SCHAFFIR *et al.*, 2016). Isso justifica a ausência de associação na nossa pesquisa entre o uso de CHOC e ansiedade e depressão.

O uso de contracepção hormonal é muito comum entre mulheres em idade reprodutiva, principalmente tratando-se dos CHOCs de estrogênio sintético (etinil-estradiol) e de progesterona sintética (progestágeno). Mais de 90% das mulheres que usam os contraceptivos hormonais relatam altos níveis de satisfação, em contrapartida, desde sua introdução no mercado na década de 60, efeitos colaterais relacionados ao humor têm sido apontados como principal motivo para a interrupção do uso (POROMAA; SEGEBLADH, 2012; KEYES *et al.*, 2013).

Apesar de estarem há mais de 50 anos no mercado, pouco se sabe sobre a prevalência de sintomas de humor verdadeiramente relacionados ao CHOC e os mecanismos biológicos subjacentes responsáveis pelas mudanças no humor (POROMAA; SEGEBLADH, 2012).

Apesar da escassez de estudos, há uma hipótese de que o estrogênio e a progesterona desempenham papel importante nas mudanças de humor (KEYES *et al.*, 2013). Pesquisas a respeito dos efeitos dos CHOC sobre o humor em populações de mulheres saudáveis têm sido feitas, porém com resultados ainda inconsistentes. Alguns estudos demonstram que pode sim haver um risco aumentado de desenvolver sintomas depressivos, porém apenas em grupos de mulheres vulneráveis (YOUNG *et al.*, 2007; TOFFOL *et al.*, 2011).

Em nosso trabalho, a amostra foi constituída de mulheres sem comorbidades, isso corrobora a ausência de sintomas depressivos nas usuárias de CHOC, como afirma Young *et al.* (2008) e Toffol *et al.* (2011) que sugerem um risco maior naquelas vulneráveis a esses sintomas.

Os resultados encontrados por Lundi *et al.* (2016) demonstram alteração de humor nas fases menstruais, ou seja, no intervalo entre os ciclos induzidos por CHOC, a diferença da sua pesquisa em relação a este estudo é que eles utilizaram CHOC com 15mcg de etinil estradiol, combinação que é muito pouco utilizada pelas usuárias do SUS, já que os CHOC oferecidos pela farmácia básica é de 30mcg de etinil estradiol associada com gestodeno (Ciclo 21®), levonorgestrel (Nordette®) ou desogestrel (Microvlar®), as concentrações menores (15mcg ou 20mcg) não fazem parte da dispensação da oferta farmacêutica oferecida pelo SUS (BRASIL, 2015). Isso pode justificar a presença de alteração do humor em seus achados e a ausência nos nossos. O estrogênio tem um impacto no humor, principalmente através das suas interações com serotonina e outras monoaminas. Assim, o aumento cíclico e a queda do estrogênio podem induzir ou exacerbar muitos dos sintomas associados a vários distúrbios psiquiátricos, como depressão maior e ansiedade. A estabilização dos níveis de estrogênio pela administração de estrogênio pode efetivamente reduzir a ocorrência dos transtornos de humo (WARNOCH *et al.*, 2017).

Robison *et al.* (2004) analisou mais de sete estudos que caracterizam alterações emocionais, depressão, ansiedade, efeitos menstruais negativos, raiva e suicídio com anticoncepcionais hormonais. As usuárias, em contraste com as não usuárias, apresentaram taxas mais altas de depressão, ansiedade, fadiga, sintomas neuróticos, distúrbios sexuais, compulsão, raiva e efeitos menstruais negativos. Entretanto, o estudo não conseguiu elucidar se a associação dessas doenças é diretamente decorrente do efeito de tomar hormônios exógenos versus o impacto psicológico do próprio comportamento contraceptivo. No estudo,

não foi encontrada associação entre os níveis hormonais e o funcionamento emocional em mulheres. As mulheres que receberam um placebo de CHOC experimentaram um perfil semelhante de efeitos colaterais de usuários de CHOC. Ainda cita que diferentes concentrações hormonais e combinações não fizeram diferença significativa no perfil de efeito colateral, assim como neste estudo.

Estudo de coorte de 13 anos realizado na Dinamarca (entre 2000 e 2013), concluiu que a depressão é mais provável em mulheres que usam contracepção hormonal, pelo fato de apresentarem 23% de chance de usarem antidepressivos quando comparadas às não usuárias (SKOVLUND *et al.*, 2016). Todavia, nessa amostra foram incluídas mulheres que usavam contraceptivos a base somente de progesterona, hormônio este, que prevalece na segunda fase do ciclo menstrual onde se encontram maiores sintomas de labilidade de humor, variando de agressividade, a depressão, inclusive da disforia pré-menstrual indicando para esse grupo os CHOC como terapêutica (MAGUIRE; WESTHOFF, 2011; CLELAND *et al.*, 2012; MACGREGOR, 2013; TOFFOL, 2011; WELLING, 2013; FITZPATRICK; MAUER; CHEN, 2017; MORAES *et al.*, 2014). Portanto, esses contraceptivos à base de progesterona são, *per si*, um viés que deve ser anulado ou comparado com outro grupo com CHOC para avaliação de mudanças de humor.

A qualidade de vida não foi prejudicada entre os grupos estudados, visto que em todos os oito domínios avaliados os escores encontrados foram maiores que 50, ou seja, acima da média.

Willians *et al.* (2012) levantou a hipótese de que a relação entre qualidade de vida e uso de contraceptivos ainda não está clara. Em seus achados as mulheres usuárias de qualquer forma de contraceptivos apresentaram maior probabilidade de ter a média de QVLS melhor do que aquelas que não usam nenhum método de contracepção. A pesquisa foi transversal e sua amostra foi composta por mulheres em idade reprodutiva semelhante ao nosso estudo, porém, seu instrumento de avaliação foi diferente e ainda foi considerado o uso de qualquer tipo de contraceptivo.

Caruso *et al.* (2009), em sua pesquisa, avaliou a QV em usuárias de COC, em sua amostra foram incluídas mulheres com e sem comorbidades, apesar de sua amostra ser diferente na nossa pesquisa, o instrumento para avaliação foi o mesmo, SF-36 para QV. As mulheres foram avaliadas antes e durante o uso de COC pelo SF-36, e foi encontrada uma melhora na QV dessas mulheres.

Schaffir *et al.* (2016) consideram difícil estabelecer características que aumentem a probabilidade das usuárias de contraceptivos orais apresentarem efeitos no humor, devido às

inconsistências metodológicas e falta de uniformidade nas avaliações de humor e depressão. Citam ainda que, embora a maioria das usuárias de CHOC não apresentem efeitos negativos de humor, existe uma pequena porcentagem que apresenta. Grandes estudos observacionais demonstram que não há diferença entre usuárias e não usuárias de CHOC no que se refere a alterações de humor, isso devido à pequena proporção de mulheres que experimentam mudanças de humor em relação as que apresentam humor positivo.

As limitações e fragilidades deste trabalho são decorrentes do tipo de estudo realizado: transversal, ou seja, as pacientes foram avaliadas em um só momento, o que não nos permitiu considerar a fase menstrual e as flutuações hormonais existentes em cada fase. O estudo não foi controlado com placebo, o que nos permitiria obter resultados provavelmente mais consistentes.

A amostra selecionada foi de uma subpopulação específica de pequeno tamanho, e não foram analisadas as concentrações dos CHOC. Sugerimos que futuros estudos longitudinais, com avaliações psiquiátricas padronizadas, dosagens hormonais seriadas, e controlados com placebo poderão ser realizados a fim de esclarecer definitivamente a relevância desta associação.

Apresentando limitações como ocorre na maioria das pesquisas científicas, vale ressaltar que neste trabalho houve uma preocupação com todas as etapas e na escolha dos instrumentos de pesquisa. Todos os instrumentos adotados são validados, traduzidos para nossa língua pátria, amplamente utilizados pela comunidade científica e ainda de fácil compreensão, o que garante uma maior credibilidade dos resultados encontrados, visto que os achados corroboram com vários trabalhos encontrados na literatura (ROBISON *et al.*, 2004; YOUNG *et al.*, 2007; TOFFOL *et al.*, 2011; SCHAFIR *et al.*, 2016).

7 CONCLUSÃO

Os resultados encontrados nos permitem afirmar que, nesta amostra, não foram observadas diferenças significativas entre a presença de ansiedade, depressão e alteração na qualidade de vida nas mulheres que usaram ou não os contraceptivos hormonais orais combinados. Portanto, o seu uso não provoca estados de ansiedade ou depressivos.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. N.; SALZANO, F. T. **Síndromes Psiquiátricas**: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental. Porto Alegre: Artmed, 2006. 224 p.

ALMEIDA, Marcos Antonio Bettine; GUTIERREZ, Gustavo Luis; MARQUES, Renato. **Qualidade de vida**: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades– EACH/USP, 2012. 142 p.

AMERICAN PSYCHISTRIC ASSOCISTION (DSM-V). **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno**: DSM-5. Tradução de: Maria Inês Corrêa Nascimento. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, L. H. S. de; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher Epidemiology of women's psychiatric disorders. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.

ANDRÉEN, L. et al. Sex steroid induced negative mood may be explained by the paradoxical effect mediated by GABAA modulators. **Psychoneuroendocrinology**, v. 34, n. 8, p. 1121-1132, set. 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19272715>. Acesso em: 14 mar. 2017.

BASTIANELLI, A. et al. Pharmacodynamics of combined estrogen-progestin oral contraceptives: effects on metabolismo. **Journal Expert Review Clinical Pharmacology**.v. 10, p 315-326, dec. 2016.

BITZER, Johannes. Hormonal contraception and depression: another Pill scandal? **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, v. 22, n. 1, p. 1-2, 17 feb. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28155568>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**: RENAME 2014. 9. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 230 p.

BRASIL, C.; REIS, G.G. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRITO et al. Contracepção hormonal e sistema cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.96, n.4, p.81-89. mar.2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?psic=sci_arttext&pid=S0066-782X2011000400021>. Acesso em: 12 jun. 2017.

BRUGGE, Fabiula Aparecida; MAZUR, Caryna Eurich; CAVAGNARI, Mariana Abe Vicente. Associação entre diagnóstico de síndrome de ovários policísticos, estado nutricional e consumo alimentar em mulheres em idade fértil. **RBONE**, v. 11, n. 62, p. 117-124, 2017.

CAPELA, C. et al. Associação da qualidade de vida com dor, ansiedade e depressão. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 263–268, jul./set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502009000300013&lng=pt &tlng=pt>. Acesso em: 12 jun. 2017.

CARUSO, et al. Quality of sexual life of women on oral contraceptive continued-regimes: pilot study. **J Sex Med.** v.10, p. 460-466, 2009.

CHAND, S.; GIVON, L. Depression. **StatPearls Publishing**, n. 9, fev. 2017.

CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)".** 1997. 145 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

CLELAND, J. et al. Contraception and health. **The Lancet**, v. 380, n. 9837, p.149–156, 14 jul. 2012.

COELHO, Nilzabeth Leite; TOURINHO, Emmanuel Zagury. O conceito de ansiedade na análise do comportamento. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 21, n. 2, p.171-178. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722008000200002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 07 abr. 2017.

DALGALARRONDO, P. **Psicologia e semiologia dos transtornos mentais.** Porto Alegre: Artmed, 2006. 142p.

DESAI, H.D.; JANN, M.W. Major depression in women: a review of the literature. **J Am Pharm Assoc (Wash)**, v.40, n. 4, p. 525-537, jul./aug. 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10932463>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

DRAGOMAN, M.V. The combined oral contraceptive pill - recent developments, risks and benefits. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.**, v. 28, n. 6, p. 825-834, aug. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25028259>>. Acesso em: 05 fev. 2017.

FITZPATRICK, L.; MAUER, E.; CHEN, C. L. Oral contraceptives for acne treatment: us dermatologists' knowledge, comfort, and prescribing practices. **Cutis**, v. 99, n. 3, p.195-201, mar. 2017. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28398414>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

FLECK, M.P.A (Coor.). Organização Mundial de Saúde. Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQOL. Versão em português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL), 2009. **Projeto desenvolvido no Brasil pelo Grupo de Estudos em Qualidade de Vida do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS.** Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html#sumario>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

GALLICCHIO, L. et al. Correlates of depressive symptoms among women undergoing the menopausal transition. **Journal of psychosomatic research**, v. 63, n. 3, p. 263-268, 2007.

GOLDBAUM, M. Qualidade de Vida e Saúde: Além das Condições de Vida e Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 19-31, 2000.

GORENSTEIN, C; ANDRADE, L. Validacion of Portuguese version of the Beck depression inventory and the State trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Brasilian. Journal of Medical and Biological Research.**, v. 29, p. 453- 457. 1996.

GRAEFF, F. G. Distúrbios de ansiedade. In: GRAEFF, F. G.; BRANDÃO, M. L. (Orgs.) **Neurologia das Doenças Mentais**. São Paulo: Lemos Editorial, 1999.

GRANDI, G. et al. Metabolic impact of combined hormonal contraceptives containing estradiol. **Expert Opin Drug Metab Toxicol**; v. 12, p. 779-87, maio 2016.

HALL, K. S. et al. Influence of depressed mood and psychological stress symptoms on perceived oral contraceptive side effects and discontinuation in young minority women. **Contraception**, v. 86, n. 5, p. 518-525, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22673038>. Acesso em: 05 maio 2017.

HAMMARSTROM, A. et al. Gender-related explanatory models of depression: a critical evaluation of medical articles. **Publ Eic Health**, v. 123, n. 10, p. 689-693, oct. 2009. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19853877>>. Acesso em: 03 mai. 2017.

HULLEY, S. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 127-144.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Censo 2017 Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>> acesso em: 05 jun. 2017.

KEYES, K. M. et al. Association of hormonal contraceptive use with reduced levels of depressive symptoms: a national study of sexually active women in the United States. **American Journal of Epidemiology**, v. 178, n. 9, p. 1378-1388, nov. 2013. Disponível em: <<https://academic.oup.com/aje/article/178/9/1378/90917/Association-of-Hormonal-Contraceptive-Use-With>>. Acesso em: 13 fev.2017.

KLOK, F.A. et al. Oral contraception and menstrual bleeding during treatment of venous thromboembolism: Expert opinion versus current practice. **Thrombosis research**, v. 153, p.101–107, maio 2017. Disponível em: <[http://www.thrombosisresearch.com/article/S0049-3848\(17\)30237-2/fulltext](http://www.thrombosisresearch.com/article/S0049-3848(17)30237-2/fulltext)>. Acesso em: 12 jun. 2017.

KOBAYASHI, T.; SUGIURA, K.; OJIMA, T. Risks of thromboembolism associated with hormone contraceptives in Japanese compared with Western women. **J. Obstet. Gynaecol. Res.** v. 43, n. 5, p. 789–797, may 2017. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jog.13304/epdf>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

KRUG, E.G.. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LEO, V.D et al. Hormonal contraceptives: pharmacology tailored to women's health. **Human Reproduction Update**, v.22, n .5, p. 634–646, sep. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27307386>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

LI, Y. et al. Prevalence of depression and anxiety symptoms and their influence factors during menopausal transition and postmenopause in Beijing city. **Maturitas**, v. 61, n. 3, p. 238-242, nov. 2008. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18951736>>. Acesso em: 05 abr. 2017.

LISBOA, L.L. et al. Tradução, adaptação e validação da versão brasileira do questionário Utian Quality of Life para avaliação da qualidade de vida no climatério. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.37, n.11, p.520-525, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n11/0100-7203-rbgo-37-11-00520.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2017.

LUNDIN, C. et al. Combined oral contraceptive use is associated with both improvement and worsening of mood in the different phases of the treatment cycle-A double-blind, placebo-controlled randomized trial. **Psychoneuroendocrinology**, v. 76, p. 135-143, feb. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27923181>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

MACGREGOR, E. A. Contraception and headache. **Headache**. v. 53, n. 2, p. 247-276, feb. 2013.

MAGUIRE, K.; WESTHOFF, C. The state of hormonal contraception today: establishe and emerging noncontraceptive health benefits. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 205, n. 4, Supplement, p. 4-8, oct. 2011. Disponível em: <[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(11\)00791-5/fulltext](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(11)00791-5/fulltext)>. Acesso em: 12 jun. 2017.

MANICA, Daniela Tonelli. A desnaturalização da menstruação: hormônios contraceptivos e tecnociência. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v.17, n. 35, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832011000100007>. Acesso em: 05 jun. 2017.

MINAYO, C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MORAES, T. L. et al. Effects of a contraceptive containing drospirenone and ethinylestradiol on blood pressure, metabolic profile and neurohumoral axis in hypertensive women at reproductive age. **Eur J Obst Gynecol and Reprod Biol.**, v. 182, p. 113–117, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25268778>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

NOBLE, Rudolf E. Depression in women. **Metabolism Clinical and Experimental**, v. 54, n. 5, p. 49-52, may 2005. Disponível em: <[http://www.metabolismjournal.com/article/S0026-0495\(05\)00036-3/abstract](http://www.metabolismjournal.com/article/S0026-0495(05)00036-3/abstract)>. Acesso em: 09 abr. 2017.

NODARI, C.H. et al. Turnover e Satisfação no Trabalho em uma Empresa Multinacional: Um Estudo de Caso. **Revista de Administração da Unimep**. v. 8, n. 2, 2010.

O'CONNELL, K.; DAVIS, A.R.; KERNS, J. Oral contraceptives: side effects and depression in adolescent girls. **Contraception**, v. 75, n. 4, p. 299-304, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17362710>>. Acesso em: 05 mai. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **121 milhões de pessoas sofrem de depressão em todo o mundo**. Brasília: Programa de Saúde e Assistência Social (Plan-Assiste), 2017. Disponível em: <<http://www.planassiste.mpu.mp.br/news/segundo-oms-121-milhoes-de-pessoas-sofrem-de-depressao-em-todo-o-mundo>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

PEREIRA, S. M.; TAQUETTE, S.R. Desvendando mitos sobre anticoncepção hormonal oral na adolescência. **Adolescência e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 45-49, mar. 2008.

PIMENTEL, J.F. et al. Qualidade de vida em pacientes pós-operatórios de cirurgia cardíaca. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, jul./dez.2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000200009>. Acesso em: 23 abr. 2017.

POROMAA, I.S.M.; SEGEBLADH, Birgitta. Adverse mood symptoms with oral contraceptives. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v. 91, p. 420-427, 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0412.2011.01333.x/epdf>>. Acesso em: 10 maio 2017.

ROBINSON, S.A. et al. Do the emocional side-effects of hormonal contraceptives come from pharmacologic or psychological mechanisms? **Rev. Medical Hypotheses**. v. 63, n. 2, p. 268-273, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15236788>>. Acesso em: 02 set. 2017.

SCHAFFIR, J. et al. Combined hormonal contraception and its effects on mood: a critical review. **The European Journal of Contraception e Reproductive Health Care.**, v.21, n. 5, p. 347-355, 2016.

SEGEBLADH, B. et al. Prevalence of psychiatric disorders and premenstrual dysphoric symptoms in patients with experience of adverse mood during treatment with combined oral contraceptives. **Contraception**, v. 79, n. 1, p. 50-55, jan. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19041441>>. Acesso em: 10 mai. 2017.

SHAKERINEJAD, G. et al. Factors predicting mood changes in oral contraceptive pill users. **Reproductive Health**. v.10, n. 1, p. 1-6. 2013.

SIABRA, Maiara Mota Rocha; VASCONCELOS, Thiago Brasileiro de. Quality of life and mood state of chronic pain patients. **Rev Dor.**, São Paulo, v.18, n. 1, p. 43-46, jan/mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132017000100043&script=sci_abstract>. Acesso em: 10 mai. 2017.

SILQUEIRA, S.M.F. **O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionado a saúde de pacientes hipertensos**. 2005. 117f. Dissertação (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2005.

SKOVLUND, C. W. et al. Association of Hormonal Contraception With Depression. **JAMA Psychiatry**, n.73, v. 11, p. 1154-1162, nov. 2016.

SOARES, C. N.; PROUTY, J.; POITRAS, J. Ocorrência e tratamento de quadros depressivos por hormônios sexuais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, (Suppl. 1), p. 48–54, abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000500010>. Acesso em: 12 jun. 2017.

STEINER, M; DUNN, E; BORN, L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. **J Affect Disord**, v. 74, n. 1, p. 67-83, mar. 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12646300>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

STUDD, J.; PANAY, N. Hormones and depression in women. **Journal Climacteric**, n. 7, v. 4, p. 338–346, dec. 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15799605>. Acesso em: 10 mai. 2017.

SUAU, G. M. et al. Depressive symptoms and risk factors among perimenopausal women. **Puerto Rico health sciences journal**, v. 24, n. 3, sep. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16329684>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

TELLES-CORREIA, Diogo; BARBOSA, António. Ansiedade e depressão em medicina: modelos teóricos e avaliação. **Acta Med Port**; v. 22, p. 89-98, 2009. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/bfbf/95a4541f54b8c11cc37364fa8416c255e92a.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2017.

TOFFOL, E. et al. Hormonal contraception and mental health: results of a population-based study. **Hum. Reprod.**, v. 26, n. 11, p. 3085-3093, nov. 2011.

TOFFOLETO, S. et al. Emocional and cognitive functional imaging of estrogen and progesterone effects in the female human brain: a systematic review. **Psychoneuroendocrinology**. V. 50, p. 28-52, jun. 2014.

TRAJANO, F.M. P. et al. Níveis de ansiedade e impactos na voz: uma revisão da literatura. **Distúrbios Comunicação**, São Paulo, v. 28, n. 3, p.423 - 433, set. 2016. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/26617>>. Acesso em: 10 maio 2017.

