

**FOLHA DE ROSTO PARA ENTREGA DA VERSÃO FINAL DA TESE DE
DOUTORADO**

1. Nome do Aluno:

FERNANDA RASSI ALVARENGA

b) Nome do PPG:

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA NÍVEL DOUTORADO

c) Título da Tese:

**“MÉTODOS CONTRACEPTIVOS E INTENÇÕES REPRODUTIVAS EM
UNIVERSITÁRIAS DA ÁREA DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE – GO.”**

d) Data da Defesa:

29/03/2022

e) E-mail de Contato do Aluno:

drafernandarassi@yahoo.com.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS

UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

NÍVEL DOUTORADO

FERNANDA RASSI ALVARENGA

**MÉTODOS CONTRACEPTIVOS E INTENÇÕES REPRODUTIVAS EM
UNIVERSITÁRIAS DA ÁREA DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE,
GOIÁS.**

São Leopoldo

2022

FERNANDA RASSI ALVARENGA

**MÉTODOS CONTRACEPTIVOS E INTENÇÕES REPRODUTIVAS EM
UNIVERSITÁRIAS DA ÁREA DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE,
GOIÁS.**

Tese de Doutorado apresentada como requisito parcial ao título de Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS.

Orientador: Prof. Dr. Juvenal Soares Dias-da-Costa

São Leopoldo

2022

A473m Alvarenga, Fernanda Rassi.

Métodos contraceptivos e intenções reprodutivas em universitárias da área da saúde da Universidade de Rio Verde, Goiás / Fernanda Rassi Alvarenga. – 2022.

190 f.: il ; 30 cm.

Tese (doutorado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2022.

"Orientador: Prof. Dr. Juvenal Soares Dias-da-Costa".

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Bibliotecário: Flávio Nunes – CRB 10/1298)

DEDICATÓRIA

A todos que acreditam que só a educação é o caminho. Essa tese de doutorado é a prova de que nenhum sonho é inalcançável e de que só a educação cria pontes indestrutíveis.

Aos meus pais, José Alberto e Sonia, que sempre me incentivaram a me dedicar ao estudo. Vocês sempre foram minha base na vida, no estudo e no mundo. Vocês são exemplos de que eu poderia chegar aonde quisesse com esforço e dedicação.

À minha filha, Julia, que acompanha minha trajetória como médica e professora, e também como aluna do Doutorado, aceitando com amor e perdão minha ausência e vibrando com olhar observador e coração aberto, todas as minhas conquistas.

Esse doutorado é prova do amor e apoio incondicional de vocês.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e por ter me guiado e amparado até aqui.

A minha família por ser exemplo de trabalho, esforço e dedicação, e por dar amor, suporte e encorajamento em todas as minhas lutas.

Minha gratidão especial ao Prof. Dr. Juvenal Soares Dias da Costa, meu orientador, pela pessoa, profissional e pesquisador extraordinário que é. Obrigada por sua dedicação, por sempre ter acreditado e depositado sua confiança em mim ao longos desses anos de trabalho e estudo. Sua orientação, apoio, confiança, gentileza tornaram possível todo o caminho percorrido e esta conquista final.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS que se esforçaram por nos ensinar e dar sentido ao conteúdo da grade curricular.

Aos colegas do Mestrado e Doutorado que conviveram comigo nos último anos, especialmente à Profa Heloisa Guerra, por ter sido colega de doutorado e amiga incansável de momentos de estudo compartilhados.

A Universidade de Rio Verde, em nome do Prof. Sebastião Lázaro Pereira, por ter nos proporcionado e concretizado a oportunidade de Doutorado interinstitucional.

Ao doutorando da UNISINOS Douglas Nunes Stahnke pela ajuda nas análises estatísticas dos artigos científicos.

A todos os acadêmicos e funcionários das Universidades de Rio Verde e do Vale do Rio dos Sinos por terem contribuído direta ou indiretamente para obtenção dos dados da pesquisa.

A todos os universitários que prontamente aceitaram participar desta pesquisa.

*“Aprender é a única coisa que a mente nunca se cansa,
nunca tem medo e nunca se arrepende” - Leonardo da Vinci*

RESUMO

Objetivos: investigar o uso de contracepção, verificar os fatores associados ao uso dos métodos contraceptivos hormonais e analisar as intenções reprodutivas de mulheres universitárias do centro-oeste do Brasil. Metodologia: estudo transversal de base escolar com universitárias da área da saúde, de 18 anos ou mais, com atividade sexual, e regularmente matriculadas na instituição. O instrumento da pesquisa foi a aplicação de um questionário padronizado, pré-codificado, auto administrado, sendo que o trabalho de campo foi desenvolvido entre outubro e dezembro de 2018. Os dados foram digitados no programa Epi Data 3.1 e analisados no programa estatístico STATA 12.0. Os resultados foram descritos por meio das frequências absolutas e relativas e utilizou-se regressão de Poisson com variância robusta segundo um modelo conceitual de análise para verificar associações com uso de método contraceptivo hormonal, e regressão logística multinomial para investigar associação das variáveis independentes às intenções reprodutivas. Ingressaram no modelo de ajuste as que atingiram valor de p de até 0,20, permanecendo no modelo quando atingiram o nível de significância de 0,05. Resultados: A prevalência do uso da contracepção em geral foi de 85,9% (IC95% 83,3 a 87,2), e os métodos contraceptivos mais utilizados foram a pílula contraceptiva (66,5%) e o preservativo masculino (43,9%). Universitárias de 23 a 24 anos, morando com amigos, de classe econômica A e sem religião, apresentaram maior probabilidade de uso de método contraceptivo hormonal. A maioria das mulheres relatou intenção de um ou dois filhos (65,1%), e a minoria manifestou desejo de não ter filhos (9,6%). Entre as mulheres que responderam desejo de um ou dois filhos, a maioria apresentava idade igual ou superior a 25 anos, cor branca, classe econômica baixa, situação conjugal com companheiro, religião católica e não cursavam medicina ou odontologia. Mulheres do curso de medicina, protestantes/evangélicas e usuárias de método contraceptivo relataram maior desejo de ter três ou mais filhos quando comparadas com as mulheres que cursavam odontologia ou outros curso da saúde, com as católicas, e com as não usuárias de método contraceptivo. Conclusões: no meio universitário ainda se mantém práticas contraceptivas limitadas a pouca diversidade dos métodos, bem como muitos paradoxos em relação às intenções reprodutivas, portanto, estudos atuais, prospectivos e com amostras representativas são necessários para monitorar tendências e auxiliar no planejamento de ações voltadas para a orientação sexual e reprodutiva.

PALAVRAS-CHAVE: métodos contraceptivos; contraceptivos hormonais; intenções reprodutivas; estudantes; universitários.

ABSTRACT

Objectives: to investigate the use of contraception, to verify the factors associated with the use of hormonal contraceptive methods and to analyze the reproductive intentions of university women in the center-west of Brazil. Methodology: cross-sectional school-based study with female health university students aged 18 years or older, with sexual activity, and regularly enrolled in the institution. The research instrument was the application of a standardized, pre-coded, self-administered questionnaire, and the fieldwork was carried out between October and December 2018. Data were entered in the Epi Data 3.1 program and analyzed in the STATA 12.0 statistical program. . The results were described using absolute and relative frequencies and Poisson regression with robust variance was used according to a conceptual model of analysis to verify associations with the use of hormonal contraceptives, and multinomial logistic regression to investigate the association of independent variables with reproductive intentions . Those who reached a p value of up to 0.20 entered the adjustment model, remaining in the model when they reached a significance level of 0.05. Results: The prevalence of the use of contraception in general was 85.9% (95%CI 83.3 to 87.2), and the most used contraceptive methods were the contraceptive pill (66.5%) and the male condom (43.9%). University students aged 23 to 24 years, living with friends, of economic class A and without religion, were more likely to use hormonal contraceptives. Most women reported the intention of having one or two children (65.1%), and the minority expressed a desire not to have children (9.6%). Among the women who responded that they wished to have one or two children, most were 25 years of age or older, white, low economic class, marital status with a partner, Catholic religion and not studying medicine or dentistry. Women in the medical school, Protestants/Evangelicals and contraceptive users reported a greater desire to have three or more children when compared with women who were studying dentistry or other health courses, with Catholics, and with non-users of contraceptive methods. Conclusions: in the university environment, contraceptive practices are still limited to a low diversity of methods, as well as many paradoxes in relation to reproductive intentions, therefore, current, prospective studies with representative samples are necessary to monitor trends and assist in the planning of actions. focused on sexual and reproductive orientation.

KEYWORDS: contraceptive methods; hormonal contraceptives; reproductive intentions; students;

SUMÁRIO DA TESE

APRESENTAÇÃO	10
PROJETO DE PESQUISA	11
RELATÓRIO DE CAMPO	106
ARTIGOS	125

APRESENTAÇÃO

A presente tese de Doutorado é apresentada conforme regimento interno do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), e foi dividida em três etapas:

1. Projeto de pesquisa: *“Métodos contraceptivos e intenções reprodutivas em universitárias da área da saúde da Universidade de Rio Verde, Goiás.”*
2. Relatório de campo: Descrição e caracterização das etapas da pesquisa através dos registros no diário de campo.
3. Artigos científicos originais:

Artigo 1: *"Prevalence of and Factors Associated With Hormonal Contraceptive Use Among Undergraduate Students Studying Health-Related Fields"*, publicado no periódico **Journal of Gynecology and Women's Health**, em 10/11/2021.

Artigo 2: **"Intenções reprodutivas em mulheres universitárias do centro-oeste brasileiro"**

1. PROJETO DE PESQUISA

LISTA DE TABELAS

TAB 1 – Categorias de elegibilidade médica para uso dos métodos contraceptivos – OMS	24
TAB 2 – Prevalência do uso de contraceptivos por universitárias	38
TAB 3 – Prevalência do uso de contraceptivos por universitárias no Brasil	41
TAB 4 – Prevalência de intenções reprodutivas em universitárias	46

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Distribuição e classificação das variáveis independentes e respectiva categorização 57

QUADRO 2 – Modelo de hierarquização das variáveis 59

LISTA DE SIGLAS

UNIRV - UNIVERSIDADE DE RIO VERDE

UNISINOS - UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

PAISM - PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

PNAUM - PROGRAMA NACIONAL DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS

IST - INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

CHO - CONTRACEPTIVOS HORMONAIIS ORAIS

CI - CONTRACEPTIVOS INJETÁVEIS

CE - CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

DIU - DISPOSITIVO INTRAUTERINO

SIU - SISTEMA INTRAUTERINO

DMPA - MEDROXIPROGESTERONA DE DEPÓSITO

MAL - MÉTODO DA AMENORRÉIA LACTACIONAL

ARLD - ANTICONCEPTIVOS REVERSÍVEIS DE LONGA DURAÇÃO

ESF - ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

DeCS - DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MeSH - MEDICAL SUBJECT HEADING

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECID

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
1.1 Tema	20
1.2 Delimitação do Tema	20
2. REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 Revisão Geral sobre Métodos Contraceptivos	20
2.1.1 Métodos Tradicionais	20
2.1.2 Métodos Modernos	21
2.1.3 Indicação do Uso dos Métodos Contraceptivos	23
2.2 Consequências do Não Uso de Contraceptivos	25
2.2.1 Infecções Sexualmente Transmissíveis	25
2.2.2 Gravidez Indesejada	26
2.3 Planejamento Familiar no Brasil	27
2.4 Epidemiologia do Uso de Métodos Contraceptivos	28
2.4.1 Prevalência no Mundo	28
2.4.2 Prevalência no Brasil	29
2.5 Uso de Contraceptivos em Universitárias	31
2.5.1 Prevalência no Mundo	32
2.5.2 Prevalência no Brasil	39
2.6 Intenções Reprodutivas	42

2.6.1	Intenções Reprodutivas em Universitárias	44
2.6.2	Prevalência de Intenções Reprodutivas em Universitárias	45
3.	JUSTIFICATIVA	47
4.	OBJETIVOS	49
4.1.	Objetivo Geral	49
4.2.	Objetivos Específicos	49
5.	HIPÓTESES	49
6.	METODOLOGIA	49
6.1	Identificação do Projeto	50
6.2	Delineamento	50
6.3	Localização Geográfica	51
6.4	População de Estudo e Plano Amostral	51
6.5	Tamanho de Amostra	53
6.6	Seleção e Treinamento da Equipe de Pesquisa	53
6.7	Estudo Piloto	53
6.8	Logística	54
6.9	Coleta de Dados	54
6.10	Instrumento para Coleta de Dados	55
6.11	Definição das Variáveis	56

6.12 Entrada e Análise de Dados	59
6.13 Divulgação dos Resultados	60
6.14 Aspectos Éticos	60
7. CRONOGRAMA	62
8. ORÇAMENTO	63
9. REFERÊNCIAS	64
ANEXOS	77
APÊNDICES	87

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o mundo e a maioria dos países passaram por mudanças demográficas drásticas, constatadas em alterações dos indicadores de estrutura familiar, migração, mortalidade, envelhecimento da população e fertilidade (BONGAARTS, 2015).

Ao se analisar a evolução das taxas totais de fertilidade no mundo observa-se que houve importante redução, especialmente para mulheres com idade superior a 19 anos (BERQUÓ; GARCIA; LIMA, 2012; BONGAARTS, 2015). Em contrapartida, verifica-se nos últimos anos aumento da prevalência de atividade sexual entre adolescentes e adultos jovens e diminuição na idade de início da atividade sexual nessa população (FERREIRA; TORGAL, 2011; BOISLARD; VAN DE BONGARDT; BLAIS, 2016).

Em todo o mundo metade das mulheres é sexualmente ativa antes dos vinte anos (WHO, 2015). A idade média para o início da vida sexual, no mundo e no Brasil, é de 17 anos (MALTA et al., 2011). Documento publicado pelo Ministério da Saúde em 2009 revelou que de 1996 a 2006 houve considerável aumento do número de mulheres sexualmente ativas com idade entre 15 e 19 anos, o que as expõe, mais precocemente e por mais tempo, a eventos reprodutivos tais como gestações e abortamentos, e doenças sexualmente transmissíveis (PNDS 2006: MS; 2009).