UNITED NATIONS (ONU). Department of Economic and Social Affairs. Population Division (2017). **World Contraceptive Use 2017**. 2017. Disponível em: <<http://www.un.org/en/development/desa/population/>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

VERAS, A. B.; NARDI, A. E. Female sexual hormones and mood disorders. **J Bras. Psiquiatr**, v. 54, n. 1, p. 57–68, 2005.

WARNOCK, J.K et al. Hormone-Related Migraine Headaches and Mood Disorders: Treatment with Estrogen Stabilization. **Pharmacotherapy**., v. 37, n. 1, p. 120-128, 2017. doi: 10.1002/phar.1876. Epub 2017 Jan 6.

WELLING, L. L. M. Psychobehavioral effects of hormonal contraceptive use. **Epjournal**., v.11, n. 3, p. 718-742, 2013. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/147470491301100315>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

WESTHOFF, C.L.; HEARTWELL, S.; EDWARDS, S. et al. Oral contraceptive discontinuation: do side effects matter? **Am J Obstet Gynecol**, v. 196, n. 412, p. 1-7, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1903378/>>. Acesso em: 05 jun. 2017.

WILLIAMS, Sanithia L. et al. Associations between recent contraceptive use and quality of life among women. **Contraception**, v. 85, n. 23, mar. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22067760>>. Acesso em: 10 mai. 2017.

YOUNG, E. A. et al. Influences of Hormone-Based Contraception Symptoms in Perimenopausal Women with Major Depression. **Psychoneuroendocrinology**, v. 32, n. 7, p. 843–853, aug. 2007.

ZETHRAREUS, N. et al. A first-choice combined oral contraceptive influences general well-being in healthy women: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. **Fertil Steril**, v. 107, n. 5, p. 1238-1245, may. 2017.

APÊNDICE A - FICHA PROTOCOLO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DO ADULTO

Paciente: _____ Código: _____

Sexo: () F () M Idade: _____

Idade da menarca (primeira menstruação): _____

Data da última menstruação (dia de início): _____

Usa algum anticoncepcional? Sim () Não ()

Qual? _____ Dose: _____

Há quanto tempo faz uso: _____

Histórico de doenças (últimos 5 anos): _____

Medicações em uso (últimos 6 meses): _____

Peso: _____ Altura: _____

Ingere bebida alcólica: Sim () Não () Frequência (x por semana): _____

Consome tabaco: Sim () Não () Frequência (nº de cigarros/dia): _____

Consome drogas ilícitas: Sim () Não () Qual (is)? _____

Frequência (x por semana): _____

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DO ADULTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, desta pesquisa. Após ser esclarecida sobre algumas informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte deste estudo, assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizada de forma algum. Em caso de dúvida, você pode procurar: Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – CEP/UFMA. Endereço: Rua Barão de Itapary, 227, Centro, São Luís. MA. CEP: 65020-070/ Telefone: (98) 2109-1000.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

“Avaliação dos níveis de dor crônica, estresse e qualidade do sono e de sintomas associados à cefaleias, dor facial, ansiedade e depressão em mulheres usuárias de métodos de contracepção hormonal”.

Você está sendo convidada a participar de um estudo de pesquisa que se destina a verificar se você apresenta cefaleia (que pode ser desde uma dor de cabeça comum até crises de enxaqueca) ou dor facial. Também serão avaliados os seus níveis de estresse psicológico e de ansiedade, como é a qualidade do seu sono e se você apresenta sintomas de depressão. Este estudo é importante, pois vai determinar se você apresenta maior ou menor risco para estas condições. Caso você venha a ser identificada com algum problema que traga risco à sua saúde, será encaminhada ao profissional responsável para o tratamento desta doença.

O estudo será conduzido da seguinte maneira: acadêmicos dos cursos de Medicina e Farmácia irão convidar-lhe a responder alguns questionários, os quais serão preenchidos por você, e que permitem realizar o diagnóstico de cefaleia, dor facial e verificar se você apresenta algum nível de estresse, ansiedade, depressão ou dor crônica e o impacto disso na

sua qualidade de vida; e também determinar como é a qualidade de vida do seu sono. Você contará com assistência do pesquisador, durante a execução do estudo.

Os benefícios que você deverá esperar com a sua participação, mesmo que indiretamente serão: 1) possível diagnóstico de cefaleia ou dor facial, as quais podem reduzir bastante a qualidade vida, caso não sejam tratadas; 2) posterior encaminhamento se necessário, para tratamento com um especialista na área; 3) conhecimento a respeito de suas condições psicológicas, especialmente se elas predispõem ao desenvolvimento de transtornos de ansiedade, depressão ou transtornos do sono. Se você apresentar risco, um encaminhamento será feito para que você possa ser orientada com relação à prevenção da mesma.

Sempre que você desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre todas as etapas do estudo. A qualquer momento, você poderá desistir de participar do estudo e poderá retirar o seu consentimento, sem que para isto você sofra qualquer penalidade ou prejuízo da continuidade do seu atendimento médico.

Será garantido o sigilo quanto à sua identificação e das informações obtidas pela sua participação, exceto aos responsáveis pelo estudo, e a divulgação das informações só será feita aos profissionais estudiosos do assunto. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Você será indenizada por qualquer despesa que venha a ter com sua participação no estudo e também por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão.

Pesquisador responsável:

Prof. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito, CRM 847, Departamento de Medicina III,
UFMA

São Luís, ____/____/____

Assinatura do sujeito ou responsável

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação dos níveis de dor crônica, estresse e qualidade do sono e de sintomas associados à cefalgia, disfunção temporomandibular, ansiedade e depressão em mulheres usuárias de métodos de contracepção hormonal

Pesquisador: Luciane Maria Oliveira Brito

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45545315.1.0000.5087

Instituição Proponente: Hospital Universitario da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Numero do Parecer: 1.284.446

Apresentação do Projeto:

Introdução: Estudos têm demonstrado que os hormônios sexuais femininos, especialmente os estrógenos, são capazes de modular a dor e a inflamação em diversas condições que envolvem dor crônica, incluindo as cefalgias e as disordens temporomandibulares (DTMs). No entanto, não há consenso na literatura sobre os resultados dessa interação, ou seja, se esses hormônios atuam atenuando ou exacerbando os mecanismos nociceptivos na dor craniofacial. Ainda, o estresse, a ansiedade, a depressão e os distúrbios do sono também são capazes de modular a dor e todas essas condições são mais prevalentes mulheres, sugerindo que flutuações hormonais possam participar desse cenário. Os contraceptivos

hormonais orais contendo estrogênio e/ou progestina são os mais utilizados, entretanto, nenhum estudo até o momento investigou a associação entre essas variáveis em conjunto e a contracepção hormonal. **Objetivo:**

Avaliar os níveis de dor crônica, estresse e qualidade do sono e de sintomas associados à cefalgia, DTM, ansiedade e depressão em mulheres usuárias e não usuárias de métodos de contracepção hormonal.

Material e Métodos: Estudo quantitativo, observacional, analítico e longitudinal. A amostra será composta por 200 mulheres, com idade entre 18-49 anos, dentre as quais 100 deverão fazer uso de contraceptivos hormonais e 100 não deverão fazer uso de nenhum método contraceptivo

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1066 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 1.284.446

hormonal (grupo controle). As pacientes serão selecionadas e atendidas no ambulatório do Serviço de Ginecologia do HUUFMA – Unidade Materno-Infantil,

localizado em São Luís, Maranhão, no período de Agosto de 2015 a Julho de 2016. Todas as avaliações realizadas no primeiro atendimento (baseline), deverão ser repetidas após o período de 6 meses. Será realizada a avaliação clínica e ginecológica das pacientes, verificada a pressão arterial, IMC e medidas corporais. Para avaliação do estado de saúde geral, será utilizado o questionário SF-36 Health Survey. Para diagnosticar a

presença de cefaléias e DTMs serão utilizados, respectivamente, a International Classification of Headache Disorders (ICHD, 3rd edition), o Migraine Disability Assessment (MIDAS), e o Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD). A avaliação psicométrica incluirá o Depression, Anxiety and Stress Scale²¹ (DASS-21), o State-Trait Anxiety Inventory (STAI-T), o Beck Depression Inventory II (BDI II), a MOS Sleep Scale, o Pittsburg Sleep Quality Index, o McGill Pain Questionnaire, o Coping Strategies Questionnaire (CSQ), o Neck Pain and Disability Scale (NPAD), e o Neck Disability Index (NDI). Será realizada análise exploratória e verificada a normalidade das variáveis para a escolha do teste estatístico apropriado e, se possível, será construído um modelo multivariado de regressão linear ou logística que possa prever outcomes quando as variáveis forem confrontadas. Resultados esperados: Espera-se, ao final deste estudo, determinar se as mulheres que fazem uso de contracepção

hormonal oral podem estar ou não mais susceptíveis ao desenvolvimento de cefaléias e DTMs, bem como identificar qualquer relação entre a contracepção hormonal e variáveis como estresse, ansiedade, depressão, distúrbios do sono e dor crônica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os níveis de dor crônica, estresse e qualidade do sono e de sintomas associados à cefaléias, DTM, ansiedade e depressão em mulheres usuárias e não usuárias de métodos de contracepção hormonal.

Objetivo Secundário:

-Verificar se existe associação entre as variáveis citadas; -Identificar diferenças na distribuição dos subtipos de cefaléia que possivelmente

venham a ser identificados; -Traçar um perfil clínico e epidemiológico das mulheres que sofrem com comorbidades relacionadas com os referidos

subtipos de dor craniofacial, buscando também compreender as características e o grau de cronicidade dessa dor.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1956 CEB Velho
 Bairro: Bloco C.Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: ceputma@ufma.br

Continuação do Parecer: 1.294.446

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos da pesquisa consistem na possibilidade de constrangimento das participantes da pesquisa frente a algumas questões da ficha-protocolo.

Benefícios:

Os benefícios do presente projeto residem no conhecimento mais profundo da interferência dos anticoncepcionais na manifestação de nessa fase do CM possam afetar adversamente a qualidade do sono durante esse período (Sharkey et al., 2014). Em suma, apesar das flutuações hormonais exercerem influência sobre muitas condições de alta prevalência nas mulheres, tais como as cefalalias, DTM, ansiedade, depressão, dor e distúrbios do sono, nenhum um estudo até o momento investigou a associação entre a contracepção hormonal e essas comorbidades em conjunto.

Com base nas informações apresentadas na literatura, é possível que as mulheres que fazem uso de contracepção hormonal estejam mais suscetíveis ao desenvolvimento de cefalalias, DTM, estresse, ansiedade, depressão, dor crônica e distúrbios do sono do que aquelas que não fazem uso desse tipo de medicação. Se comprovadas quaisquer uma dessas relações, individualmente ou conjunto, maiores cuidados deverão ser tomados no sentido de prevenir possíveis quadros dolorosos, considerando todo o prejuízo físico e psicossocial atrelado à dor, o que contribuirá para um melhor direcionamento na escolha de grupos populacionais que deverão ser focados no momento da aplicação dos métodos de prevenção dessas condições, representando assim uma redução de custos para os programas de saúde pública. Tamanho da Amostra no Brasil: 200 sinais e sintomas, principalmente relacionados à dor crônica, o que tende ao desenvolvimento de estratégias que levem a amenização ou neutralização desses efeitos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta bem elaborada com todos os elementos de uma pesquisa com objetivos claros e possíveis de serem alcançados com materiais e métodos com padrão excelente para as medidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatoria:

Todos os termos de apresentação obrigatórias foram apresentados e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velha
 Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: ceputma@ufma.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA**



Continuação do Parecer: 1.204.446

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_566840_E1.pdf	12/08/2015 18:15:31		Aceito
Outros	Carta resposta ao parecer pendente- Luciane Maria Oliveira Brito.docx	12/08/2015 18:13:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto-Luciane Maria Oliveira Brito - versão 2.pdf	12/08/2015 18:10:02		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto-Luciane Maria Oliveira Brito - versão 2.docx	12/08/2015 18:09:42		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_566840_E1.pdf	08/08/2015 09:30:04		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE-Proj. Anticoncepcionais - versão 2.docx	08/08/2015 09:24:36		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_514355.pdf	22/05/2015 16:20:54		Aceito
Outros	Declaração Local - ACO.pdf	22/05/2015 16:19:53		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_514355.pdf	22/05/2015 01:19:58		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_514355.pdf	18/05/2015 12:27:36		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_514355.pdf	12/05/2015 22:49:37		Aceito
Folha de Rosto	Rosto ACO.pdf	12/05/2015 22:46:27		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
 Bairro: Bloco C Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
 UF: MA Município: SÃO LUIS
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cspulma@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA



Continuação do Parecer: 1.264.446

SAO LUIS, 17 de Outubro de 2015

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: ceputma@ufma.br

ANEXO B – IDATE –ESTADO/TRAÇO

Parte I - IDATE ESTADO

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

AVALIAÇÃO					
Muitíssimo-----4	Um pouco----- 2				
Bastante-----3	Absolutamente não - 1				
1- Sinto-me calmo.....		1	2	3	4
2- Sinto-me seguro.....		1	2	3	4
3- Estou tenso.....		1	2	3	4
4- Estou arrependido.....		1	2	3	4
5- Sinto-me à vontade.....		1	2	3	4
6- Sinto-me perturbado.....		1	2	3	4
7- Estou preocupado com possíveis infortúnios.....		1	2	3	4
8- Sinto-me descansado.....		1	2	3	4
9- Sinto-me ansioso.....		1	2	3	4
10- Sinto-me “em casa”.....		1	2	3	4
11- Sinto-me confiante.....		1	2	3	4
12- Sinto-me nervoso.....		1	2	3	4
13- Estou agitado.....		1	2	3	4
14- Sinto-me uma pilha de nervos.....		1	2	3	4
15- Estou descontraído.....		1	2	3	4
16- Sinto-me satisfeito.....		1	2	3	4
17- Estou preocupado.....		1	2	3	4
18- Sinto-me confuso.....		1	2	3	4
19- Sinto-me alegre.....		1	2	3	4
20- Sinto-me bem.....		1	2	3	4

* Os itens demarcados em vermelhos são as perguntas de caráter positivo do IDATE-estado.

Parte II IDATE TRAÇO

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

AVALIAÇÃO

Quase sempre-----4
Frequentemente-----3

Às vezes -----2
Quase nunca ----- 1

	1	2	3	4
1. Sinto-me bem.....	1	2	3	4
2. Canso-me facilmente.....	1	2	3	4
3. Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser.....	1	2	3	4
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente.....	1	2	3	4
6. Sinto-me descansado.....	1	2	3	4
7. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo.....	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver.....	1	2	3	4
9. Preocupo-me demais com as coisas sem importância	1	2	3	4
10. Sou feliz.....	1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas.....	1	2	3	4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo.....	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro.....	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas.....	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido.....	1	2	3	4
16. Estou satisfeito.....	1	2	3	4
17. Idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando.....	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça.....	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento.....	1	2	3	4

* Os itens marcados em vermelhos são as perguntas de caráter positivo do IDATE-traço.

ANEXO C – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

Nome: _____ Idade: _____ Data: __/__/__

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1	<ul style="list-style-type: none"> 0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar 	7	<ul style="list-style-type: none"> 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
2	<ul style="list-style-type: none"> 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar 	8	<ul style="list-style-type: none"> 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
3	<ul style="list-style-type: none"> 0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso 	9	<ul style="list-style-type: none"> 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
4	<ul style="list-style-type: none"> 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo 	10	<ul style="list-style-type: none"> 0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria
5	<ul style="list-style-type: none"> 0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado 	11	<ul style="list-style-type: none"> 0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar
6	<ul style="list-style-type: none"> 0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido 	12	<ul style="list-style-type: none"> 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas

13	0 Tomo decisões tão bem quanto antes 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões	18	0 O meu apetite não está pior do que o habitual 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser 2 Meu apetite é muito pior agora 3 Absolutamente não tenho mais apetite
14	0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo 3 Acredito que pareço feio	19	0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio 2 Perdi mais do que 5 quilos 3 Perdi mais do que 7 quilos Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____
15	0 Posso trabalhar tão bem quanto antes 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho	20	0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa
16	0 Consigo dormir tão bem como o habitual 1 Não durmo tão bem como costumava 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir	21	0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava 2 Estou muito menos interessado por sexo agora 3 Perdi completamente o interesse por sexo
17	0 Não fico mais cansado do que o habitual 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa		

ANEXO D – QUALIDADE DE VIDA – SF-36

Questionário SF-36 1- 1 - **Em geral você diria que sua saúde é:**

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2 Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3 Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer o assoalho.	1	2	3
c) Levantar ou carregar	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4 Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5 Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6 Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7 Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8 Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9 Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10 Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

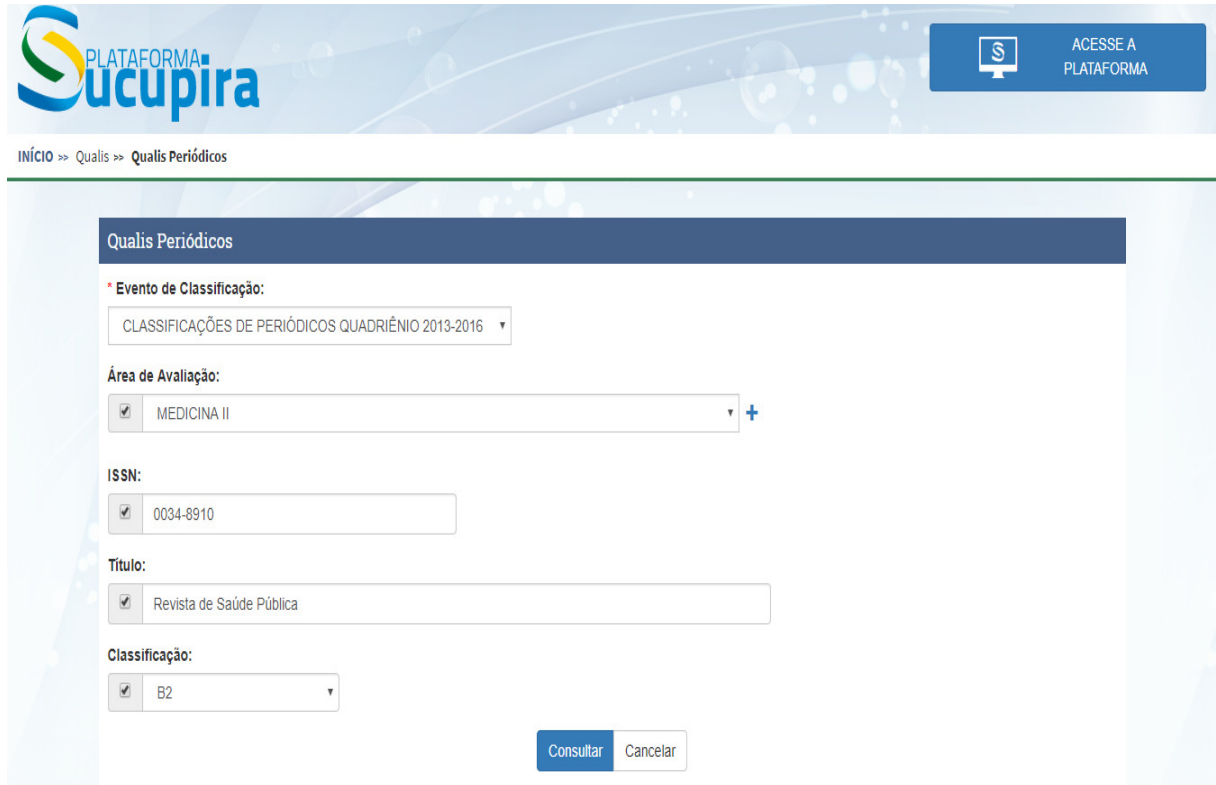
Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11 O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ARTIGO CIENTÍFICO

Nome do periódico com sua classificação na WEBQUALIS da CAPES



The screenshot shows the Sucupira platform interface. At the top left is the Sucupira logo with the text 'PLATAFORMA Sucupira'. At the top right is a button labeled 'ACESSE A PLATAFORMA'. Below the header, there is a breadcrumb trail: 'INÍCIO >> Qualis >> Qualis Periódicos'. The main content area is titled 'Qualis Periódicos' and contains a search form with the following fields:

- Evento de Classificação:** A dropdown menu with the selected option 'CLASSIFICAÇÕES DE PERIÓDICOS QUADRIÊNIO 2013-2016'.
- Área de Avaliação:** A dropdown menu with the selected option 'MEDICINA II' and a plus sign icon to the right.
- ISSN:** A text input field with the value '0034-8910' and a checkmark icon to the left.
- Título:** A text input field with the value 'Revista de Saúde Pública' and a checkmark icon to the left.
- Classificação:** A dropdown menu with the selected option 'B2' and a checkmark icon to the left.

At the bottom of the form are two buttons: 'Consultar' and 'Cancelar'.

Instrução aos Autores



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Categorias de artigos](#)
- [Dados de identificação do manuscrito](#)
- [Conflito de Interesses](#)
- [Declaração de Documentos](#)
- [Preparo do Manuscrito](#)
- [Processo Editorial](#)
- [Taxa de Publicação](#)
- [Suplementos](#)

Categorias de Artigos

Dados de Identificação do Manuscrito

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores

cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima.

Dados de identificação dos autores (cadastro)

Nome e sobrenome: O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados.

Correspondência: Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição: Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: departamento, faculdade, universidade).