Concomitantemente, e felizmente, nas últimas décadas houve aumento importante no uso de métodos contraceptivos no mundo todo, incluindo o Brasil. Aproximadamente 60,0% das mulheres em idade reprodutiva utilizam algum método contraceptivo (ALKEMA et al., 2013). Essa prevalência atinge cerca de 70,0% no Brasil (BERQUÓ; GARCIA; LIMA, 2012).

Entende-se que tem havido uma ampliação de espaços para os jovens de ambos os sexos abordarem temas como sexualidade, gravidez e métodos anticoncepcionais, no sentido de favorecer o desenvolvimento de sua própria autonomia, da percepção sobre os riscos a que estão suscetíveis, e de uma consciência de autocuidado. Porém, esta ainda não é a realidade para todas as mulheres. O conhecimento dos métodos contraceptivos está ligado a fatores como idade, estado civil, escolaridade, nível socioeconômico e religião (PANIZ et al., 2005). A diversidade dos métodos contraceptivos contrasta com dificuldades ao acesso e limitada informação sobre a variedade dos métodos existentes (SCHOR et al., 2000). Resultados de estudos recentes no Brasil indicam que ainda persistem diferenças quanto à contracepção, relacionadas às fragilidades das ações em saúde reprodutiva (GONÇALVES et al., 2019).

Assim, existem vários fatores que, em geral, afetam o acesso à anticoncepção da população, como serviços de saúde inadequados, pouca diversidade de métodos, medo dos efeitos da anticoncepção na saúde, desigualdades de gênero que afetam as decisões (PANIZ et al., 2005). Para as adolescentes e jovens a situação se agrava, já que, além desses, existem outros fatores, como a ausência de relação afetiva estável, que as levam a não usar a anticoncepção ou mesmo a fazerem um uso inadequado dela (BRITO et al., 2018; HOOPES et al., 2017).

Na população adulta jovem do país a alta escolarização tem impacto diferenciado no processo saúde-doença, incluindo a saúde sexual e reprodutiva. Os jovens brasileiros que alcançam o ensino superior, em geral, têm tendência a postergar uniões conjugais e as gestações para um futuro mais distante, quando já tiverem alcançado algum sucesso profissional e financeiro. Durante a Universidade as práticas contraceptivas estão relacionadas a este desejo e também à maior facilidade de acesso aos métodos mais modernos (PIROTTA & SCHOR, 2004).

Jovens universitários no Brasil têm maior poder de consumo que seus pares de menor escolaridade. Eles buscam informações e adquirem anticonceptivos não em serviços públicos, mas em clínicas e médicos particulares, ou diretamente nas farmácias. Sendo assim, apresentam melhores condições de vivenciar a sexualidade, de forma mais segura, com menores riscos à saúde (PIROTTA & SCHOR, 2004; SILVA et al., 2010).

Entretanto, estudos com este segmento populacional mostram que ainda há uso inconsistente dos métodos anticonceptivos com abandono e trocas nem sempre adequadas que os expõem ao risco de gravidez não planejada, abortamentos provocados e infecções sexualmente transmissíveis (GAZIBARA et al., 2013). As taxas de gravidez são menores neste grupo, mesmo nos adolescentes, do que em jovens e adolescentes de menor escolaridade. Já as taxas de infecções sexualmente transmissíveis apresentam ocorrência cada vez maior nos jovens; e a OMS relata que jovens de 15 a 24 anos são responsáveis pela metade dos casos novos de infecções sexualmente transmissíveis no mundo (SORENSEN et al., 2016).

A prática anticoncepcional na juventude parece mostrar, pois, uma dinâmica própria, em que o comportamento contraceptivo depende do relacionamento afetivo atual, da troca de parceiro, das intenções reprodutivas, e ainda das questões socioculturais e religiosas, além de outros aspectos, como poder aquisitivo e acesso aos diferentes métodos. (DONADIKI et al., 2013; STENHAMMAR et al., 2015; KRANDSDORF et al., 2016; AHMED et al., 2017).

Neste estudo, pretende-se determinar a prevalência do uso dos métodos contraceptivos e analisar as intenções reprodutivas de mulheres universitárias, matriculadas em cursos da área de saúde, de uma Universidade do interior do Estado de Goiás.

1.1. TEMA

Métodos contraceptivos e intenções reprodutivas.

1.2. DELIMITAÇÃO DO TEMA

Métodos contraceptivos e intenções reprodutivas em mulheres universitárias de cursos de saúde de uma Universidade do interior do Estado de Goiás.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 REVISÃO GERAL SOBRE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

A prática de contracepção é tão antiga quanto a existência humana. A contracepção pode ser definida como a prevenção intencional da concepção por meio da utilização de vários dispositivos, práticas sexuais, produtos químicos, drogas ou procedimentos cirúrgicos. O uso desses métodos pode evitar a gravidez indesejada e, no caso dos preservativos, as infecções sexualmente transmissíveis - IST (RAKHI; SUMATHI, 2011).

Os métodos contraceptivos podem ser amplamente divididos em métodos tradicionais e modernos (RAKHI; SUMATHI, 2011). Os métodos tradicionais mais conhecidos incluem o coito interrompido, método da amenorréia e método do ritmo. Já os métodos modernos são representados pelo preservativo masculino ou feminino, contraceptivos hormonais orais (CHO), injetáveis, pílula anticoncepcionais de emergência, dispositivos intrauterinos (DIU), vasectomia e laqueadura.

2.1.1 *Métodos tradicionais*

Os métodos tradicionais incluem o coito interrompido, método da amenorréia lactacional (MAL) e método do ritmo.

O coito interrompido envolve a retirada do pênis da vagina antes da ejaculação, evitando entrada do sêmen no corpo da mulher. Corresponde a um método não confiável e com alta taxa de falha (RAKHI; SUMATHI, 2011).

O MAL é um método contraceptivo em que as mulheres que amamentam secretam hormônios que impedem a contracepção por cerca de cinco meses (RAKHI; SUMATHI, 2011).

Por fim, o método do ritmo requer a previsão da ovulação, período de maior fertilidade da mulher, registro do padrão menstrual, temperatura corporal ou alterações no mundo cervical. A relação sexual é evitada em dias férteis. O método apresenta alta taxa de falha (RAKHI; SUMATHI, 2011).

2.1.2 Métodos modernos

Os contraceptivos hormonais orais - CHO - correspondem aos métodos contraceptivos mais amplamente utilizados em todo o mundo, especialmente em países desenvolvidos. Consistem em formas sintéticas de progesterona isolada ou progesterona e estrógeno em combinação. Quando utilizadas de forma correta apresentam 99% de eficácia. Em geral, os CHO são apresentados com 21 comprimidos ativos em formulações monofásicas, bifásicas ou trifásicas, seguidos de sete comprimidos inertes para administração diária. As pílulas monofásicas apresentam quantidades fixas de estrogênio ou progesterona em todos os 21 comprimidos; as bifásicas e trifásicas têm dois ou três comprimidos diferentes, respectivamente, que apresentam quantidades variáveis de hormônios, que se aproximam mais dos níveis experimentados durante o ciclo menstrual das mulheres. Os CHO de progesterona isolada são tomados diariamente sem interrupção e são considerados compatíveis com a amamentação no período pós-parto (COLQUITT; MARTIN, 2017; RAKHI; SUMATHI, 2011). Em geral, os princípios norteadores para se considerar na prescrição da pílula são: ter a dose mais baixa de estrogênio e progesterona para proporcionar um bom controle do ciclo e contracepção eficaz; ser bem tolerado; ter o melhor perfil de segurança; ser acessível e oferecer benefícios adicionais não contraceptivos, se desejável (STEWART; BLACK, 2015).

Os contraceptivos injetáveis - CI - são formas altamente eficazes de controle da natalidade e amplamente utilizados em todo o mundo (SCHIVONE; DORFLINGER; HALPERN, 2016). Esses métodos podem ser combinados ou apresentarem progesterona isolada e oferecem contracepção reversível, segura e eficaz (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015), apresentando uma efetividade de 94% (COLQUITT; MARTIN, 2017). Os combinados contêm medroxiprogesterona e cipionato de estradiol e requerem administração intramuscular uma vez ao mês, sendo mais prevalente na América Latina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Já os injetáveis contendo apenas progesterona são mais

amplamente utilizados na África (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Atualmente, existem duas formulações de CI com progesterona recomendadas pela OMS: medroxiprogesterona de depósito (*depot medroxyprogesterone - DMPA*), este é o mais amplamente disponível no mundo e administrado via intramuscular ou subcutânea a cada três meses; e o enantato de noretisterona (*orethisterone enantate - NET-EN*), administrado via intramuscular a cada dois meses (KAUNITZ et al., 2009; KIM; FØNHUS; GANATRA, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Estima-se que mais de 40 milhões de mulheres fazem uso de CI no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

A contracepção de emergência - CE - corresponde a um método hormonal que deve ser tomado em até 72 horas após relações sexuais desprotegidas (COLQUITT; MARTIN, 2017; DAVIS; PRADITPAN, 2016; RAKHI; SUMATHI, 2011). Possuem duas formulações: 0,75 mg de levonorgestrel a cada dois comprimidos, administrados com intervalo de 12 horas em até 72 horas; e um comprimido de 1,5 mg de levonorgestrel administrado uma única vez em até 72 horas (COLQUITT; MARTIN, 2017). Esses métodos podem impedir a ovulação, fertilização ou implantação do óvulo fertilizado dependendo do tempo de administração (COLQUITT; MARTIN, 2017; DAVIS; PRADITPAN, 2016; RAKHI; SUMATHI, 2011). São indicados para prevenção da gravidez após rompimento dos preservativos ou do seu não uso. Apresentam baixa toxicidade, sem potencial para superdosagem, teratogenicidade, sem interações medicamentosas importantes e dosagem uniforme, atendendo aos critérios de uso sem receita (COLQUITT; MARTIN, 2017; RAKHI; SUMATHI, 2011). O uso de contracepção de emergência reduz o risco de gravidez de 60,0 a 94,0% (LANGSTON, 2010).

Outra classe de métodos contraceptivos amplamente utilizados no mundo são os preservativos, que também possibilitam uma dupla proteção: contra gravidez indesejada e IST, como o HIV (RAKHI; SUMATHI, 2011).

O preservativo masculino é um método contraceptivo composto de látex ou outros materiais (por exemplo: poliuretano) que impede a entrada de espermatozóides e outros fluidos corporais na mulher. Corresponde a uma das formas mais antigas e populares de contracepção, apresentando eficácia de 95,0% se usado corretamente. Pode ser usado por todas as faixas etárias com segurança e é facilmente disponível em serviços públicos e privados de saúde (COLQUITT; MARTIN, 2017; RAKHI; SUMATHI, 2011; ROSENBERG et al., 1996).

O preservativo feminino corresponde a uma bolsa vaginal feita de látex composto de dois anéis flexíveis em cada extremidade. O anel fechado é inserido na parte interna da vagina e a parte externa cobre a genitália externa feminina. É bastante confiável e hipoalergênico, além de poder ser introduzido na vagina até oito horas antes da relação sexual. No entanto, seu custo mais elevado e desconforto para alguns usuários o torna menos popular que o preservativo masculino. Continua,

porém, a ser o único método de dupla proteção, contra a gravidez indesejada e IST, iniciado pela mulher (COLQUITT; MARTIN, 2017; GALLO; KILBOURNE-BROOK; COFFEY, 2012; RAKHI; SUMATHI, 2011).

Um método bastante popular e antigo, com ascensão nos últimos anos, é o dispositivo intrauterino - DIU. O aumento do seu uso tem contribuído de forma relevante para o declínio da gravidez indesejada em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Trata-se de um pequeno dispositivo plástico flexível, em geral com cobre, inserido no útero após menstruação, aborto ou de quatro a seis semanas pós-parto. O DIU impede a implantação do ovo fertilizado no útero. Além disso, os íons de cobre apresentam atividade espermicida. Sua eficácia varia de 95,0 a 98,0% (JATLAOUI; RILEY; CURTIS, 2017; NELSON; MASSOUDI, 2016; RAKHI; SUMATHI, 2011).

Além deste, existe ainda, o sistema intrauterino - SIU, conhecido como DIU hormonal. Este contém levonorgestrel, sendo uma forma extremamente eficaz, reversível e segura de controle da natalidade a longo prazo. É especialmente útil em situações em que o uso de métodos contraceptivos contendo estrogênio é contraindicado. O SIU atua, predominantemente, impedindo a implantação e, algumas vezes, impedindo a fertilização (KAILASAM; CAHILL, 2008). A eficácia desse método é de 98,9% (ATTIA; IBRAHIM; ABOU-SETTA, 2013).

Os implantes contraceptivos hormonais fornecem uma contracepção reversível de ação prolongada e altamente eficaz (HOHMANN; CREININ, 2007). Possuem progesterona de dose sistêmica que apresenta atuação duradoura por meio de implante subdérmico (ZHANG et al., 2018). Foram projetados para fornecer eficácia contraceptiva inibindo a ovulação (RAMDHAN et al., 2018). O uso desses métodos contraceptivos atinge uma proteção contraceptiva de até 99% (GRAESSLIN; KORVER, 2008).

A esterilização é um dos métodos mais frequentes utilizados na contracepção. Estima-se que a esterilização feminina é três vezes mais frequentemente realizada do que a masculina (MOSS; ISLEY, 2015).