Coautores: Identificar os coautores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa: Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia: Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

Conflito de Interesses

Quando baseado em tese ou dissertação, indicar o nome do autor, título, ano, nome do programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada.

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

Declaração de Documentos

Em conformidade com as diretrizes do **International Committee of Medical Journal Editors**, são solicitados alguns documentos e declarações do (s) autor (es) para a avaliação de seu manuscrito. Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos em que se aplique, anexe o documento ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

Documento/declaração	Quem assina	Quando anexar
a. <u>Carta de Apresentação</u>	Todos os autores	Na submissão
b. <u>Declaração de responsabilidade</u>	Todos os autores	Na submissão
c. <u>Responsabilidade pelos Agradecimentos</u>	Autor responsável	Após a aprovação
d. <u>Transferência de Direitos Autorais</u>	Todos os autores	Após a aprovação

a) CARTA DE APRESENTAÇÃO

A carta deve ser assinada por todos os autores e deve conter:

- Informações sobre os achados e conclusões mais importantes do manuscrito, esclarecendo seu significado para a saúde pública.
- Se os autores têm artigos publicados na linha de pesquisa do manuscrito, mencionar até três.
- Declaração de responsabilidade de cada autor: ter contribuído substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; ter contribuído significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e ter participado da aprovação da versão final do manuscrito. Para maiores informações sobre critérios de autoria, consulte o site da RSP.
- Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores.
- Atestar a exclusividade da submissão do manuscrito à RSP.

Responder- Qual a novidade do seu estudo? Por que deve ser publicado nesta revista?

b. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Normalmente serão listados no final do texto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

c. AGRADECIMENTOS

Devem ser mencionados os nomes de pessoas que, embora não preencham os requisitos de autoria, prestaram colaboração ao trabalho. Será preciso explicitar o motivo do agradecimento, por exemplo, consultoria científica, revisão crítica do manuscrito, coleta de dados, etc. Deve haver permissão expressa dos nomeados e o autor responsável deve anexar a Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos. Também pode constar desta parte apoio logístico de instituições.

d. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Todos os autores devem ler, assinar e enviar documento transferindo os direitos autorais. O artigo só será liberado para publicação quando esse documento estiver de posse da RSP.

Preparo do Manuscrito

Título no idioma original do manuscrito e em inglês

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer também o título em português.

Título resumido

Deve conter até 45 caracteres.

Descritores

Devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário "**Descritores em Ciências da Saúde**" (DeCS), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no **Medical Subject Headings (MeSH)**. Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres (ou *key words*) mesmo não existentes nos vocabulários citados.

Figuras e Tabelas

Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como figura ou tabela, e numerados sequencialmente a partir de um, e não como quadros, gráficos, etc.

Resumo

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das **categorias de artigos**. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou

conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos – Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – Devem ser apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o **estilo Vancouver - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication**, ordenadas por ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos a seguir.

Exemplos:

Artigos	de	periódicos
Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. <i>Cienc Saude Coletiva</i> . 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000200011		
Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. <i>Rev Saude Publica</i> . 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005		

Livros

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. *Patologia do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. *Improving palliative care for cancer* Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13] Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (“Citing Medicine”) da National Library of Medicine, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>.

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em

geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação no texto

A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de **exponente** antes da pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes ou similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por “e”. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de ‘et al.’ em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

Checklist para submissão

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc, docx e rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria e conflito de interesses, assinada por todos os autores.
8. Nome da agência financiadora e número (s) do (s) processo (s).
9. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas por ordem de citação, verificando se todas estão citadas no texto.
10. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, com no máximo

- 10 colunas.
11. Figura no formato vetorial ou em pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar sem linhas de grade e sem volume.
12. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.

Processo Editorial

a) Revisão da redação científica

Para ser publicado, o manuscrito aprovado é submetido à revisão da redação científica, gramatical e de estilo. A RSP se reserva o direito de fazer alterações visando a uma perfeita comunicação aos leitores. O autor responsável terá acesso a todas as modificações sugeridas até a última prova enviada. Inclusive a versão em inglês do artigo terá esta etapa de revisão.

b) Provas

Após sua aprovação pelos editores, o manuscrito será revisado por uma equipe que fará a revisão da redação científica (clareza, brevidade, objetividade e solidez), gramatical e de estilo.

O autor responsável pela correspondência receberá uma prova, em arquivo de texto (doc, docx ou rtf), com as observações/alterações feitas pela equipe de leitura técnica. O prazo para a revisão da prova é de dois dias.

Caso ainda haja dúvidas nessa prova, a equipe editorial entrará em contato para revisão, até que se chegue a uma versão final do texto. Em seguida, o texto final passará por uma revisão gramatical. Após essa revisão o autor receberá nova prova, no formato final para publicação. Nessa última revisão podem ser feitas apenas correções de erros, pois não serão admitidos mais ajustes de forma. O prazo para a revisão da prova final é de um dia.

Artigos submetidos em português ou espanhol serão vertidos para o inglês. Aproximadamente uma semana após o autor ter finalizado a prova do artigo, a RSP enviará a versão em inglês do artigo para apreciação do autor. Nesta revisão, o autor deverá atentar para possíveis erros de interpretação, vocabulário da área e principalmente, equivalência de conteúdo com a versão “original aprovada”. O prazo de revisão da versão em inglês é de dois dias.

A Revista adota o sistema de publicação continuada (*rolling pass*). Desta forma, a publicação do artigo se torna mais rápida: não depende de outros artigos para fechamento de um fascículo, mas do processo individual de cada artigo. Por isso, solicitamos o cumprimento dos prazos estipulados.

CONTRACEPTIVOS HORMONAIS, TRANSTORNOS DE HUMOR E QUALIDADE DE VIDA

Flávia Cristina Barros de Souza¹
 Profa. Dra. Maria Bethânia da Costa Chein²
 Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito²
 Ms. Andréia Dias Reis³
 Clariano Pires de Oliveira Neto⁴

(*) Autor para correspondência:

Prof.^a Dra. Maria Bethânia da Costa Chein
 Endereço: Av. dos Portugueses s/n
 Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Faculdade de Medicina – Campus do Bacanga
 CEP: 65085-580, São Luís, Maranhão – Brasil
 Telefone: +55 (98)
 E-mail: mbcchein@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar sintomas relacionados à depressão, ansiedade e a qualidade de vida em mulheres usuárias de contraceptivos hormonais orais combinados (CHOC) em um Hospital de Referência em São Luís – MA. **Métodos:** Neste estudo transversal, a amostra foi 113 mulheres em idade reprodutiva. As variáveis para descrição da amostra foram; idade, altura, IMC, menarca, etilismo, tabagismo, tempo de uso de contraceptivos. Para avaliação de depressão, ansiedade e qualidade de vida foram utilizados o Inventário de BECK, Idate traço-estado e O SF-36 respectivamente. Foram investigados sintomas de ansiedade, depressão e impacto na qualidade de vida. Para análise estatística utilizou-se o programa STATA 14.0 (STATA Corporation, 2003). O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** Na amostra prevaleceram as seguintes médias: idade 24,03 anos (18 a 44), menarca 12,23 anos (9 a 16), peso 58,9 Kg (41 a 90 kg), IMC 22,66 (16,79 a 36,05). O não consumo de álcool e tabaco prevaleceram respectivamente com 73 (64,60%) e 111(98,23%). Nas usuárias de CHOC e não usuárias de CHOC em relação ao tipo de ansiedade e nível de depressão, não houve diferença estatisticamente significativa. Prevaleceram as mulheres assintomáticas em relação a depressão (não usuárias de CHOC 61/82,43%) e presença de ansiedade/traço e ansiedade/estado, em ambos os grupos. A QV não foi prejudicada pelo uso ou não dos COHC visto que nos oito domínios as médias foram maior que 50%. **Conclusão:** Os resultados encontrados nos permitem afirmar que, nesta amostra não foram observadas diferenças significativas entre a presença de ansiedade, depressão e alteração na qualidade de vida nas mulheres que usaram ou não os contraceptivos hormonais orais combinados, portanto, o seu uso não provoca estados de ansiedade ou depressivos. Assim a qualidade de vida não sofre alteração.

Descritores: Transtornos de humor. Ansiedade. Depressão. Qualidade de vida. Contraceptivos hormonais orais.

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto – PPGSAD / Universidade Federal do Maranhão - UFMA, São Luís, Brasil.

² Docente Doutora da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, São Luís, Brasil.

³ Doutoranda em Ciências da Motricidade - UNESP, São Paulo, Brasil.

⁴ Discente de Medicina - UFMA, São Luís, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To identify symptoms related to depression, anxiety and quality of life in women using combined oral hormonal contraceptives (COHC) at a Referral Hospital in São Luís-MA. **Methods:** In this cross-sectional study, the sample was of 113 women in their reproductive age. The variables for description of the sample were; age, height, BMI, menarche, alcoholism, smoking, time of contraceptive use. To evaluate depression, anxiety and quality of life were used the BECK Inventory, State-Trait IDATE and O-SF-36 respectively. There were investigated symptoms of anxiety, depression and impact on quality of life. For statistical analysis, the STATA 14.0 program was used (STATA Corporation, 2003). The level of significance was 5%. **Results:** In the sample, the following means prevailed: age 24.03 years (18 to 44), menarche 12.23 years (9 to 16), weight 58.9 kg (41 to 90 kg), BMI 22.66 (16, 79-36.05). The non-consumption of alcohol and tobacco prevailed respectively with 73 (64.60%) and 111 (98.23%). In COHC users and non-COHC users regarding the type of anxiety and depression level, there was no statistically significant difference. Asymptomatic women in relation to depression (non-users of COHC 61 / 82.43%) and presence of anxiety / stroke and anxiety / status in both groups prevailed. QoL was not impaired by the use of COHC, since in the eight domains the means were greater than 50%. **Conclusion:** The results show that, in this sample, there were no significant differences between the presence of anxiety, depression and altered quality of life in women who used or not combined oral hormonal contraceptives, therefore, their use does not cause states of anxiety or depressive. Thus the quality of life does not change.

Keywords: Mood disorders. Anxiety. Depression. Quality of life. Oral hormonal contraceptives.

INTRODUÇÃO

Há 50 anos, os contraceptivos orais causaram nas mulheres grande impacto sobre a saúde reprodutiva e sua posição perante a sociedade¹.

A contracepção exerce um papel de grande relevância quando o assunto é a vida reprodutiva da mulher, tanto do ponto vista físico, quanto mental² e ainda na qualidade de vida (QV)¹. Os efeitos dos contraceptivos hormonais orais combinados (CHOC) sobre a saúde mental ainda permanecem inconsistentes e contraditórios na literatura e merecem grande destaque, visto que seu uso é muito comum entre as mulheres em sua fase reprodutiva^{3,4}.