2.1.3 Indicações dos métodos contraceptivos

Num esforço dirigido a melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de planejamento familiar a OMS reuniu dois grupos de trabalho compostos por médicos especialistas com o objetivo de revisar os critérios de elegibilidade para o uso dos diferentes métodos anticoncepcionais, baseando-se nos riscos e benefícios relativos para a saúde de uma mulher com determinada condição e/ou doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Esse novo critério substituiu o enfoque tradicional que identificava “contraindicações” ou “precauções contra”, para o uso de um determinado método. As condições que afetam a elegibilidade de uma mulher para cada um dos diferentes métodos anticoncepcionais foram classificadas em quatro categorias, segundo mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Categorias de elegibilidade médica para uso de métodos contraceptivos

Categorias	Definição
1	Nenhuma restrição (método pode ser usado)
2	Vantagens de usar o método geralmente superam riscos teóricos ou comprovados
3	Riscos teóricos ou comprovados geralmente superam as vantagens
4	Risco inaceitável para a saúde (método não deve ser usado)

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2015)

Esta nova classificação ajuda as usuárias e os provedores no processo de tomada de decisões para a escolha livre e informada de um determinado método anticoncepcional (WHO, 2015).

Ao se revisar essa classificação tendo como referencial a idade, constata-se que:

- Pílula combinada: desde a menarca até os 40 anos é categoria 1 – “não há restrições para o seu uso”;
 - Pílula de progestágeno puro: dos 16 anos até qualquer idade, também é categoria 1;
1. DIU com cobre: foi classificado como 1 para as mulheres com idade igual ou maior que 20 anos e categoria 2, (as vantagens superam os riscos) nas mulheres com menos de 20 anos;
 2. DIU hormonal ou SIU: classificados como categoria 1 para as mulheres em qualquer idade.
 3. Implantes hormonais: são incluídos na categoria 1, desde que as mulheres não apresentem condições médicas especiais.
 4. Métodos de barreira, preservativos, diafragma são categoria 1.
 5. Métodos cirúrgicos como a laqueadura e a vasectomia ficam reservados aos maiores de 25 anos segundo a Lei 9.263 de Planejamento Familiar (Brasil. MS. Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar,

estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1996.)

Com base nas informações acima pode-se dizer que não existe um contraceptivo ideal para todas as pessoas e sim um adequado para cada pessoa. Não existem métodos adequados ou não adequados para jovens. O fator idade não limita o uso desses métodos.

O importante é que a decisão de usar determinado tratamento deve ser uma decisão livre e baseada em informação correta e atualizada (critérios de elegibilidade). Deve-se conhecer bem quais são as opções, levar em conta as suas próprias características como: vida sexual, número de parceiros, tempo que pretende evitar a gravidez, estilo de vida; e as características de cada método como o seu funcionamento, eficácia e tipo de seguimento, para fazer a sua própria escolha.

2.2 CONSEQUÊNCIAS DO NÃO USO DE CONTRACEPTIVOS

As principais consequências associadas a não-utilização de métodos contraceptivos são o aumento do risco de infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e gravidez indesejada, que podem aumentar o risco de eventos negativos à saúde materno-fetal (CHANDRA-MOULI et al., 2014).

2.2.1 Infecções Sexualmente Transmissíveis

Estima-se que, anualmente, surjam 357 milhões de novos casos de IST curáveis entre pessoas de 15 a 49 anos em todo o mundo: *Chlamydia trachomatis* (131 milhões), *Neisseria gonorrhoeae* (78 milhões), sífilis (seis milhões) e *Trichomonas vaginalis* (142 milhões). Além disso, a prevalência de IST virais chega a 417 milhões de pessoas infectadas com herpes vírus tipo 2; e a 291 milhões de mulheres com o papiloma vírus humano (HPV) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

A elevada carga de morbimortalidade resultando das IST comprometem a qualidade de vida, assim como saúde sexual e reprodutiva, levando a um alto número de mortes fetais e neonatais e câncer de colo de útero causado por infecção pelo HPV. Além disso, IST como a sífilis, gonorréia ou infecção pelo herpes vírus aumentam o risco de aquisição e transmissão sexual do HIV (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

As IST ainda permanecem como um verdadeiro problema de saúde pública em adolescentes e jovens estudantes, apesar da ampla informação e disponibilidade de métodos de prevenção como o preservativo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que jovens e adolescentes são

particularmente vulneráveis às IST, por isso devem ser focos de intervenção em países desenvolvidos e em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Estima-se que um a cada 20 adolescentes e jovens adquirem alguma IST, a cada ano.

Em geral, adolescentes e jovens apresentam mais comportamentos de risco para IST que a população mais velha, tais como uso inconsistente do preservativo, múltiplas parcerias sexuais, uso de álcool e outras drogas que potencializam o risco de aquisição dessas infecções (CHANDRA-MOULI et al., 2014).

2.2.2 Gravidez indesejada

A prevalência de mulheres jovens que relataram gravidez indesejada e necessidade de contracepção tem permanecido alta nos países em desenvolvimento (PELTZER; AKINTADE; PENGPID, 2011).

As gestações indesejadas são um problema global, impondo um considerável ônus socioeconômico aos indivíduos e à sociedade em geral (YAZDKHASTI et al., 2015). Este é um dos principais desafios enfrentados pelos países de renda baixa a média devido ao seu efeito potencial sobre o crescimento populacional incontrolável e na saúde materno-infantil (YAZDKHASTI et al., 2015).

As gravidezes indesejadas aumentam o risco de abortos inseguros, infertilidade, morbidade e mortalidade materna. Estima-se que aproximadamente 16 milhões de meninas entre 15 e 19 anos e dois milhões de garotas com menos de 15 anos dão à luz todos os anos em todo o mundo. Cerca de 95,0% dos nascimentos entre adolescentes ocorrem em países de baixa e média renda.

Alguns fatores estão associados à gravidez não-planejada, especialmente em adolescentes e adultos jovens, tais como: serviços inadequados de planejamento familiar, baixo status socioeconômico, dificuldade no acesso ou falta de conhecimento sobre métodos contraceptivos (MINCH; ZONE, 2015; YAZDKHASTI et al., 2015). Assim, o uso de contraceptivo, sobretudo na população jovem, corresponde a uma medida eficaz e prioritária para evitar gravidezes indesejadas e o ônus causado pelas suas consequências.

2.3 PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NO BRASIL

A atenção à saúde integral da mulher tem sido construída no Brasil por meio de políticas públicas de saúde que ganharam força a partir da década de 1980. Neste contexto, o Programa de

Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983 pelo Ministério da Saúde, representou um marco na história das políticas públicas voltadas à saúde da mulher (HEILBORN et al., 2009). A atenção à saúde sexual e reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias da Sistema Único de Saúde (SUS), e sua oferta possui como princípio a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres (LUIZ et al., 2015).

Quanto à contracepção, o PAISM, por defender o princípio da autonomia dos indivíduos em relação ao desejo reprodutivo, desvinculou a sexualidade da procriação. Passou-se a utilizar o termo planejamento reprodutivo, em vez de, simplesmente, planejamento familiar, que direcionava as demandas contraceptivas para mulheres em união estável, priorizando, assim, a assistência materno-infantil. A partir disso surgiu a discussão e implantação de programas de contracepção que também incluíam mulheres com vida sexual sem união estável, e aquelas que iriam iniciar a vida sexual, incluindo adolescentes e jovens, até então excluídas das ações públicas voltadas para anticoncepção, expostas a riscos à sua saúde sexual e reprodutiva. Sendo assim, parece evidente que o ponto crucial do conteúdo do PAISM foi mesmo a inclusão da anticoncepção como uma das atividades da assistência integral à saúde da mulher (OSIS, 1998).

O planejamento familiar se refere a um conjunto de ações de regulação da fecundidade em que são apresentados os meios e recursos para auxiliar indivíduos e famílias a ter filhos e a prevenção de gravidez indesejada. A Lei número 9.263, de 12 de janeiro de 1996 regulamenta que o planejamento familiar deve ser garantido pelo Estado, nas três esferas de gestão.

Já o planejamento reprodutivo extrapola a oferta de contraceptivos, não sendo apenas a soma de ações educativas e/ou clínicas, mas se constituindo de processo de cuidado que garanta a homens e mulheres o direito de decidir quando e quantos filhos querem ter. A assistência ao planejamento reprodutivo consiste em ações e políticas de promoção, prevenção, informação e educação em saúde que propiciem a vivência da sexualidade e reprodução fortalecendo autonomia para as escolhas reprodutivas (LUIZ et al., 2015).

No Brasil passou-se a adotar a nomenclatura planejamento reprodutivo em substituição a planejamento familiar devido à maior abrangência de direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos e famílias (SANTOS et al., 2019).

Estima-se que o planejamento reprodutivo tem o potencial de reduzir consideravelmente as mortes maternas, de recém-nascidos e de crianças. Pode diminuir 71,0% das gestações indesejadas, reduzindo 22 milhões de nascimentos não planejados, 25 milhões de abortos induzidos e sete milhões de abortos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Além disso, tem efeitos a longo prazo, evitando a transmissão de IST, incluindo o HIV (DEAN et al., 2014).

A melhoria da saúde e a prevenção da gravidez na idade jovem devem ser consolidadas por meio de uma melhor assistência reprodutiva para esse público. A idade adulta jovem é um momento oportuno, no período pré-concepção, para incentivar mulheres e casais a considerar o desenvolvimento de um plano reprodutivo. O planejamento reprodutivo e a liberdade das mulheres (e dos casais) de escolher quando, com que frequência e quantos filhos desejam ter, afetam diretamente a saúde da mulher e resultados na gravidez. O planejamento reprodutivo é um componente importante e fundamental dos cuidados pré-concepção, que podem reduzir as taxas de gravidez na adolescência e promover o espaçamento entre as gestações (DEAN et al., 2014).

As atividades de planejamento reprodutivo têm sido desenvolvidas principalmente na atenção básica, sobretudo pela Estratégia Saúde da Família (ESF) cujas equipes multiprofissionais trabalham com a população estabelecendo vínculo entre serviço e comunidade. Essas equipes realizam assistência em planejamento familiar, além da articulação entre outros serviços de assistência à saúde reprodutiva, pós-parto e aborto, controle das IST, entre outras ações (MOURA; GOMES, 2014).

2.4 EPIDEMIOLOGIA DO USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

2.4.1 Prevalência no mundo

Estudos mostram elevada heterogeneidade e padrões regionais no uso de métodos contraceptivos em todo o mundo. Métodos reversíveis de curto prazo foram mais usados na África e Europa; os de longo prazo ou permanentes na Ásia e na América do Norte. Na América Latina verifica-se a combinação de diferentes métodos contraceptivos (DARROCH; SINGH, 2013).

Um estudo que analisou dados de pesquisas representativas conduzidas com mulheres de 15 a 49 anos de 194 países ou regiões do mundo verificou que a prevalência do uso de métodos contraceptivos aumentou de 54,8% (IC 95%: 52,3-57,1) para 63,3% (IC 95,0%: 60,6-66,6) entre 1990 e 2010. Além disso, foi projetado que é necessário aumento do investimento para atender à demanda de métodos contraceptivos e melhoria da saúde reprodutiva em todo o mundo nos próximos anos, se a tendência de crescimento da prevalência de métodos contraceptivos continuar a aumentar (ALKEMA et al., 2013).

Outra investigação que analisou o uso de anticoncepcionais nos anos 2003, 2008 e 2012, em países em desenvolvimento, em mulheres de 15 a 49 anos, mostrou um aumento significativo no número de mulheres que desejavam evitar gravidez e do uso de métodos contraceptivos. Os resultados mostraram aumento de 716 milhões (54,0%) em 2003 para 867 milhões (57,0%) em 2012.

Ficou evidente também a necessidade de melhorar o acesso aos métodos anticoncepcionais mais modernos em regiões como África e Ásia, onde ainda predominava a esterilização tubária (DARROCH; SINGH, 2013).

Um estudo transversal europeu com jovens universitários utilizando questionário autoaplicável demonstrou que 93,0% deles eram sexualmente ativos no último ano e 86,9% utilizaram método contraceptivo durante sua primeira relação sexual. Os métodos mais utilizados foram preservativo masculino e pílulas anticoncepcionais. Estudantes com maior frequência de atividade sexual demonstraram maior conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais e as mulheres demonstraram maior conhecimento em relação aos métodos hormonais. (LEON-LARIUS et al., 2017).

Dados de um estudo multicêntrico com 8.837 mulheres de 20 a 30 anos de 15 países, que avaliou uso de métodos anticoncepcionais, intenções reprodutivas e história prévia de gravidez não planejada, demonstraram que 31,4% utilizavam pílulas contraceptivas, 6,2% utilizavam métodos hormonais de longa duração e 23,4% não utilizavam nenhum método. As mulheres com gravidez não planejada anterior foram mais adeptas ao uso dos métodos de longa duração, o mesmo para as mulheres que não desejavam gravidez no momento (LOTKE et al., 2014).

2.4.2 Prevalência no Brasil

O uso de métodos contraceptivos no Brasil foi investigado na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996 e 2006. Os resultados de 1996 mostraram que o uso de métodos contraceptivos na faixa etária de 15 a 19 anos era de menos de 15,0%, comparado com mais de 40% na faixa de 20 a 24, mais de 65,0% na faixa de 25 a 29 anos e mais alta ainda, acima dessa idade. Após período de dez anos, verificou-se que até os 15 anos, 33,0% das mulheres entrevistadas já haviam tido relações sexuais e 66,0% das jovens de 15 a 19 anos sexualmente ativas já haviam usado algum método contraceptivo (PERPÉTUO; WONG, 2009).

O perfil do uso dos diferentes métodos contraceptivos não mudou no Brasil nas últimas duas décadas: predomínio do uso de pílulas anticoncepcionais, seguida de laqueadura tubária. Em 1999, um estudo transversal de base populacional, em Pelotas/RS, verificou que em 766 mulheres de 20 a 40 anos 64,6% utilizavam algum método contraceptivo – 55,4% anticoncepcionais orais, 22,2% ligadura tubária, 10,5% preservativos e 7,7% dispositivos intrauterinos (DIAS-DA-COSTA et al., 2002).

Em 2006, estudo de corte transversal de base populacional conduzido em mulheres de 20 a 60 anos da região de São Leopoldo (Rio Grande do Sul) mostrou que no subgrupo de faixa etária de 20 a 49 anos sexualmente ativas, a prevalência de uso de CHO foi de 48,8%; de ligadura tubária de 18,7%;

de preservativos masculinos de 17,3% e de DIU de 7,3% (CARRENO et al., 2006). O mesmo estudo demonstrou, que das mulheres de 20 a 60 anos que declararam vida sexual ativa, apenas 29,1% utilizavam preservativos. Neste estudo a maioria tinha entre 30 e 49 anos de idade, cor branca, e vivia em união estável. Somente 12,0% utilizavam o preservativo como único método contraceptivo. (CARRENO; DIAS - DA - COSTA, 2006). Em 2015, outro estudo em 736 mulheres de 20 a 49 anos com vida sexual ativa em São Leopoldo (RS) descreveu os métodos contraceptivos utilizados identificando os aspectos demográficos e socioeconômicos associados. A prevalência de uso de CHO (isolado ou combinado) foi de 31,8%, de uso de preservativo masculino, 10,9% e de LT foi de 11,1%. As mulheres mais jovens, de menor escolaridade e classe econômica mais baixa relataram menor uso de CHO (GONÇALVES et al., 2019).

Em 2014, estudo transversal de base populacional, baseado nos dados da Pesquisa Nacional sobre acesso, utilização e promoção do uso racional de medicamentos (PNAUM), em 20.404 domicílios urbanos brasileiros, calculou a prevalência do uso de contraceptivos orais e injetáveis. Relacionou os achados com variáveis socioeconômicas e demográficas, bem como acesso e fonte de obtenção dos medicamentos. A prevalência do uso de anticoncepcionais orais foi 28,2% e de anticoncepcionais injetáveis, 4,5%. Não houve diferença de prevalência do uso de anticoncepcionais injetáveis nas regiões do país, mas em relação ao uso de anticoncepcionais orais, houve maior prevalência no Sul e menor no Norte. A principal fonte de obtenção gratuita foi o SUS (Sistema Único de Saúde), e, das que compraram a medicação, a farmácia comercial foi a origem predominante de obtenção (FARIAS et al., 2016).

2.5 USO DE CONTRACEPTIVOS EM UNIVERSITÁRIAS

ESTRATÉGIAS DE BUSCA DA LITERATURA

Para analisar as prevalências do uso de métodos contraceptivos em universitárias no Brasil, realizou-se uma revisão da literatura nas seguintes bases de dados: *United States National Library of Medicine National Institutes of Health* (Pubmed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Latin American and Caribbean Health Sciences* (LILACS).

Os seguintes descritores controlados foram utilizados para a busca: “*contraception*”, “*contraception methods*”, “*preconception health*”, “*family planning*” e “*university students*” retirados do *Medical Subject Headings* (MeSH) ou Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A estratégia de busca utilizou os operadores booleanos *AND* e *OR*. Assim, a estratégia foi definida como:

“contraception” OR “contraception methods” OR “preconception health” OR “family planning” AND “university students”. A busca foi realizada com os descritores no idioma inglês (Pubmed) ou português (SciELO e LILACS). Nas bases de dados foram utilizados os seguintes limites: estudos realizados nos últimos dez anos e publicados em língua portuguesa, espanhola e inglesa.

Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: (i) artigos publicados nos idiomas inglês, espanhol ou português; (ii) estudos observacionais de corte transversal ou corte com relato de prevalências de uso de métodos contraceptivos em universitárias; e (iii) investigações com relatos de prevalências em mulheres universitárias. Foram excluídos artigos de revisão, qualitativos, editoriais e de opinião. Além disso, estudos que apresentaram a prevalência de uso de métodos contraceptivos sem a estratificação por sexo e as publicações duplicadas foram identificadas e excluídas.

A seleção dos estudos foi realizada em três estágios. Inicialmente, todos foram triados e pré-selecionados pelos resumos e títulos. Artigos duplicados nas bases de dados foram excluídos. A seguir, foi realizada leitura na íntegra dos estudos pré-selecionados. Em uma terceira etapa, pesquisas adicionais foram realizadas nas referências dos artigos para identificação de potenciais estudos para inclusão na revisão. Para extração dos dados, foi preenchido um instrumento com as seguintes informações: autores, ano de publicação, local (cidade e estado), número de participantes e prevalência do uso de métodos contraceptivos. Os títulos dos artigos e seus resumos foram selecionados para leitura e análise. Também foram incluídos e selecionados alguns dos artigos citados nestas referências iniciais.

As análises estão apresentadas por continente.

2.5.1 Prevalência no mundo

Global

Um estudo em 23 universidades de 22 países do mundo mostrou uma prevalência de uso de anticoncepcionais de 57,4% na amostra de jovens universitárias. Além disso, a análise de regressão múltipla mostrou que fatores como ter idade mais jovem, possuir afiliação religiosa, comportamento sexualmente protetor (não estar grávida no momento da entrevista e não possuir múltiplas parcerias sexuais) foram associados ao não uso de contraceptivos entre estudantes universitárias sexualmente ativas (PELTZER; PENGPID, 2015).

América do Norte

Nos Estados Unidos da América (EUA) estudos têm mostrado ampla variação no uso de métodos contraceptivos em universitárias (ERSEK et al., 2011). Ersek et al. (2011) relataram uma prevalência de 52,6% de uso de métodos hormonais, 11,7% métodos de barreira e 11,3% de outros métodos em uma amostra de 247 universitárias da Carolina do Norte. Miller (2011) estimou uma frequência de uso de CE de 14,0% em 354 universitárias da Pensilvânia. Em Nova York, investigação realizada com 482 universitárias estimou uma prevalência de 46,5% de CE. Além disso, observou-se que o uso de CE foi associado a múltiplas parcerias sexuais, uso inconsistente do preservativo, consumo pesado de álcool (*binge drinking*) e raça não branca (WALTERMAURER; DOLEYRES, 2013). Em Wisconsin, prevalências de uso do preservativo e CHO foram estimadas em 78,9% e 3,6%, respectivamente, em uma amostra de 625 universitárias (HIGGINS et al., 2010). No Texas, estimou-se uma prevalência de preservativo de 86,3% e de CHO de 3,1% em 400 universitárias (HIGGINS et al., 2010).

Um grande estudo que analisou as tendências no uso de métodos contraceptivos em 97.376 universitárias de 2008 a 2013 verificou uma prevalência de uso global de métodos contraceptivos de 45,0% em 2008 e 44,0% em 2013. Com relação ao preservativo masculino ou feminino, a frequência de uso diminuiu de 37,0% de 2008 para 33,0% em 2013. Também considerando o uso de ARLD (anticoncepcionais reversíveis de longa duração), verificou-se aumento progressivo na prevalência ao longo do tempo, variando de 1,0% em 2008 para 4,0% em 2013. O estudo também verificou que raça, idade, estado civil e orientação sexual foram fatores associados ao uso de ARLD (LOGAN et al., 2018).

Outro estudo, nos EUA, que analisou a prevalência e fatores associados ao uso consistente de contraceptivos em 842 universitárias encontrou as seguintes prevalências: preservativo (79,7%), CHO (67,8%), CE (5,7%), CI (5,6%) e outros (1,1%). Além disso, auto-estima, confiança, independência e satisfação com a vida foram positivamente associados ao uso consistente de contraceptivos. Por outro lado, uso de maconha e depressão foram negativamente associados ao uso consistente dos contraceptivos (MORRISON et al., 2016).

No Canadá estudo feito com 395 universitárias mostrou frequência de uso do preservativo (42,3%), inferior ao uso das pílulas (66,4%) (MILHAUSEN et al., 2013).

Assim, houve ampla alteração na prevalência de uso de métodos contraceptivos utilizados, variando de 3,0% a 79,0%, constatando-se que nos Estados Unidos predominou em geral o uso de preservativos (variação de 11,7% a 79,7%), seguido de CHO (variação de 3,1% a 67,8%), observando-se que a CE ainda é muito utilizada com variação de 14% a 46,5%.

Ásia

No continente asiático os estudos encontrados revelaram menores prevalências de uso regular dos métodos contraceptivos.

Na China um estudo com 915 universitárias sexualmente ativas estimou uma prevalência de uso de anticoncepcionais de 34,7%. Verificou-se ainda que alunas mais jovens tinham menores chances de uso de contraceptivos. Por outro lado, estudantes que relataram acesso ao aconselhamento reprodutivo e contraceptivos nos serviços de saúde universitários apresentaram maiores chances de uso de contraceptivos (LONG et al., 2016). No mesmo país uma investigação feita em 35.383 universitárias encontrou uma prevalência de uso regular de métodos contraceptivos de 28,3%; uso do preservativo masculino de 82,9%; CHO de 49,3% e de CE de 10,1% (WANG et al., 2015).

No Nepal, estudo com 159 universitárias mostrou que apenas 40,3% fizeram uso do preservativo na primeira relação sexual (R.A., 2010).

África

Na Etiópia um estudo conduzido com 200 estudantes do sexo feminino verificou uma prevalência de 33,0% de uso de contracepção de emergência (CE). Verificou-se ainda que mulheres que possuíam um adequado conhecimento sobre CE apresentavam mais chance de uso desse método quando comparado às estudantes com conhecimento inadequado (MISHORE; WOLDEMARIAM; HULUKA, 2019).

Outro estudo na Etiópia, especificamente na cidade de Gondar, estimou uma prevalência de uso de anticoncepcionais reversíveis de longa duração (ARLD), como o DIU e implantes, de 20,4% em 422 universitárias. O uso de ARLD foi maior nas estudantes casadas e que discutiam a utilização de ARLD com seus parceiros. Por outro lado, estudantes que relataram atitude negativa em relação a esses métodos apresentaram menor probabilidade de uso de ARLD do que aquelas com atitude positiva (AREGAY et al., 2018).

Outro estudo conduzido no mesmo país estimou uma alta prevalência de uso de CE (78,0%) em 515 universitárias. Melhor conhecimento sobre CE e atitudes positivas com relação ao CE foram fatores significativamente associados ao uso do método neste estudo (HABITU et al., 2018).

Em Mek'ele, norte da Etiópia, estudo com 71 estudantes universitárias que haviam iniciado a vida sexual verificou apenas que 21,1% faziam uso regular do preservativo (GEBRESLLASIE; TSADIK; BERHANE, 2017).

Na Tanzânia o uso geral regular de anticoncepcionais foi relatado por 41,5% de 253 universitárias. Além disso, início da atividade sexual e idade da primeira relação sexual mais tardia foram fatores positivamente associados ao uso de anticoncepcionais na amostra (M.J. et al., 2014).

Em Uganda uma pesquisa conduzida com 486 universitárias verificou a prevalência de uso de anticoncepcionais de 79,0%. Além disso, estimou uma prevalência de uso de preservativo, pílulas e outros métodos de 55,3%, 8,4% e 13,5%, respectivamente. O único fator determinante associado ao não uso de contraceptivos foi não estar em um relacionamento estável (MEHRA et al., 2012).

Na África do Sul estudo com 514 universitárias estimou prevalência de uso de CE de 21,2% (HOQUE; GHUMAN, 2012). Na Nigéria estudos mostram que a prevalência de uso de CE variou de 26,7% (n = 363) a 54,1% (n = 1,328) (ABIODUN, 2016; WRIGHT; FABAMWO; AKINOLA, 2014). Em Gana investigações mostram que frequência do uso de CE varia de 25,7% (n = 191) a 33,3% (n = 258) (ZIBA; YAKONG, 2019).

Portanto, no continente Africano ainda há alta prevalência do uso de CE (variação de 21,2% a 78%) e o uso regular de métodos contraceptivos variou de 21,0% a 79,0%.

Europa

Em Portugal estudo conduzido com 1.246 universitárias verificou prevalência de 57,4% para uso de métodos contraceptivos hormonais e de apenas 29,6% para uso do preservativo (PORTO et al., 2018). No mesmo país outra investigação em uma amostra de 1.850 jovens universitárias estimou elevada frequência de uso do preservativo na primeira relação sexual (88,7%), porém baixa prevalência do uso regular desse método contraceptivo nos últimos 12 meses (31,7%) (REIS et al., 2012).

Na cidade de Palma (Espanha) um estudo realizado com 878 universitárias estimou uma prevalência geral de uso de métodos contraceptivos de 70,4%. Os autores verificaram que a prevalência de uso de CE ao longo da vida foi alta (44,1%) e positivamente associada ao consumo de tabaco, uso de drogas ilícitas, idade da primeira relação sexual inferior a 16 anos, frequência de relações sexuais em uma ou mais vezes por semana e elevado número de parcerias sexuais durante a vida (BAUZÀ et al., 2018).

Na Romênia, uma investigação em 1.105 estudantes do sexo feminino de duas universidades mostrou uma prevalência de uso consistente do preservativo de 34,3%; CHO de 25,7%; coito interrompido de 6,9%; método do calendário de 4,3%; e DIU de 1,7%. O uso combinado de preservativos e CHO foi relatado por apenas 4,3% da amostra (BLIDARU; FURAU; SOCOLOV, 2016).

Na Grécia um amplo estudo conduzido com 3.153 universitárias estimou prevalências de uso do preservativo, CHO e CE de 53,9%, 4,8% e 35,6%, respectivamente (DONADIKI et al., 2013).

Na Suécia estudo transversal realizado com universitárias em 2009, comparando os resultados com estudos transversais repetidos entre 1999 e 2009, no mesmo segmento populacional, mostrou que a prevalência do uso de CE ao longo da vida aumentou de 22,0% para 67,0% no período; enquanto a frequência do uso do preservativo na última relação sexual aumentou de 21,0% para 25,0%. Por outro lado, a prevalência de uso de CHO diminuiu de 69,0% para 54,0% entre 1999 e 2009 (TYDÉN; PALMQVIST; LARSSON, 2012).