Segundo o último relatório da ONU 79% das brasileiras usaram algum método contraceptivo em 2015, e ainda aponta que os métodos mais utilizados para evitar a gravidez são ligadura de trompas com 28% seguido da pílula anticoncepcional, camisinha e vasectomia, respectivamente. Estima-se a nível mundial que mais mulheres usarão contraceptivos até 2030, indo dos 758 milhões para 778 milhões⁵. O aumento do uso de

contraceptivos reduziu o número de mortes maternas em países em desenvolvimento cerca de 40% nos últimos 20 anos. A escolha do método contraceptivo é um dos direitos humanos, pois liberta as mulheres de um ciclo incessante de gravidez, amamentação e assistência à infância, representando também um enorme passo na igualdade de gênero⁶.

Atualmente existem vários tipos de métodos de contracepção, cada um com suas características e benefícios próprios. Seus benefícios estão além de prevenir uma gravidez indesejada, sendo substanciais para a saúde e sobrevivência das mulheres, reduzindo o número de casos de gravidez, principalmente as de maior risco, incluindo a gravidez em idade precoce ou tardia, diminuindo ainda o intervalo entre partos⁶. O uso de contraceptivos orais reduz a mortalidade materna, proporciona controle do ciclo menstrual e melhora a QV⁷.

Entre os benefícios imediatos do uso dos contraceptivos orais estão incluídos a melhora da menorragia e dismenorrea, redução dos sintomas da síndrome disfórica pré-menstrual e diminuição da acne. Após o período reprodutivo o uso contraceptivo oral ainda tem seus benefícios, reduzindo o risco de morte por câncer de ovário e endométrio⁸. No Brasil os contraceptivos hormonais orais são o método reversível mais usado (34,2%), pelas mulheres na prevenção da gravidez segundo o último relatório mundial⁵. Os CHOC consistem na associação entre um estrogênio (etinilestradiol) e um progestagênio (drospirenona) sintéticos, ou ainda o progestag de forma isolada⁹.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como um estado de pleno bem-estar físico, mental e social. A partir dessa definição, tornou-se importante para o tratamento de qualquer doença determinar o impacto social, físico e psicológico que ela impõe, aumentando a preocupação com as repercussões das doenças sobre a QV dos indivíduos¹⁰.

Aproximadamente 50,66% da população brasileira é do gênero feminino, destas 27,21% encontram-se em idade reprodutiva¹¹. As taxas de morbimortalidade feminina têm apresentado significativo crescimento nos últimos anos, sendo considerada um problema de saúde pública, cujas principais causas são: transtornos psicológicos, doenças cardiovasculares, neoplasias malignas de cólon de útero e de mama, entre outras enfermidades¹².

Segundo a OMS¹³, a depressão afetou 322 milhões e a ansiedade 264 milhões de pessoas no mundo, sendo em maior proporção as mulheres. Estudos sugerem que há uma prevalência de transtornos de humor maior nas mulheres que nos homens, sendo essa proporção de dois para um^{4,14}. Durante o ciclo reprodutivo da mulher que se inicia na menarca e termina na menopausa ocorrem várias mudanças fisiológicas dos hormônios gonadais pela modulação do sistema neuroendócrino, sugerindo uma maior vulnerabilidade e sensibilidade a mudanças de humor¹⁵. Existe também outra corrente que aponta que os hormônios sexuais possuem um papel

terapêutico na função cognitiva e do humor. O uso terapêutico do estrogênio foi relacionado à melhora dos sintomas da depressão¹⁶.

Segundo a ONU e pesquisadores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, os transtornos mentais representam um grave problema de Saúde Pública, visto que em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento a depressão vem sendo apontada como a doença que causa mais incapacidade nas mulheres¹⁷, associada ou não a ansiedade pois comprometem a QV, que quando relacionada a saúde, se refere a própria percepção do indivíduo sobre seu bem-estar¹⁸.

As condições psiquiátricas comórbidas apresentam um desafio no acompanhamento dos pacientes, uma vez que cada condição ou mesmo um conjunto de sintomas associados exacerbam a complexidade da apresentação do quadro. As mulheres podem estar em risco especial, merecendo cuidados e condutas adequadas, uma vez que são mais suscetíveis a esses transtornos.

Com base nas informações apresentadas na literatura, as mulheres que fazem uso de contracepção hormonal oral combinada relatam entre seus efeitos colaterais mudanças de humor, incluindo transtornos depressivos e de ansiedade, o que afetam diretamente a qualidade de vida. Porém ainda há lacunas a serem respondidas sobre tais efeitos, visto que os achados são contraditórios e inconsistentes a seu respeito. Se comprovadas quaisquer uma dessas relações, maiores cuidados deverão ser tomados no sentido de prevenir tais complicações, considerando todo o prejuízo físico e psicossocial que está associado a esses transtornos, proporcionando um melhor direcionamento na prescrição dos CHOC, melhorando a QV e assim uma redução de custos para Saúde Pública. Esta pesquisa, portanto, se propôs a identificar sintomas de ansiedade, depressão e seu impacto na qualidade de vida de mulheres usuárias de contraceptivos hormonais orais combinados.

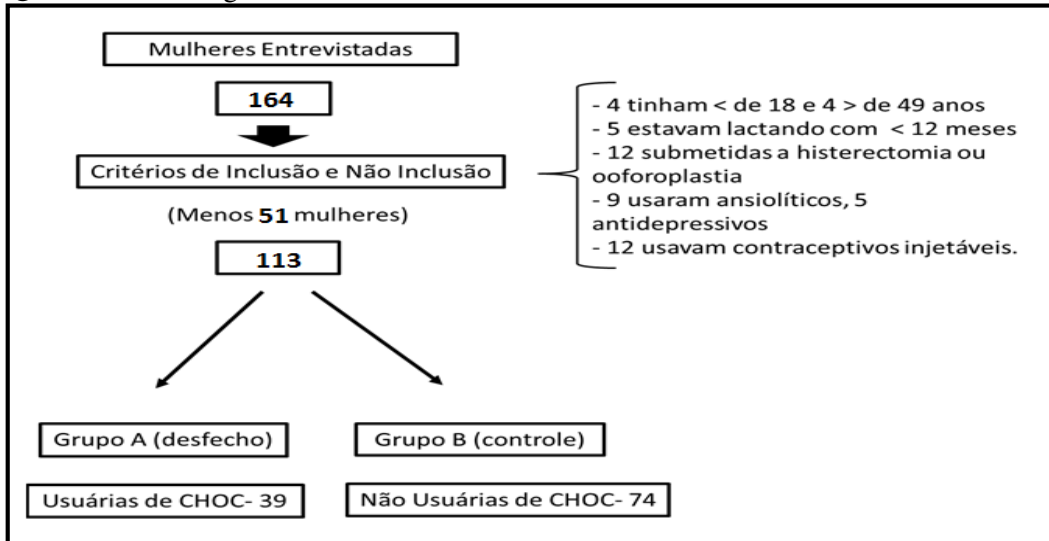
MÉTODOS

A pesquisa foi realizada no período de janeiro de 2016 a junho de 2017, no Ambulatório de Ginecologia do Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI) da Universidade Federal do Maranhão.

O tipo de estudo foi transversal, a amostra do tipo não probabilística por demanda espontânea, de modo sequencial chegando ao quantitativo de 164 mulheres selecionadas que após serem aplicados os critérios de inclusão e não inclusão resultou em um quantitativo de 113 mulheres.

As mulheres foram recrutadas por ginecologistas no ambulatório do HUMI e encaminhadas à equipe de pesquisa, que previamente foi treinada para aplicação dos instrumentos de pesquisa.

Quadro 1 – Fluxograma dos Pacientes.



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

As 113 mulheres foram divididas em dois Grupos. O Grupo A com 39 mulheres, também chamado desfecho (variável independente), eram aquelas usuárias de CHOC, independente da concentração dos fármacos e se de modo contínuo ou sequencial, com intervalos fixos de quatro, seis ou sete dias para resultar em menstruação regular. O Grupo B conhecido como controle com 74 mulheres, que não usavam CHOC, por inadequação hormonal, por já estarem com a prole definida ou por não apresentarem indicação para seu uso, numa proporção de quase 1 para 2 (Quadro 1).

Instrumentos da coleta de dados

Foi utilizado um questionário padrão da pesquisa original (“Avaliação dos níveis de dor crônica, stress e qualidade do sono e de sintomas associados à cefaléia, disfunção temporomandibular e ansiedade em mulheres usuárias de contracepção hormonal”), adaptado para essa pesquisa, onde só foram utilizadas as seguintes variáveis: idade, idade da menarca, usuária (tipo e tempo de uso) ou não de contraceptivos hormonais orais combinados, peso, altura, uso de bebida alcoólica, consumo de tabaco. Para avaliação de ansiedade, depressão e qualidade de vida foram utilizados questionários com perguntas fechadas, padronizados, traduzidos e validados para o português, sendo amplamente aplicado em pesquisas científicas.

Para avaliação da ansiedade, foi utilizado como instrumento de pesquisa o Inventário de Ansiedade Idate traço-estado de Spienberger, composto de duas escalas (Idate Estado, Idate Traço), uma avalia a ansiedade enquanto estado (reação transitória) e a outra a ansiedade enquanto traço (reação mais estável), respectivamente.

Cada escala é composta por 20 afirmações com quatro opções de resposta, sendo que para a escala Idate Estado as opções são “muitíssimo”, “bastante”, “um pouco” e “absolutamente não”, já para a escala Idate Traço as opções são “quase sempre”, “frequentemente”, “às vezes” e “quase nunca”. O grau de ansiedade é traduzido com a somatório dos escores em “baixa”, “média” e “alto índice de ansiedade”.

Em relação à depressão foi utilizado o inventário de Beck (BDI). É formado por 21 grupos de afirmações que se referem aos sintomas da depressão como: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto depreciação, autoacusação, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio de sono, fadiga, perda de apetite e peso, preocupação somática e diminuição da libido. Para cada item há quatro alternativas com diferentes graus de intensidade. Adotou-se nessa pesquisa os seguintes escores para expressão de depressão: ausência (0 a 13), leve (14 a 19), moderada (20 a 28) e grave (≥ 29)¹⁹.

A opção de um instrumento para avaliar a QV deve apresentar conexão, ser concordante com o objeto de investigação e, com esta intenção optou-se nesta pesquisa pela utilização do SF-36, que já foi adaptado, traduzido e validado para a língua portuguesa no Brasil²⁰. O Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey contém 36 questões agrupadas em oito conceitos (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental). Seus escores variam de 0 a 100, quanto maior o escore, melhor a QV.

Tratar-se de instrumento de fácil compreensão e precisão, de pequena duração para sua aplicação, garantindo adesão e exequibilidade em diversas áreas de pesquisa e nas mais distintas condições de saúde, morbidade e doença²¹⁻²⁴.