Tabela 2. Prevalência de uso de anticoncepcionais em universitárias nos continentes

Continente/Autores	Local	Amostra	Prevalência (%)
Ásia			
Long et al. (2016)	Província de Hubei, China	915	Geral: 34,7
Wang et al. (2015)	China	35.383	Geral: 28,3 Preservativo masculino: 82,9 CHO: 49,3 CE: 10,1
Adhikari (2010)	Nepal	159	Preservativo*: 40,3
África			
Kara et al. (2019)	Tanzânia	333	Geral: 52,6 CE: 37,7 Pílulas: 28,8 Preservativo: 17,4 CI: 3,9 Outros métodos: 0,9

Mishore et al. (2019)	Harar, Etiópiã	200	CE: 33,0
Mohammed et al. (2019)	Gana	191	CE: 25,7
Ziba & Yakong (2019)	Gana	258	CE: 33,3
Aregay et al. (2018)	Gondar, Etiópiã	422	ARLD: 20,4
Kgosiemang & Blitz (2018)	República da Botsuana	214	CE: 22,0
Gebresllasie et al. (2017)	Mek'ele, Etiópiã	71	Preservativo: 21,1
Nyambura et al. (2017)	Nairobi, Quênia	203	CE: 20,2
Amorha et al. (2017)	Nsukka, Nigéria	635	CE: 52,1
Hoffman et al. (2017)	África do Sul	293	Preservativo: 53,0. CE: 13,6 CHO: 31,6
Sweya1 et al.(2016)	Tanzânia	260	Geral: 40,4 Preservativo: 54,9 Pílulas: 8,6 DIU: 8,6 Injetáveis: 6,1 Outros: 2,4 Método calendário; 38,9 Amenorreia: 1,2
Uwamariya et al. (2015)	Ruanda	146	Geral: 21,3 CE: 5,4
Habitu et al. (2015)	Etiópiã	515	CE: 78,0

Abiodun (2015)	Nigéria	1.328	CE: 54,1
Abrha et al. (2014)	Etiópia	86	Geral: 88,4 CE: 53,5
Somba et al. (2014)	Tanzânia	253	Geral: 41,5
Wright et al. (2014)	Nigéria	363	CE: 26,7
Mehra et al. (2012)	Uganda	486	Geral: 79,0 Preservativo: 55,3 Pílulas: 8,4 Outros métodos: 13,5
Ahmed et al. (2012)	Etiópia	82	CE: 32,9
Hoque & Ghunan (2012)	África do Sul	514	CE: 21,2
Worku (2011)	Arba Minch Town, Etiópia	139	Geral: 70,5
Akintade et al. (2011)	Lesoto, África do Sul	360	Geral: 55,3 Preservativo: 47,2 CHO: 4,7 CI: 5,8 DIU: 0,6 Implantes: 0,3 CE: 4,4
Europa			
Santos et al. (2018)	Portugal	1.246	Hormonais: 57,4 Preservativo: 29,6
Bauzà et al. (2018)	Palma, Espanha	878	Geral: 70,4 CE: 44,1

Leon-Larios & Macías-Seda (2017)	Sevilha, Espanha	297	Geral: 85,8 CE: 57,9 Coito interrompido: 6,4 Preservativo: 50,8 CHO: 26,3 Outros: 2,4
Blidaru et al. (2016)	Romênia	1.105	Preservativo: 34,3 CHO: 25,7 Coito interrompido: 6,9 Método do calendário: 4,3 DIU: 1,7
Reis et al. (2012)	Portugal	1.850	Preservativo*: 88,7 Preservativo**: 31,7 Pílula*: 26,2 Coito interrompido*: 1,8
Donadik et al. (2013)	Grécia	3.153	Preservativo: 53,9 CHO: 4,8 CE: 35,6
Tydén et al. (2012)	Suécia	1999: 333 2004: 315 2009: 350	CE: 22,0 (1999), 52,0 (2004) e 67,0 (2009) Preservativo**: 21,0 (1999), 22,0 (2004) e 25,0 (2009). CHO**: 69,0 (1999), 67,0 (2004) e 54,0 (2009). DIU: 0,0 (1999), 1,0 (2004) e 8,0 (2009).

América do Norte

Logan et al. (2018)	EUA	97.376	Geral: 45,0 (2008); 45,0 (2009), 43,0 (2010), 46,0 (2011), 45,0 (2012) e 44,0 (2013) ARLD: 1 (2008); 2 (2009), 2 (2010), 3 (2011), 3 (2012) e 4 (2013). Preservativo masculino ou feminino: 37,0 (2008), 34,0 (2009), 33,0 (2010), 34,0 (2011), 34,0 (2012) e 33,0 (2013).
Morrison et al. (2016)	EUA	842	Preservativo: 79,7 CHO: 67,8 CE: 5,7 CI: 5,6 Outros: 1,1
Higgins et al. (2010)	Wisconsin, EUA	625	Preservativo: 78,9 CHO: 3,6 Preservativo+ CHO: 15,1 Outros métodos: 2,5
Higgins et al. (2010)	Texas, EUA	400	Preservativo: 86,3 CHO: 3,1 Preservativo+ CHO: 10,1 Outros métodos: 0,4
Waltermaurer et al. (2013)	Nova York, EUA	482	CE: 46,5
Miller (2011)	Pensilvânia, EUA	354	CE: 14,0
Huber & Ersek (2011)	Carolina do Norte, EUA	247	Hormonais: 52,6 Barreira: 11,7 Outros: 11,3
Ersek et al. (2011)	Carolina do Norte, EUA	172	CE: 19,2

Milhausen et al. (2013)	Canadá	395	Preservativo: 42,3 Pílula: 66,4 Outros métodos: 17,7
-------------------------	--------	-----	------------------------------------------------------------

*ARLD: Anticoncepcionais reversíveis de longa duração: DIU e implantes; CE: Contraceção de emergência; CI: Contraceção injetável; *1 relação sexual; **Últimos 12 meses.*

2.5.2 Prevalência no Brasil

A Tabela 3 sintetiza a prevalência de métodos contraceptivos em universitárias do Brasil.

Em Porto Alegre (Rio Grande do Sul), estudo realizado com 173 universitárias estimou uma prevalência, no último ano, de uso de preservativos de 87,7%; pílulas de 82,7% e outros métodos (coito interrompido, tabelinha, diafragma e DIU) de 4,0% (DELATORRE; DIAS, 2015). Estudo no município de Rio Grande (Rio Grande do Sul) em uma amostra de 623 universitárias verificou uma baixa frequência do uso do preservativo na última relação sexual (34,9%) (MOREIRA; DUMITH; PALUDO, 2018).

Em Tubarão (Santa Catarina), investigação realizada em 197 universitárias verificou que a maioria (76,7%) fazia uso de contraceptivos hormonais orais (CHO) (PAULA; STECKERT; NUNES, 2016).

Em São Paulo análise conduzida com 258 acadêmicas de uma universidade pública verificou alta prevalência no uso de métodos contraceptivos no último relacionamento com envolvimento sexual. O uso geral dos métodos foi relatado por 100,0% da amostra; uso do preservativo por 79,2% e da pílula por 69,5%. Por outro lado, contraceção de emergência (CE) foi relatada por 11,2% das universitárias.

Ademais, a maioria da amostra (59,4%) relatou fazer uso de combinação de métodos contraceptivos. Esse estudo também verificou que a probabilidade de uso de contraceção de emergência foi maior com o aumento da idade, com início da atividade sexual mais jovem e em universitárias com histórico de não uso ou ruptura do preservativo masculino (BORGES et al., 2010).

Outro estudo conduzido no Estado de São Paulo com 916 universitárias que tinham antecedente de uso de CE estimou uma prevalência geral de contraceptivos de 91,5%. Além disso, houve uma prevalência de CHO de 66,9%, de preservativo masculino de 25,1% e de outros métodos de 8,0% (CHOFAKIAN et al., 2018).

Em Uberaba (Minas Gerais) estudo com 623 universitárias de cursos da área da saúde verificou prevalência de 41,7% do uso do preservativo na última relação sexual. O uso frequente desse método foi observado em apenas 19,3% da amostra (BORGES et al., 2015).

Na Região Centro-oeste estudos sobre a prevalência de uso de métodos contraceptivos são mais escassos quando comparados às regiões Sudeste e Sul. Investigação sobre práticas e atitudes relacionadas aos métodos contraceptivos de 270 universitárias de Campo Grande (Mato Grosso do Sul) mostrou uma prevalência de uso de CE ao longo da vida de 47,8%. Ao investigar os métodos utilizados na última relação sexual, verificou-se que nenhuma participante relatou uso do preservativo feminino, 30,7% reportaram uso do preservativo masculino e 24,8% de CHO (FERREIRA; COSTA; CHAGAS, 2018).

Em Goiânia (Goiás), estudo conduzido com 178 acadêmicos de enfermagem, dos quais 174 eram mulheres, observou-se que 52% das estudantes fizeram uso de algum método contraceptivo na relação sexual mais recente, e estimou-se uma prevalência de uso de CE de 29,0% na amostra (VELOSO et al., 2014).

Tabela 3. Prevalência de uso de anticoncepcionais em universitárias no Brasil

Autores	Local	Amostra	Prevalência (%)
Região Sudeste			
Chofakian et al. (2018)	São Paulo	916	Geral: 91,5 CHO: 66,9

			Preservativo masculino: 25,1 Outros: 8,0
Borges et al. (2015)	Uberaba, MG	623	Preservativo frequente: 19,3 Preservativo na última relação: 41,7
Borges et al. (2010)	São Paulo	258	Geral: 100,0 Preservativo masculino: 79,2 Pílula: 69,5 CE: 11,2 Tabelinha + coito interrompido: 12,2
Aragão et al. (2011)	Rio de Janeiro	278	Preservativo: 46,0
Região Sul			
Steckert et al. (2016)	Tubarão, SC	197	CHO: 76,7
Delatorre & Dias (2015)	Porto Alegre, RS	173	Preservativo: 87,7 Pílula: 82,7 Outros: 4,0
Moreira et al. (2018)	Rio Grande, RS	601	Preservativo na última relação: 34,9
Velho et al. (2011)	Santa Maria, RS	123	Preservativo: 43,5
Alano et al. (2012)	SC	288	CE: 48,6
Região Centro-oeste			
Ferreira et al. (2018)	Campo Grande, MS	270	CE: 47,8 Preservativo feminino**: 0,0. Preservativo masculino**: 30,7 CHO**: 24,8

Veloso et al. (2014)	Goiânia, GO	174	CE: 29,0
Nordeste			
Nascimento et al. (2017)	Pernambuco	139	Geral: 69,5 CHO: 23,5 CE: 14,0 CHO + preservativo: 12,0 Preservativo: 18,0 Coito interrompido: 27,0 CI: 3,5 Outros métodos: 2,0
Almeida et al. (2015)	Cajazeiras, PB	307	Geral: 41,0 CI: 7,0 CHO: 20,0 DIU: 0,0 Preservativo: 9,0 Coito interrompido: 3 CE: 34,0

*ARLD: Anticoncepcionais reversíveis de longa duração: DIU e implantes; CE: Contracepção de emergência; CI: Contracepção injetável; **Na última relação sexual.*

2.6 INTENÇÕES REPRODUTIVAS

O termo “intenção reprodutiva” traduz-se pelo desejo de mulheres, homens e/ou casais de terem filhos. Inclui apurar o número de filhos desejados, a idade para se ter o primeiro filho e o espaçamento de idade entre eles. Estudar intenções reprodutivas, portanto, significa conhecer os direitos reprodutivos levando-se em conta a autonomia incorporada à realidade sociodemográfica, socioeconômica e cultural das diferentes regiões do mundo.

Os direitos sexuais e reprodutivos são Direitos Humanos já reconhecidos em leis internacionais e nacionais. Entre os marcos referenciais internacionais que definem os direitos sexuais e reprodutivos estão duas conferências promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU): Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994; e IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, China, em 1995 (Ministério da Saúde, 2013).

Até a década de 1980, pelo medo difundido da “explosão populacional”, as políticas de atenção à mulher eram voltadas para a disseminação de métodos contraceptivos. Foi a partir dos anos 1990 que se iniciou discussão para possibilitar avanços na ações de garantia dos direitos reprodutivos: *“... direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência.”* (NAÇÕES UNIDAS, 1995).

"A fecundidade do Brasil, que já estava em patamares baixos por volta de 2000, retomou a tendência de declínio, atingindo a marca de 1,8 filhos por mulher no período 2002/2006. Dados de coorte confirmam estes níveis baixos: mulheres que entraram no período reprodutivo nos anos 1990, muito provavelmente, terão uma prole inferior a dois filhos, e pode-se esperar o mesmo de mulheres com até 25 anos de idade neste último quinquênio. Para as coortes mais jovens, abre-se uma incógnita, pois, entre as menores de 20 anos não houve alterações significativas na chance de ter um filho. Por outro lado, as mulheres de 20-24 anos continuam mostrando quedas significativas de fecundidade, independentemente do número de filhos tidos quando eram cinco anos mais jovens. “ - PNDS/Ministério da Saúde, 2019.

No âmbito nacional, entre os marcos referenciais em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, se destacam: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM/MS/1984), Lei N.º 9.263/1996, que regulamenta o Planejamento Familiar, e Política Nacional dos Direitos Sexuais e Reprodutivos/MS/2005 (Ministério da Saúde, 2005).

Em 2007, por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, fundamentou-se o reconhecimento de que os jovens eram pessoas em processo de desenvolvimento e demandavam cuidado integrado atendendo inclusive suas necessidades sexuais e reprodutivas (Ministério da Saúde, 2007).

Paralelamente aos programas de saúde pública se encontram os jovens universitários, muitos deles pertencentes à classe econômica que não utiliza o SUS, e devem ter os direitos à sexualidade e ao planejamento reprodutivo igualmente garantidos.

No Brasil ainda são escassas as pesquisas sobre prevalência de intenções reprodutivas em jovens universitários. Um estudo conduzido na Universidade de São Paulo, em 2004, mostrou que o padrão de família idealizado era pequeno, com até dois filhos. A idade ideal para o nascimento do primeiro filho seria próxima de 30 anos, refletindo tendência geral para adiamento da maternidade/paternidade em função de projeto de vida para a conclusão de curso superior e inserção no mercado de trabalho (PIROTTA & SCHOR, 2004).

Outro estudo realizado nas universidades Estadual e Federal do Ceará, em 2011, ressaltou que mais da metade dos universitários manifestou desejo de ter dois filhos, com idade média para o primeiro nascimento entre 26 e 29 anos; estabilidade financeira e sucesso profissional foram os fatores que mais influenciaram a decisão (MOURA et al., 2011).

Não foram encontrados estudos semelhantes conduzidos na Região Centro Oeste do país.

Em outras partes do mundo os estudos demonstraram o desejo dos universitários em postergar planos no campo reprodutivo. Estudos europeus, e também na Ásia, demonstraram que a maioria deles deseja dois ou mais filhos e acreditam na importância da maternidade/paternidade, mas tinha pouco conhecimento da real redução de fertilidade (ALFARAJ et al., 2019; MOGILEVKINA et al., 2016; STENHAMAR et al., 2015; VIRTALA et al., 2011; SORENSEN et al., 2016; CHAN et al., 2014). Na Romênia estudo conduzido com jovens universitárias de cursos da área da saúde, demonstrou que 85,5% delas desejavam ter filhos, e dois terços destas consideravam idade ideal entre 25 e 29 anos. Também demonstrou que as participantes tinham ainda pouco conhecimento, percepção e atitude em relação à fisiologia reprodutiva (BLIDARU; FURAU; SOCOLOV, 2015).

Nos EUA e Austrália jovens planejam filhos para depois do término da graduação e pós-graduação e estabilidade financeira e profissional, e têm incorreta percepção da fertilidade e das taxas de sucesso dos tratamentos de reprodução humana (PETERSON et al., 2012; PRIOR et al., 2018).

O maior número de anos de estudo formal parece estar relacionado com o processo dos jovens, principalmente das mulheres universitárias, de postergar uniões conjugais, adiar o planejamento de filhos e preferir famílias menores, o que torna importante mais pesquisas nessa área a fim de se promover programas de saúde sexual e reprodutiva direcionados a este segmento populacional.

2.6.1 INTENÇÕES REPRODUTIVAS EM UNIVERSITÁRIAS

ESTRATÉGIAS DE BUSCA DA LITERATURA

A estratégia de busca para se estudar a prevalência de intenções reprodutivas em universitárias por meio de revisão da literatura foi conduzida de forma similar à utilizada para estimar a frequência de uso de métodos contraceptivos. Utilizaram-se as bases de dados do Pubmed, SciELO e LILACS.

Os seguintes descritores controlados foram utilizados para a busca: “*reproductive behavior*”, “*family planning*” e “*university students*” retirados do *Medical Subject Headings* (MeSH) ou Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Além disso, utilizaram-se os descritores não controlados “*reproductive desire*”, “*reproductive intention*”, “*children desire*” e “*children intention*” para aumentar a sensibilidade da pesquisa. A estratégia de busca utilizou os operadores booleanos AND e OR. Assim, a estratégia foi definida como: *reproductive behavior OR reproductive desire OR reproductive intention OR family planning OR children desire OR children intention AND university students*. A busca foi realizada com os descritores no idioma inglês (Pubmed) ou português (SciELO e LILACS). Nas bases de dados foram utilizados os seguintes limites: estudos realizados nos últimos dez anos e publicados em língua portuguesa, espanhola e inglesa.

Aplicaram-se os critérios de inclusão: (i) artigos publicados nos idiomas inglês, espanhol ou português; (ii) estudos observacionais de corte transversal ou corte com relato de prevalências de intenções reprodutivas em universitárias e (iii) investigações com relatos de prevalências em mulheres universitárias. Foram excluídos artigos de revisão, qualitativos, editoriais e de opinião. Além desses, estudos que apresentaram a prevalência de desejo reprodutivo positivo (ou intenção de ter filhos) sem a estratificação por sexo. As publicações duplicadas foram identificadas e excluídas.

A seleção dos estudos foi realizada em três etapas. Inicialmente, todos foram triados e pré-selecionados pelos resumos e títulos. Artigos duplicados nas bases de dados foram excluídos. A seguir, foi realizada leitura na íntegra dos estudos pré-selecionados. Em uma terceira etapa, pesquisas adicionais foram realizadas nas referências dos artigos para identificação de potenciais estudos para inclusão na revisão. Para extração dos dados foi preenchido um instrumento com as seguintes informações: autores, ano de publicação, local (cidade e estado), número de participantes e prevalência da intenção reprodutiva. Os títulos dos artigos e seus resumos foram selecionados para leitura e análise. Também foram incluídos e selecionados alguns dos artigos citados nestas referências iniciais.

2.6.2 Prevalência de intenções reprodutivas em universitárias

A Tabela 4 mostra a prevalência de intenções reprodutivas (desejo reprodutivo positivo) em universitárias, obtida a partir da revisão da literatura.

Na Ásia um estudo conduzido com 248 universitárias da Arábia Saudita estimou que 80,0% apresentaram desejo de ter filhos, sendo que 85,0% delas relataram planejar o primeiro filho para depois do término dos estudos e/ou estabilidade na carreira profissional (ALFARAJ et al., 2019).

Na África, investigação feita em 231 universitárias da Nigéria concluiu que 98,7% das nuligestas desejavam filhos em número médio de $3,29 \pm 1,14$ (ABIODUN, 2016).

Na Europa foram encontrados quatro estudos. Os resultados mostraram prevalências de 84,0% na Ucrânia (MOGILEVKINA et al., 2016), 89,0% na Suécia (STENHAMMAR et al., 2015), 94,1% na Finlândia (VIRTALA et al., 2011) e de 97,0% na Dinamarca (SØRENSEN et al., 2016).

Na América do Norte, estudo com 138 universitárias dos EUA estimou uma prevalência de intenções reprodutivas de 88,0% (PETERSON et al., 2012). Por fim, na Oceania, investigação conduzida em 930 universitárias da Austrália estimou frequência de intenções reprodutivas de 72,2%. Destes, a maioria (75%) manifestou desejo de **dois** ou mais filhos (PRIOR et al., 2018).

No Brasil foi encontrado apenas um estudo conduzido na região Nordeste que estimou uma prevalência de 67,3% em 164 estudantes do sexo feminino do curso de enfermagem (Moura et al., 2011).

Tabela 4. Prevalência de intenções reprodutivas em universitárias

Continente/Autores	Local	Amostra	Prevalência (%)
Ásia			
Alfaraj et al. (2019)	Arábia Saudita	248	80,0
África			
Abiodun et al. (2016)	Nigéria	231	98,7
Europa			
Virtala et al. (2011)	Finlândia	2.980	94,1

Stenhammar et al. (2014)	Suécia	359	89,0
Sørensen et al. (2016)	Dinamarca	438	97,0
Mogilevkina et al. (2016)	Ucrânia	858	84,0
América do Norte			
Peterson et al. (2012)	EUA	138	88,0
Oceania			
Prior et al. (2018)	Austrália	930	72,2
América do Sul			
Moura et al. (2011)	Fortaleza, Brasil	164	67,3

6. JUSTIFICATIVA

No mundo todo, os jovens são mais sexualmente ativos que qualquer outro subgrupo da população (TOMASZEWSKI et al., 2017). A idade de iniciação sexual tem sido cada vez mais precoce e a idade desejada para iniciar a vida reprodutiva cada vez mais tardia.

Jovens de alta escolaridade planejam filhos para depois da graduação e da estabilidade profissional (PETERSON et al., 2012; PRIOR et al., 2018), o que impacta em maior tempo de necessidade de contracepção e também nas relações afetivas e comportamento sexual.

Nos Estados Unidos estudo com dados obtidos de um ensaio randomizado para adotar melhores estratégias de escolha do método contraceptivo mais indicado para mulheres de 18 a 40 anos, usuárias de plano privado de saúde, no estado da Pensilvânia, demonstrou que a adoção e escolha do contraceptivo estava relacionada a três fatores principais: risco de gravidez indesejada a

dependem do tipo de relação afetiva no momento, frequência de atividade sexual e intenção reprodutiva futura (WEISMAN et al., 2015).

As práticas contraceptivas adotadas de forma inadequada ou descontinuada expõem as mulheres ao risco aumentado de gravidez indesejada, abortamentos provocados e infecções sexualmente transmissíveis, fato observado e comprovado, mesmo nas jovens de maior nível socioeconômico e de escolaridade, no mundo todo (BLIDARU et al., 2016; LEON-LARIUS & MACÍAS-SEDA, 2017).

No Brasil, nos últimos dez anos, verificou-se que as mulheres estão começando sua vida sexual cada vez mais cedo, o mesmo sucedendo com a prática da anticoncepção (SCHIMANOSKI et al., 2006).

Segundo a PNDS/2006, mais de 80,0% de mulheres sexualmente ativas que não estão em união estável já havia feito ou fazia uso de algum método anticoncepcional. A camisinha masculina e a pílula foram os mais utilizados. Em torno de 20,0% das mulheres usavam injetáveis, 5,0% a camisinha feminina, e aproximadamente 25,0% já tinham tido experiência com contracepção de emergência (PERPÉTUO & WONG, 2009).

Um estudo publicado em 2004 no Brasil, em uma universidade pública do Estado de São Paulo, com objetivo de identificar as intenções reprodutivas e caracterizar as práticas de regulação da fecundidade em um grupo de adolescentes e jovens de alta escolaridade, comprovou que a idade média da sexarca para mulheres foi de 18 anos; 73,0% deles tinham relações sexuais, sendo que mais da metade (58%) destes não estavam em relação de namoro; e 62,5% das jovens usavam método contraceptivo. Os principais métodos citados foram anticoncepcionais orais (pílulas), e preservativo masculino. No estudo, 27 estudantes (2,8%) referiram uma ou mais gestações e foi constatado 52,0% de gestações interrompidas por abortamento provocado. A maioria dos jovens relatou desejo de ter filhos; 76,0% apontaram número ideal de filhos igual a dois e idade ideal para se ter o primeiro filho de, no mínimo, 28 anos (PIROTTA & SCHOR, 2004).

Os estudos que buscaram analisar a vida sexual e intenção reprodutiva em jovens brasileiros confirmaram que há grande “janela” de tempo entre a primeira relação sexual e o desejo de ter o primeiro filho (PANIZ et al., 2005; BORGES et al., 2010).

Assim, estudar o comportamento sexual, expresso pelo uso de métodos contraceptivos e pelas intenções reprodutivas de jovens mulheres, é muito importante para detectar possíveis fatores e situações de risco e contribuir para ações de prevenção e intervenção, a fim de garantir sua saúde sexual e reprodutiva.

Este estudo destina-se a obter informações sobre as características demográficas, socioeconômicas, culturais e do comportamento sexual, bem como dos métodos contraceptivos utilizados e desejos reprodutivos em mulheres universitárias no Estado de Goiás, e assim contribuir para o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde que abranjam este segmento populacional em outros cenários brasileiros de mesmo contexto socioeconômico.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Determinar o uso de contraceptivos, analisar as intenções reprodutivas e verificar respectivos fatores associados em mulheres universitárias da área da saúde da Universidade de Rio Verde, em Goiás.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Artigo 1:

1. Determinar a prevalência do uso geral de método contraceptivo pelas universitárias;
2. Analisar a prevalência dos diferentes métodos contraceptivos utilizados pelas universitárias;

3. Descrever a distribuição do uso de métodos contraceptivos hormonais segundo as características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e discentes;
4. Identificar os fatores associados ao uso dos métodos contraceptivos hormonais;

Artigo 2:

5. Analisar as intenções reprodutivas e fatores associados;

5.HIPÓTESES

1. A prevalência do uso de método contraceptivo é alta, ou seja, maior que 60,0%;
2. Os métodos mais utilizados são a pílula contraceptiva e o preservativo masculino;
3. A taxa de fecundidade é baixa quando comparada a mulheres de mesma faixa etária e nível socioeconômico e escolaridade mais baixos (taxa de fecundidade Brasil 1,8 filhos por mulher / PNDS 2006)
4. A maioria das mulheres deseja ter no máximo dois filhos;

1. METODOLOGIA

Nesta seção são detalhados os métodos do estudo incluindo: identificação do projeto maior, delineamento adotado, localização geográfica e população de estudo, amostragem, instrumento utilizado, treinamento e logística, entrada e análise dos dados, aspectos éticos, cronograma e orçamento.

6.1 IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Trata-se de projeto que parte de um convênio entre a Universidade de Rio Verde (UniRV) e a Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) cujo objetivo é a capacitação, em nível de Pós-Graduação Stricto Sensu (níveis Mestrado e Doutorado Acadêmicos), de professores da UniRV na área da Saúde Coletiva por meio do PPG Saúde Coletiva da UNISINOS. De modo a favorecer a factibilidade do convênio, foi previsto um projeto coletivo para execução de uma coleta única dos dados para avaliar a condição de saúde dos universitários da UniRV, com análise de vários desfechos tais como:

autorrelato de problemas de saúde; dor de cabeça; transtornos psiquiátricos e estresse; distúrbios do sono; estado nutricional e hábitos alimentares; atividade física, comportamento sedentário; consumo de álcool, drogas ilícitas e tabagismo; comportamento alimentar e comportamentos de risco para transtornos alimentares; saúde bucal; qualidade de vida, resiliência, ajustamento social; redes, apoio social, isolamento e capital social; vida sexual e reprodutiva - uso de contraceptivos e preservativos, infecções sexualmente transmissíveis, comportamentos sexuais de risco, papéis de gênero e intenções reprodutivas; expectativas e projetos de vida; relações familiares; participação social e política; *bullying* e comportamentos violentos; uso e atitudes quanto às mídias sociais; uso de serviços de saúde: hospitalizações, serviços ambulatoriais clínicos e odontológicos; Uso de medicamentos (prescritos e não prescritos).