Análise Estatística

Para análise estatística utilizou-se o programa STATA 14.0 (STATA Corporation, 2003). As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências e porcentagens e as numéricas por média e desvio padrão (média \pm DP) ou mediana e amplitude interquartílica

(P25-P75). Para testar a normalidade das variáveis numéricas foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk. Foi utilizado o Teste de Mann-Whitney para comparação dos grupos da variável depressão e ansiedade (Estado e Traço) e o Teste de T Student Independente para comparação dos grupos das variáveis de qualidade de vida. Foi adotado o nível de significância (p) com α de 5% ou 0,05.

Aspectos Éticos

Todos os procedimentos que envolvem seres humanos foram preservados, conforme preconizado nas “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos” Resolução MS/CNS do Conselho Nacional de Saúde nº466/2012²⁵. As voluntárias foram esclarecidas sobre os objetivos e procedimentos adotados na pesquisa mediante leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE deixando-as cientes da garantia da liberdade de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento. Esta foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra (CEP- HUUFMA) e aprovada com Parecer Consubstanciado N°1.284.446 de forma a permitir a execução da pesquisa.

RESULTADOS

Os resultados apresentados são referentes a amostra homogênea (diferença estatisticamente significativa) de 113 mulheres, divididas em dois grupos em relação ao uso de contraceptivos hormonais orais combinados, Grupo A com 39 (34,51%) e não usuárias, Grupo B com 74 (65,49%).

Na amostra foram encontradas as seguintes médias: idade com 24,03 anos (18 a 44), menarca com 12,23 anos (9 a 16), peso com 58,9 Kg (41 a 90 kg), IMC com 22,66 (16,79 a 36,05) e tempo de uso de CHOC, respectivamente (Tabela 1).

Observou-se que das 113 mulheres participantes da pesquisa, 65,49% não fazem uso de CHOC, e 34,51% são usuária, sobre o tempo de uso dos CHOC, o mínimo foi de 3 meses e o máximo de 132 meses, com a média de tempo de uso de 41,33 (Tabela 1).

Tabela 1 – Idade, menarca, peso, IMC, tempo de uso de CHOC (usuárias e não usuárias de COHC) atendidas no Hospital Universitário Materno Infantil. São Luís (MA), 2017.

Variáveis	Média ± DP	Mín.	Máx.
Idade (anos)	24,02 ± 5,30	18	44
Menarca (anos)	12,23 ± 1,40	9	16
Peso (kg)	58,90 ± 10,20	41	90
IMC (Kg/altura ²)	22,66 ± 3,50	16,79	36,05
Tempo de uso de CHOC (meses)	41,33 ± 35,03	3	132

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

IMC: índice de massa corporal; CHOC: contraceptivo hormonal oral combinado; DP: desvio padrão; Mín.:mínimo; Máx.: máximo

Em relação a hábitos comportamentais prevaleceram o não consumo de álcool e tabaco, respectivamente com 73 (64,60%) e 111 (98,23%) das pacientes.

Quanto aos sintomas de ansiedade e depressão, prevaleceram a presença de ansiedade traço com 91 (80,53%) e a ausência de depressão com 97 (85,84%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Presença de depressão e ansiedade nos Grupos A e B atendidas no Hospital Universitário Materno Infantil. São Luís (MA), 2017.

Variáveis	N (%)
Depressão	
Sim	17 (14,16)
Não	96 (85,84)
Ansiedade/Estado	
Sim	23(20,35)
Não	90 (79,65)
Ansiedade/Traço	
Sim	91(80,53)
Não	22 (19,47)
Total	113 (100%)

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Comparando-se os Grupos A (com uso de CHOC) e B (sem uso de CHOC) em relação ao tipo de ansiedade e nível de depressão, não houve diferença estatisticamente significativa entre os mesmos. Prevaleceram as mulheres assintomáticas em relação a depressão (Grupo A 32/82,05% e Grupo B 61/82,43%) e quanto a presença de ansiedade/traço e ansiedade/estado, em ambos os grupos (Tabela 3).

Tabela 3 - Nível de depressão e ansiedade nos Grupos A e B atendidas no Hospital Universitário Materno Infantil. São Luís (MA), 2017.

Variáveis	Grupo A N (%)	Grupo B N (%)	p valor
Depressão			
Assintomática	34 (82,05)	62 (82,43)	0,5180
Leve	5 (17,94)	5 (8,10)	
Moderada	Ausente	5 (6,65)	
Grave	Ausente	2 (2,70)	
Ansiedade/Estado			
Baixo	10 (25,64)	13 (17,56)	0,3130
Moderado/Grave	29 (74,35)	61 (82,43)	
Ansiedade/Traço			
Baixo	7 (17,94)	15 (17,56)	0,7680
Moderado/Grave	32 (82,05)	59 (82,43)	

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Tabela 4 - Domínios do SF-36 de QV nos Grupos A e B, atendidas no hospital Universitário Materno Infantil. São Luís (MA), 2017.

Variáveis	Média± DP	Mín. / Máx.
Capacidade funcional	88,00 ± 15,95	0 / 100
Aspectos físicos	80,97 ± 29,74	0 / 100
Dor	66,38 ± 21,05	0 / 100
Estado geral de saúde	62,23 ± 19,46	5 / 100
Vitalidade	52,25 ± 20,80	5 / 100
Aspectos sociais	72,36 ± 23,90	12 / 100
Aspectos emocionais	65,19 ± 41,90	0 / 100
Saúde Mental	65,58 ± 18,88	8 / 100

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

De acordo com os oito domínios do questionário SF-36 para avaliação da QV, as maiores médias (0 a 100) foram capacidade funcional (88,00), aspectos físicos (80,97) e aspectos sociais (72,36). Os dados encontrados demonstram que a QV não foi prejudicada pelo uso ou não dos COHC visto que nos oito domínios as médias foram maior que 50% (Tabela 5).

Comparando os domínios de QV entre os grupos A e B, não foi encontrado diferença significativa. Ambos apresentaram um bom padrão, visto que nenhum dos resultados se apresentou abaixo de 50% (Tabela 5).

Tabela 5 – Comparativo dos domínios de QV do SF-36 nos Grupos A e B atendidas no HUMI. São Luís – MA, 2017.

Domínios	Grupo A	Média ± DP	p valor
Capacidade funcional	89,23 ± 12,28	87,36 ± 17,64	0,5570
Aspectos físicos	77,56 ± 35,26	82,77 ± 26,47	0,3788
Dor	65,54 ± 24,07	66,84 ± 19,45	0,7567
Estado geral de saúde	64,90 ± 20,26	60,84 ± 19,02	0,2938
Vitalidade	53,46 ± 19,64	51,62 ± 21,50	0,6570
Aspectos sociais	72,10 ± 26,57	72,50 ± 22,57	0,9335
Aspectos emocionais	66,69 ± 40,49	64,41 ± 42,89	0,7841
Saúde Mental	65,56 ± 17,77	65,59 ± 19,57	0,9935

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

DISCUSSÃO

O principal achado deste estudo demonstra que não houve diferença significativa das variáveis entre os grupos estudados Grupo A (desfecho/usuárias de CHOC) e Grupo B (controle/não-usuárias de CHOC) em relação a presença de sintomas depressivos e de ansiedade.

Estudo realizado no Irã do tipo transversal e com mulheres sem comorbidades, teve como seu principal achado, mulheres com relatos de mudança de humor, sendo este o efeito colateral mais significativo experimentado durante uso de pílulas. Ainda cita que os achados do seu estudo indicaram que a prevalência de mudanças e aumento dos sintomas relacionados ao humor devido ao uso de CHOC entre as mulheres iranianas²⁶. Esses resultados são diferentes daqueles observados em nossa pesquisa.

A pesquisa de Shakerinejad et al.²⁶ não aplicou questionários de avaliação validados para identificar os sintomas de ansiedade e depressão, isso talvez justifique resultados divergentes com a nossa pesquisa.

Historicamente a contracepção hormonal combinada tem sido associada a transtornos de humor²⁷. Avaliações realizadas antes da década de 80 descrevem altas taxas de efeitos psicológicos relacionados ao uso dos mesmos, visto que os sintomas depressivos aumentaram de 20% para 50%, porém essa literatura advém da época em que as doses hormonais dos CHOC eram bem maiores, cerca de até 200% acima do que se utiliza hoje^{28,29} e assim é plausível entender que os efeitos colaterais somáticos afetavam o humor.

A partir daí foram introduzidos contraceptivos com doses hormonais menores com a mesma eficácia e diminuição dos efeitos indesejáveis²⁷. Isso justifica a ausência de associação na nossa pesquisa entre o uso de CHOC e ansiedade e depressão.

O uso de contracepção hormonal é muito comum entre mulheres em idade reprodutiva, principalmente tratando-se dos CHOC de estrogênio sintético (etinil-estradiol) e de progesterona sintética (progestágeno). Mais de 90% das mulheres que usam os contraceptivos hormonais relatam altos níveis de satisfação, em contrapartida desde sua introdução no mercado na década de 60, efeitos colaterais relacionados ao humor têm sido apontados como principal motivo para a interrupção do uso^{30,31}.

Apesar de estarem há mais de 50 anos no mercado, pouco se sabe sobre a prevalência de sintomas de humor verdadeiramente relacionados ao CHOC e os mecanismos biológicos subjacentes responsáveis pelas mudanças no humor³⁰.

Embora haja escassez de estudos, há uma hipótese que o estrogênio e a progesterona desempenham papel importante nas mudanças de humor³¹. Pesquisas a respeito dos efeitos dos CHOC sobre o humor em populações de mulheres saudáveis têm sido feitas, porém com resultados ainda inconsistentes. Alguns estudos demonstram que pode sim haver um risco aumentado de desenvolver sintomas depressivos, porém apenas em grupos de mulheres vulneráveis^{2,3}.

Em nosso trabalho a nossa amostra foi constituída de mulheres sem comorbidades isso corrobora a ausência de sintomas depressivos nas usuárias de CHOC, como afirma Young et al.² e Toffol et al.³ que sugerem um risco maior naquelas vulneráveis a esses sintomas.

Os resultados encontrados por Lundí et al.³² demonstram alteração de humor nas fases menstruais, ou seja, no intervalo entre os ciclos induzidos por CHOC, a diferença da sua pesquisa em relação a este estudo, é que eles utilizaram CHOC com 15mcg de etinil estradiol, combinação que é muito pouco utilizada pelas usuárias do SUS, já que os CHOC oferecidos pela farmácia básica é de 30mcg de etinil estradiol associada com gestodeno (Ciclo 21®), levonorgestrel (Nordette®) ou desogestrel (Microvlar®), as concentrações menores (15mcg ou 20mcg) não fazem parte da dispensação da oferta farmacêutica oferecida pelo SUS³³. Isso pode justificar a presença de alteração do humor em seus achados e a ausência nos nossos.