Este estudo refere-se a recorte relacionado ao uso de métodos contraceptivos e intenções reprodutivas.

6.2 DELINEAMENTO

Este é um estudo transversal com base escolar (universitária) em que dados referidos foram coletados por meio de questionário padronizado, pré-testado e autoadministrável que foi aplicado aos universitários durante o período de aulas, no segundo semestre de 2018. Os dados foram referidos pelos participantes incluindo variáveis acadêmicas, demográficas, socioeconômicas, comportamentais, psicossociais e relacionadas à saúde. O sigilo das informações foi garantido ao final do preenchimento, pois os questionários eram depositados em urnas, impossibilitando a identificação dos respondentes.

6.3 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA

O estudo foi conduzido nos municípios de Rio Verde (região sudoeste), Aparecida de Goiânia (região metropolitana de Goiânia) e Goianésia (região norte) localizados no estado de Goiás. As populações e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), no ano de 2018, nesses municípios eram, respectivamente: 229.651, 565.957 e 69.072 habitantes, e 0,8208, 0,8582 e 0,7040 (IBGE, 2018).

Nessas localidades estão situados os campi da Universidade de Rio Verde (UniRV), uma Fundação Pública de Ensino Superior do Estado de Goiás, fundada em 1973, e que se constitui como uma das principais instituições do Centro-Oeste. Com sede situada no sudoeste de Goiás, onde funciona o campus Administrativo, conta com cerca de sete mil acadêmicos, distribuídos em 21 cursos de Graduação e 15 cursos de Pós-Graduação (UNIRV, 2018).

6.4. POPULAÇÃO DE ESTUDO E PLANO AMOSTRAL

A população do estudo maior foi constituída por todos os acadêmicos de graduação vinculados aos Cursos de Enfermagem, Odontologia, Medicina, Fisioterapia, Farmácia e Educação Física, distribuídos nos campi Rio Verde, Aparecida de Goiânia e Goianésia totalizando 2.620 alunos. Aproximadamente 1.500 alunos cursavam Medicina e o restante está dividido entre os outros cursos da saúde.

Foram incluídos os estudantes, de ambos os sexos, que aceitaram participar da pesquisa e responderam ao questionário mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos os menores de 18 anos.

Adicionando-se 10,0% para perdas e 15,0% para controle de fatores de confusão, essa amostra permitirá estimar agravos de saúde com 50,0% de prevalência (maior tamanho de amostra necessário) com uma precisão de 2,2% e intervalo de confiança de 95,0%. Para detectar associações, adicionados 10,0% para perdas, essa amostra possuirá 80,0% de poder para estimar uma razão de prevalência de 1,13 com um intervalo de confiança de 95,0%.

6.4.1 Critérios de Inclusão

Foram consideradas elegíveis as mulheres regularmente matriculadas nos cursos da área da saúde, com idade igual ou superior a 18 anos completos.

6.4.2 Critérios de Exclusão

Para o estudo dos métodos contraceptivos foram excluídas as que não referiram vida sexual ativa e que se encontravam gestantes no momento da coleta de dados.

Para o estudo das intenções reprodutivas foram excluídas as mulheres que já tinham filhos.

6.5. TAMANHO DA AMOSTRA

Para este estudo o cálculo do tamanho da amostra a fim de garantir os dois objetivos propostos foi considerado como ponto de partida uma prevalência estimada para atividade sexual de 70,0% e para uso de métodos anticonceptivos de 60,0%, e erro de 3,0% para ambos os desfechos. Assim, mediante cálculo, verificou-se a necessidade de inclusão de no mínimo 743 mulheres, para atividade sexual e 673 para o uso de métodos anticonceptivos.

6.6 SELEÇÃO E TREINAMENTO DA EQUIPE DE PESQUISA

A equipe da pesquisa foi composta por três coordenadores, 26 pesquisadores pós-graduandos em Saúde Coletiva, dez do doutorado e 16 do mestrado, que atuaram como equipe de campo e 52 auxiliares de pesquisa, acadêmicos da UniRV.

Cada Campus onde foram realizadas as coletas de dados contou com um coordenador que foi responsável pela supervisão dos trabalhos de campo, definição do número de entrevistas por pesquisador, recolhimento dos questionários e bancos de dados das equipes de campo. Cada membro da equipe de campo se responsabilizou pelo planejamento dos trabalhos de campo, aquisição de materiais, abordagem das turmas, efetivação das entrevistas com os participantes e codificação dos questionários. Os auxiliares de pesquisa realizaram tarefas diversas, como organização de material, ligações telefônicas e entrada dos dados no programa Epi-data.

Um manual de instruções do estudo foi construído para servir de guia no caso de dúvidas no preenchimento ou codificação do questionário. (APÊNDICE B)

O primeiro treinamento, ocorrido de 18 a 21 de outubro de 2018, na sede da UniRv, incluiu instruções gerais, dramatização e piloto e contou com a participação de 11 pesquisadores. Foi realizado nos períodos matutino, vespertino e noturno e teve duração aproximada de 40 horas, sob orientação e coordenação do Prof. Dr. Marcos Pascoal Patussi de forma presencial.

O segundo treinamento incluiu instruções gerais e dramatização com a presença dos 26 pesquisadores e ocorreu no dia 10 de novembro de 2018, na UniRV sede, nos períodos matutino e vespertino com duração aproximada de 08 horas, sob a orientação de três pesquisadores que estavam no primeiro treinamento e coordenação do Prof. Dr. Marcos Pascoal Patussi de forma virtual (via skype).

Em ambos os treinamentos foram abordados os aspectos gerais da pesquisa. Todas as questões foram lidas e explicadas conforme o “Manual de Instruções do Estudo” (APÊNDICE B), contendo informações acerca da coleta de dados, sendo sanadas eventuais dúvidas, e cronometrado o tempo gasto com a leitura para a aplicação do instrumento. Cada pesquisador responsabilizou-se pela apresentação das suas questões.

6.7. ESTUDO PILOTO

Para a realização do estudo piloto foram selecionados, por conveniência, três turmas do décimo (10º) período do curso de graduação em Direito do turno noturno da UniRV, por apresentarem uma heterogeneidade de características gerais de saúde, segundo a literatura. Esta etapa ocorreu nos dias 19 e 20 de outubro de 2018.

No dia 19 de outubro de 2018, das 19h às 19h 50min, a aplicação dos questionários foi conduzida no 10º período “A” do curso de graduação em Direito. Houve a participação de quatro pesquisadores e do coordenador responsável, havendo a apresentação da pesquisa aos alunos, da carta de autorização, a distribuição dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o recolhimento deste após autorização dos universitários. Foi realizada a leitura do questionário e o preenchimento simultâneo dos acadêmicos presentes. Durante a leitura dos questionários alguns acadêmicos atrasados foram recebidos por um pesquisador e foi repetido o processo de convite, apresentação da pesquisa e distribuição do TCLE, sem que fosse interrompida a leitura já iniciada para aqueles que estavam respondendo ao questionário. Após o término do preenchimento foi feita a entrega individual dos questionários na urna disponibilizada para tal finalidade, totalizando 27 questionários respondidos e 21 perdas, sendo 19 ausências e dois questionários incompletos.

No dia 20 de outubro de 2018, das 19h às 19h 50min, a aplicação dos questionários foi feita no 10º período “B” e 10º período “C” do curso de graduação em Direito. Houve a participação de seis pesquisadores e do coordenador responsável, tendo sido realizado o mesmo procedimento do dia anterior, apenas com a diferença que no 10º “B” não houve a leitura do questionário e no 10º “C” houve a leitura do questionário pelo pesquisador, ou seja, foram utilizadas formas diferentes de aplicação a fim de se observar o comportamento dos universitários.

Com a finalização deste dia teve-se no 10º “B” 15 questionários respondidos e 21 perdas, sendo 20 ausências e uma recusa, e no 10º “C” 15 respondentes e 15 perdas, sendo 13 ausências, uma recusa e um questionário incompleto.

Este estudo piloto teve por finalidade identificar possíveis falhas ainda presentes no instrumento do estudo e realizar adequações na forma de aplicação e aprimoramento do “Manual de Instruções do Estudo” (APÊNDICE B).

6.8. LOGÍSTICA

Primeiramente o projeto foi apresentado pelos Coordenadores de Pesquisa à Reitoria da UniRV. Após seu consentimento e autorização por escrito, foi encaminhado à Pró Reitoria de Graduação e Pró Reitoria de Pesquisa para que tomassem conhecimento do projeto. Posteriormente, juntamente com a carta de autorização do Reitor, o projeto foi apresentado aos diretores dos cursos da saúde (Medicina, Odontologia, Fisioterapia, Farmácia, Enfermagem e Educação Física) para assim solicitarem a elaboração de uma carta de apresentação da pesquisa aos professores, no momento da coleta de dados, dentro da sala de aula.

Com todas as autorizações requisitadas os alunos foram informados da realização da pesquisa e seus propósitos via Sistema Educacional Integrado (SEI), a que todos os acadêmicos regularmente matriculados têm acesso.

A listagem de todos os universitários elegíveis para a pesquisa foi requisitada à área de Tecnologia da Informação da Universidade. Posteriormente, foi separada em ordem alfabética e distribuída por curso e período. Por meio desta listagem os pesquisadores colheram assinatura dos acadêmicos que participaram da pesquisa no momento da coleta de dados.

Com a relação dos acadêmicos distribuídos por curso e período, os Supervisores do Trabalho de Campo preencheram em cada questionário a identificação do participante (IDAL), sendo composto por: primeiro algarismo referente ao Campus, o segundo algarismo referente ao curso e os próximos três algarismos referentes ao número de alunos matriculados em cada curso, além do número de identificação do Entrevistador, sendo este um mestrando ou doutorando. A identificação dos entrevistadores já estava pré-determinada.

Na etapa seguinte os questionários previamente identificados e separados por turma foram entregues à equipe de campo, responsável pela sua aplicação.

6.9. COLETA DE DADOS

A Equipe de Campo, em posse da autorização para realização da pesquisa, dos questionários numerados e ordenados sequencialmente de acordo com a lista de chamada da turma, e com a planilha de controle, se conduziu à sala para realização da coleta de dados.

Os acadêmicos foram abordados em sala de aula, assinaram uma lista de presença contendo seus nomes e, em seguida, receberam o questionário de pesquisa e duas cópias do TCLE (ANEXO 1), que foi lido em voz alta pelo pesquisador. Em caso de aceite, o participante foi orientado a assinar as duas vias. Uma das vias ficou em posse do acadêmico e a outra em posse da Equipe de Campo, sendo guardada juntamente com os questionários preenchidos em um caixa na sala dos Coordenadores da Pesquisa em cada Campus.

Os acadêmicos que não consentiram em participar da pesquisa foram autorizados a se retirar da sala. Os demais foram orientados a responderem ao questionário após leitura realizada pelo integrante da Equipe de Campo. Esta leitura foi realizada em voz alta, clara e pausada, sem dar qualquer tipo de ênfase em alguma questão ou termos específicos. Em caso de o acadêmico não entender alguma questão, a leitura foi refeita da mesma forma sem qualquer tipo de explicação adicional, uma vez que o questionário era autoexplicativo.

Após o término do preenchimento do questionário, o acadêmico foi orientado a colocá-lo em urna lacrada, disposta na frente da sala. O integrante da Equipe de Campo, em posse da caixa, numa sala reservada, realizou sua conferência e codificação e em seguida os colocou, com os TCLE assinados, em um armário na sala dos Coordenadores da Pesquisa em cada Campus, até o momento da dupla digitação simultânea.

Os acadêmicos ausentes no dia programado para coleta de dados foram contatados e convidados a participarem da pesquisa. Os não localizados após três tentativas foram considerados como perdas, assim como os acadêmicos que se recusaram a participar ou mesmo que deixaram o questionário em branco. Ao final, 2.658 questionários foram aplicados; destes, 2.620 foram respondidos na íntegra; houve 342 ausências, oito recusas e duas desistências, perfazendo um total de 352 perdas (13,4% do total inicial).

Os questionários devidamente codificados pelas Equipes de Campo foram encaminhados à Coordenação da Pesquisa de Aparecida de Goiânia, e quatro auxiliares de pesquisa realizaram a dupla digitação simultânea dos dados.

6.10 INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS

Para caracterização dos acadêmicos foi aplicado um questionário padronizado, pré-testado e autoaplicável, composto por 208 perguntas divididas em dois blocos principais: aspectos sociodemográficos e aspectos comportamentais (APÊNDICE A).

No tocante aos aspectos sociodemográficos os acadêmicos foram questionados quanto ao sexo, idade, estado civil, raça, renda, escolaridade, curso de graduação, tempo que está cursando, turno do curso, entre outros tópicos.

Quanto aos aspectos comportamentais, foram realizadas perguntas referentes aos hábitos de vida dos acadêmicos, incluindo questões relativas ao comportamento sedentário, prática de atividade física, prática sexual, etilismo, tabagismo, peso e estatura autorreferidos, entre outros, a fim de contemplar os desfechos dos estudos dos mestrandos e doutorandos do Projeto Coletivo de Pesquisa.

6.11. DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

O uso de métodos contraceptivos e as intenções reprodutivas foram os desfechos desta tese. Somente responderam a esta parte do questionário as mulheres.

Métodos Contraceptivos

Para isso as entrevistadas foram questionadas sobre uso de método contraceptivo categorizado como: sim ou não, e qual método contraceptivo utilizaram no último ano (classificados e categorizados como: anticoncepcional oral, anticoncepcional injetável, adesivos hormonais, anel vaginal, dispositivo intrauterino hormonal, implantes contraceptivos, preservativo masculino e feminino, dispositivo intrauterino não hormonal, ligadura tubária, tabelinha, coito interrompido, diafragma, gel espermicida, pílula do dia seguinte ou outro).