Robison et al.³⁴ analisou mais de sete estudos que caracterizam alterações emocionais, depressão, ansiedade, efeitos menstruais negativos, raiva e suicídio com anticoncepcionais hormonais. As usuárias, em contraste com as não usuárias, apresentaram taxas mais altas de depressão, ansiedade, fadiga, sintomas neuróticos, distúrbios sexuais, compulsão, raiva e efeitos menstruais negativos. Porém o estudo não conseguiu elucidar se a associação dessas

doenças é diretamente decorrente do efeito de tomar hormônios exógenos versus o impacto psicológico do próprio comportamento contraceptivo. No estudo não foi encontrada associação entre os níveis hormonais e o funcionamento emocional em mulheres. As mulheres que receberam um placebo de CHOC experimentaram um perfil semelhante de efeitos colaterais de usuários de CHOC. Ainda cita que diferentes concentrações hormonais e combinações não fizeram diferença significativa no perfil de efeito colateral, assim como neste estudo.

Estudo de coorte de 13 anos realizado na Dinamarca (entre 2000 e 2013), concluiu que a depressão é mais provável em mulheres que usam contracepção hormonal, pelo fato de apresentarem 23% de chance de usarem antidepressivos quando comparadas as não usuárias⁴. Entretanto nessa amostra foram incluídas mulheres que usavam contraceptivos a base somente de progesterona, hormônio este, que prevalece na segunda fase do ciclo menstrual onde se encontram maiores sintomas de labilidade de humor, variando de agressividade a depressão, inclusive da disforia pré-menstrual indicando para esse grupo os CHOC como terapêutica^{3,6-8, 35-37}. Portanto, esses contraceptivos a base de progesterona são, per si, um viés que deve ser anulado ou comparado com outro grupo com CHOC para avaliação de mudanças de humor.

A qualidade de vida não foi prejudicada entre os grupos estudados nesta pesquisa, visto que em todos os oito domínios avaliados os escores encontrados foram maiores que 50, ou seja, acima da média.

Willians et al.³⁸ levantou a hipótese de que a relação entre qualidade vida e uso de contraceptivos ainda não está clara. Em seus achados as mulheres usuárias de qualquer forma de contraceptivos apresentaram maior probabilidade de ter a média de QVLS melhor do que aquelas que não usam nenhum método de contracepção. A pesquisa foi transversal e sua amostra foi composta por mulheres em idade reprodutiva semelhante a este estudo, porém seu instrumento de avaliação foi diferente e além de ter considerado o uso de qualquer tipo de contraceptivo.

Caruso et al.³⁹ em sua pesquisa avaliaram QV em usuárias de COC, em sua amostra foram incluídas mulheres com e sem comorbidades, apesar de sua amostra ser diferente desta pesquisa, o instrumento para avaliação foi o mesmo, SF-36 para QV. As mulheres foram avaliadas antes e durante o uso de COC pelo SF-36 sendo encontrado uma melhora na QV dessas mulheres.

Schafir et al.²⁷ consideram difícil estabelecer características que aumentem a probabilidade das usuárias de contraceptivos orais apresentarem efeitos no humor, devido as inconsistências metodológicas e falta de uniformidade nas avaliações de humor e depressão.

Citam ainda que embora a maioria das usuárias de CHOC não apresentem efeitos negativos de humor, existe uma pequena porcentagem que apresenta. Grandes estudos observacionais demonstram que não há diferença entre usuárias e não usuárias de CHOC no que se refere a alterações de humor, isso devido à pequena proporção de mulheres que experimentam mudanças de humor em relação as que apresentam humor positivo.

Sugerimos que estudos longitudinais, com avaliações psiquiátricas padronizadas, dosagens hormonais seriadas, e controlados com placebo deverão ser realizados a fim de esclarecer definitivamente a relevância dessa associação.

REFERÊNCIAS

- 1 Zethraeus N, Dreber A, Ranehill E, Blomberg L, Labrie F, von Schoultz B, Johannesson M, Hirschberg AL. A first-choice combined oral contraceptive influences general well-being in healthy women: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Fertil Steril*. 2017;107(5):1238-1245.
- 2 Young EA, Harvey AT, Wisniewski SR, Barkin JL, Thase ME, Trivedi MH, Nierenberg AA, Rush AJ. Influences of Hormone-Based Contraception Symptoms in Perimenopausal Women with Major Depression. *Psychoneuroendocrinology* 2007;32(7): 843-53.
- 3 Toffol E, Heikinheimo O, Koponen P, Luoto R, Partonen T. Hormonal contraception and mental health: results of a population-based study. *Hum. Reprod.* 2011;26(11):3085-3093.
- 4 SKOVLUND, C. W. et al. Association of Hormonal Contraception With Depression. *JAMA Psychiatry*, n.73, v. 11, p. 1154-1162, nov. 2016.
- 5 United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division (2017). *World Contraceptive Use 2017*. 2017. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/population/>.
- 6 Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. Contraception and health. *The Lancet* 2012;380(9837):149–156.
- 7 Macgregor EA. Contraception and headache. *Headache*. 2013;53(2):247-276.
- 8 Maguire K, Westhoff C. The state of hormonal contraception today: established and emerging noncontraceptive health benefits. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2011;205(4):4-8. Disponível em: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(11\)00791-5/fulltext](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(11)00791-5/fulltext).
- 9 Brito M, Nobre F, Vieira, C. Contraceção hormonal e sistema cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2011;96(4):81-e89. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2011000400021.
- 10 Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2002.
- 11 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Censo 2017, Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>.
- 12 Brugge FA, Mazur CE, Cavagnari, MAV. Associação entre diagnóstico de síndrome de ovários policísticos, estado nutricional e consumo alimentar em mulheres em idade fértil. *RBONE* 2017;11(62):117-124.
- 13 Organização Mundial da Saúde (OMS). Programa de Saúde e Assistência Social (Plan-Assiste). Brasília. Disponível em: <http://www.planassiste.mpu.mp.br/news/segundo-oms->

- 121-milhoes-de-pessoas-sofrem-de-depressao-em-todo-o-mundo.
- 14 Steiner M, Dunn E, Born L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *J Affect Disord* 2003;74(1):67-83. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12646300>.
 - 15 Veras AB, Nardi AE. Female sexual hormones and mood disorders. *J Bras. Psiquiatr* 2005;54(1):57-68.
 - 16 Soares CN, Prouty J, Poitras J. Ocorrência e tratamento de quadros depressivos por hormônios sexuais. *Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo* 2002;24(Supl. 1):48-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000500010.
 - 17 Andrade LHS, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher *Epidemiology of women's psychiatric disorders. Archives of Clinical Psychiatry* 2006;33(2):43-54.
 - 18 Capela C, Marques AP, Assumpção A, Sauer JF, Cavalcante AB, Chalot SD. Associação da qualidade de vida com dor, ansiedade e depressão. *Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo* 2009;16(3):263-268. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502009000300013&lng=pt&tlng=pt.
 - 19 Gorenstein C, Pompéia S, Andrade, L. Scores of Brazilian University Students on the Beck Depression and the State-Trait Anxiety Inventories. *Psychological Reports* 1995;77(2): p.635-641. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8736107>.
 - 20 Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)". Dissertação (Mestrado). São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo; 1997.
 - 21 Almeida MAB, Gutierrez GL, Marques R. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades- EACH/USP; 2012. 142 p.
 - 22 Pimentel FL, Alvarez P, Roman P, Melon. J. Qualidade de vida em pacientes pós-operatórios de cirurgia cardíaca. *Rev. SBPH, Rio de Janeiro* 2013;16(2):2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000200009.
 - 23 Siabra MMR, Vasconcelos TB. Quality of life and mood state of chronic pain patients. *Rev Dor., São Paulo* 2017;18(1):43-46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132017000100043&script=sci_abstract.
 - 24 Lisboa LL, Utian W, Fonseca Filho GG, Azevedo GD. Tradução, adaptação e validação da versão brasileira do questionário Utian Quality of Life para avaliação da qualidade de vida no climatério. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2015;37(11):520-525. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n11/0100-7203-rbgo-37-11-00520.pdf>.
 - 25 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013.* Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
 - 26 Shakerinejad G, Hidarnia A, Motlagh ME, Karami K, Niknami S, Montazeri A. *Reproductive health* 2013, p. 10:45. Disponível em: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/10/1/45>.
 - 27 Schaffir J, Worly B, Gur T. Combined hormonal contraception and its effects on mood: a critical review. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2016;21(5):347-355. Disponível em: <http://europemc.org/abstract/med/27636867>.
 - 28 Pereira SM, Taquette SR. Consulta Ginecológica na Adolescência: a importância de estabelecer uma rotina precoce de prevenção. *Adolescência & Saúde* 2008;7(2). Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=186.

- 29 Dragoman MV. The combined oral contraceptive pill -- recent developments, risks and benefits. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28(6):825-834. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25028259>.
- 30 Poromaa ISM, Segebladh B. Adverse mood symptoms with oral contraceptives. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2012;91:420–427. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0412.2011.01333.x/epdf>.
- 31 Keyes KM, Cheslack-Postava K, Westhoff C, Heim CM, Haloossim M, Walsh K, Koenen K. Association of hormonal contraceptive use with reduced levels of depressive symptoms: a national study of sexually active women in the United States. *American Journal of Epidemiology* 2013;178(9):1378-1388. Disponível em: <https://academic.oup.com/aje/article/178/9/1378/90917/Association-of-Hormonal-Contraceptive-Use-With>.
- 32 Lundin C, Danielsson K, Bixo M, Moby L, Bengtsdotter H, Jawad I, et al. Combined oral contraceptive use is associated with both improvement and worsening of mood in the different phases of the treatment cycle—A double-blind, placebo-controlled randomized trial. *Psychoneuroendocrinology* 2017;76:135-143. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27923181>.
- 33 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2014*. 9. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 230 p.
- 34 Robinson S, Dowell M, Pedulla D, McCauley L. Do the emotional side-effects of hormonal contraceptives come from pharmacologic or psychological mechanisms?. *Medical Hypotheses* 2004;63(2):268-273. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15236788>.
- 35 Welling LLM. Psychobehavioral effects of hormonal contraceptive use. *Epjournal* 2013;11(3):718-742. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/147470491301100315>.
- 36 Fitzpatrick L, Mauer E, Chen CL. Oral contraceptives for acne treatment: us dermatologists' knowledge, comfort, and prescribing practices. *Cutis* 2017;99(3):195-201, mar. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28398414>.
- 37 Moraes TL. Effects of a contraceptive containing drospirenone and ethinylestradiol on blood pressure, metabolic profile and neurohumoral axis in hypertensive women at reproductive age. *Eur J Obst Gynecol and Reprod Biol.* 2014;182:113–117. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25268778>.
- 38 Williams SL, Parisi SM, Hess R, Schwarz EB. Associations between recent contraceptive use and quality of life among women. *Contraception* 2012;85(23). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22067760>.
- 39 Caruso S, Malandrino C, Cicero C, Ciancio F, Cariola M, Cianci A. Quality of Sexual Life of Women on Oral Contraceptive Continued-Regimen: Pilot Study. *The Journal of Sexual Medicine* 2013;10(2):460-466. Disponível em: [http://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(15\)30253-8/pdf](http://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(15)30253-8/pdf).