Intenções Reprodutivas

Para determinar as intenções reprodutivas foram questionadas sobre desejo de ter filhos (sim; não) e número ideal pretendido de filhos (um; dois; mais de dois).

Variáveis Explanatórias

As variáveis independentes foram utilizadas tanto para as análises envolvendo o uso de método contraceptivo quanto para as intenções reprodutivas. Foram categorizadas em demográficas, socioeconômicas, características discentes, e comportamentais ligadas à vida sexual e reprodutiva.

As variáveis demográficas foram: idade em anos (categorizada em faixa etária de 18-20; 21-22; 23-24; 25 ou mais), cor da pele autorreferida (branca; não branca), situação conjugal coletada como estado civil: solteira, casada, com companheiro, viúva, outro (categorizada como: com; sem companheiro) e moradia (mora sozinha; mora com mãe, pai(s), companheiro ou responsável; mora com colega(s) ou amigo(s)).

A variável socioeconômica foi avaliada por pontos atribuídos à posse de bens de consumo, nível de escolaridade do chefe da família e acesso a serviços públicos, critérios de classificação econômica propostos pela ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa) em 2018 e categorizada em: A; B; C + D + E.

As variáveis que representam as características discentes e aspectos comportamentais relacionados à vida sexual e reprodutiva são: curso (medicina; odontologia; fisioterapia; outros); períodos completos de estudo na graduação (1 a 6; 7 ou mais); religião (católica; evangélica / protestante; outras; sem religião); sexarca - idade da primeira relação sexual - (até 15 anos; 16-17; 18 ou mais); atividade sexual determinada pelo número de parceiro(s) sexual (is) no último ano (um; dois; três ou mais); e a paridade, referida como ocorrência de gravidez prévia (sem filhos; com filhos).

Quadro 1. Quadro de distribuição e classificação das variáveis independentes e respectiva categorização. UNIRV, Rio Verde, outubro 2018:

Variável	Formas de Coleta	Categorização
----------	------------------	---------------

Idade	Referida em anos completos	Categorizada em faixas etárias: 1. 18 - 20 2. 21 - 22 3. 23 - 24 4. 25 ou mais
Raça/COR DA PELE	Referida como branca, parda, preta, indígena e amarela	1. Branca 2. Não branca
Situação Conjugal	Referida pela entrevistada como casada, solteira, com companheiro, viúva, outro	1. com companheiro 2. sem companheiro
Moradia	Referida como mora sozinha, mora com mãe, mora com pai(s), mora com companheiro, mora com colega ou amigo(s)	1. Mora sozinha 2. Mora com pais, responsáveis ou , companheiro 3. Mora com colega ou amigo(s)
Classe Econômica	Critérios ABEP 2018	1. A 2. B 3. C +D + E
Curso matriculado	Referido em medicina, odontologia, fisioterapia, farmácia, enfermagem, e educação física.	1. Medicina 2. Odontologia 3. Outros

Período letivo da Graduação	Referida em semestres completos de estudo na graduação (faculdade)	1. 0 a 6 2. 7 ou mais
Religião	Referida como católica, evangélica, protestante, espírita, ateu, umbanda, candomblé, agnóstico, budismo, islamismo, outros	1. Católica 2. Protestante ou Evangélica 3. Outras 4. Sem religião
Sexarca	Referida como idade em anos da primeira relação sexual	1. Até 15 anos 2. 16 a 17 anos 3. 18 anos ou mais
Número de parceiros sexuais	Referida pela entrevistada como número de parceiros sexuais no último ano	1. Um 2. Dois 3. 3 ou mais
Paridade	Referida como presença ou não de gestação prévia.	1. Sem filhos 2. Com filhos

6.12. ENTRADA E ANÁLISE DOS DADOS

A entrada dos dados foi realizada por meio do software EpiData 3.1, em dupla digitação, para posterior comparação com as fichas originais, de modo a eliminar a possibilidade de erros de digitação. A consistência e a análise dos dados foram realizadas no software Stata, versão 12.0 (*StataCorp., College Station, TX, USA*).

ARTIGO 1

Neste estudo as variáveis foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas.

A análise bruta foi realizada para o desfecho (uso de método contraceptivo hormonal) por meio das razões de prevalência, intervalos de confiança e testes estatísticos. A associação entre as variáveis independentes e o desfecho foi realizada utilizando o teste Qui-quadrado, com p-valor de Pearson para heterogeneidade de proporções para as variáveis categóricas dicotômicas e nominais e p-valor de Tendência Linear para as variáveis categóricas ordinais.

As variáveis que obtiverem associação com o desfecho num nível de significância \leq a 20,0% na análise bruta foram levadas à análise ajustada para controle de fatores de confusão, permanecendo no modelo as que atingirem valor $p < 0,05$.

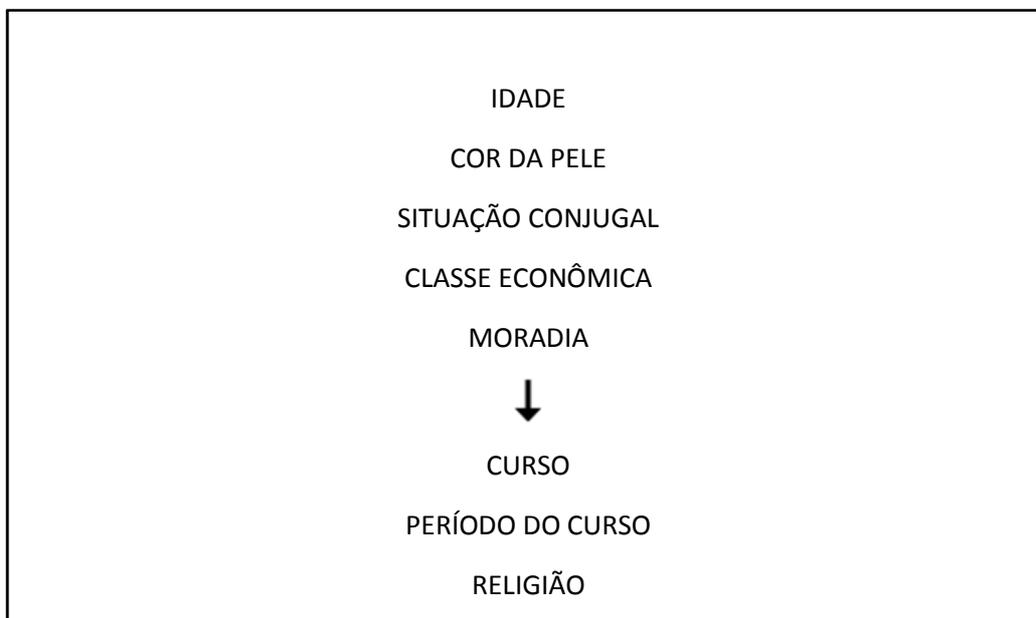
Para análise ajustada foi utilizado modelo hierarquizado das variáveis, considerando sua relação com o desfecho. As variáveis demográficas e socioeconômicas ficaram localizadas no primeiro nível; no segundo nível ficaram as variáveis características discentes e religião; e, no terceiro nível, as comportamentais relacionadas à saúde reprodutiva, todas determinando o desfecho (Quadro 2).

Quadro 2: Modelo de hierarquização das variáveis

ARTIGO 2

Intenção reprodutiva foi definida como desejo de ter filhos em qualquer época da vida, assim, os desfechos foram construídos a partir da pergunta “você deseja ter filhos?” (categorizada como não; sim) e “quantos filhos você deseja ter?” registrando-se como resposta o número de filhos (categorizada como: um a dois filhos; três ou mais filhos).

Desta forma, o desfecho foi construído com três categorias: nenhum; um a dois filhos; três filhos ou mais.



Foram incluídas as mulheres com 18 anos ou mais, sem filhos, e não grávidas no momento da coleta de dados, e foram analisadas as universitárias que desejavam ter um ou dois filhos e aquelas com desejo de três ou mais filhos, sendo a categoria nenhum filho, a de referência.

Inicialmente, os dados foram descritos por meio das frequências absolutas e relativas dos desfechos, e de todas as variáveis independentes, para retratar a população estudada. A seguir, para as análises bivariada e múltipla foi realizada regressão logística multinomial para investigar se estas mesmas variáveis estavam associadas às intenções reprodutivas (desejo de ter um ou dois filhos, ou desejo de ter três ou mais filhos), sendo a categoria de referência: não ter desejo de filhos. Ingressaram no modelo de ajuste as variáveis que atingiram valor de p de até 0,20, permanecendo no modelo quando atingiram o nível de significância de 0,05.

6.13. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA

Os resultados da presente pesquisa foram divulgados com a publicação de artigos em periódicos nacionais e internacionais, contribuindo para o meio científico nas áreas de epidemiologia e saúde coletiva, e serão encaminhados à UniRV, de modo a possibilitar o planejamento e implementação de ações de promoção de saúde. Será dado um retorno aos acadêmicos e à direção dos respectivos cursos de saúde da Universidade de Rio Verde apresentando os principais resultados em um relatório com informações gerais e individualizadas por curso acadêmico.

6.14. ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigação obedeceu aos critérios estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, o projeto foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UNISINOS (sob o parecer 2.892.764) e UniRV (sob o parecer 2.905.704) (ANEXOS 2 e 3).

Os acadêmicos foram esclarecidos a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa e decidiram livremente sobre a sua participação. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1). O sigilo e confidencialidade dos dados foram preservados, sendo que nenhum participante foi identificado durante a aplicação do questionário, nem posteriormente, na digitação e análise dos dados. Os questionários foram identificados por números, não sendo possível a identificação dos participantes, armazenados em local seguro na UniRV e serão incinerados após cinco anos.

A pesquisa apresentou risco mínimo, com certo desconforto do participante ao responder às questões da entrevista. Porém todos foram instruídos sobre os procedimentos da pesquisa, com o suporte necessário em caso de ocorrência de situação atípica e oferta de desistência da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo pessoal.

7. CRONOGRAMA

8. ORÇAMENTO

Descrição	Unidade	Custo unitário	Quantidade	Custo total
Internet	mensalidade	90,00	24	2.160,00
Caneta	caixa	30,00	3	90,00
Prancheta	unidade	4,00	1	4,00
Impressão	unidade	0,66	8.100	5.350,00
Combustível	litro	3,00	100 litros	300,00
Revisão Gramatical	página	9,00	100	900,00
Tradução para o Inglês (artigos)	Página	59,50	10	595,00
Custos de publicação	-	-	1	6.000,00
TOTAL				15.399,00

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIODUN, O. Use of emergency contraception in Nigeria: An exploration of related factors among sexually active female university students. **Sexual and Reproductive Healthcare**, v. 7, p. 14–20, 2016.

ABIODUN O; ALAUSA K; OLASEHINDE O. Ignorance could hurt: an assessment of fertility awareness, childbirth intentions and parenting attitudes among university students. **Int J Adolesc Med Health**. 2016; 30:1–11.

AHMED, Z. D. et al. Knowledge and utilization of contraceptive devices among unmarried undergraduate students of a tertiary institution in Kano State, Nigeria 2016. **The Pan African Medical Journal**, v. 26, 2017.

ALFARAJ, S. et al. Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes toward parenthood among female health professions students in Saudi Arabia. **International journal of health sciences**, v. 13, n. 3, p. 34–39, 2019. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31123438>%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC6512144>.

ALKEMA, Leontine. et al. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. **The Lancet**, v. 381, n. 9878, p. 1642-1652, 2013.

AREGAY, W. et al. Utilization of long acting reversible contraceptive methods and associated factors among female college students in Gondar town, northwest Ethiopia, 2018: Institutional based cross-sectional study. **BMC Research Notes**, v. 11, n. 1, p. 11–16, 2018.

ATTIA, A. M.; IBRAHIM, M. M.; ABOU-SETTA, A. M. Role of the levonorgestrel intrauterine system in effective contraception. **Patient Preference and Adherence**, v. 7, p. 777–785, 2013.

BAUZÀ, M. L. et al. Emergency contraception and risk habits in a university population. **European Journal of Contraception and Reproductive Health Care**, v. 23, n. 6, p. 427–433, 2018.

BERQUÓ, E.; GARCIA, S.; LIMA, L. Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 685-693, 2012.

BLIDARU, I. E.; FURAU, G.; SOCOLOV, D. Female Romanian university students' attitudes and perceptions about contraception and motherhood. **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, v. 21, n. 1, p. 39-48, 2016.

BOISLARD, M.-A.; VAN DE BONGARDT, D.; BLAIS, M. Sexuality (and lack thereof) in adolescence and early adulthood: A review of the literature. **Behavioral Sciences**, v. 6, n. 1, p. 8, 2016.

BONGAARTS, J. Global fertility and population trends. **Seminars in Reproductive Medicine**, v. 33, n. 1, p. 5–10, 2015.

BORGES, A. L. V. et al. Práticas contraceptivas entre jovens universitários: o uso da anticoncepção de emergência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 816-826, 2010.

BORGES, M. R. et al. Sexual behaviour among initial academic students. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2, p. 2505, 2015.

Brasil. MS. **Lei nº. 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo*. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2005d. 24

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Marco Teórico e Referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2007a. 56 p.

Brasil. Ministério da Saúde (BR); Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF): **Ministério da Saúde**; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n.º 26. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. 1 Edição.

BRITO, M. B. et al. Low level of knowledge of contraceptive methods among pregnant teens in Brazil. **Journal of pediatric and adolescent gynecology**, v. 31, n. 3, p. 281-284, 2018.

CARRENO, I. et al. Uso de métodos contraceptivos em mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** 2006; 22(5): 1101-1109.

CARRENO, I.; DIAS-DA-COSTA, J. S. Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 720-726, 2006.

CHAN C.H. et al. Intentions and attitudes towards parenthood and fertility awareness among Chinese university students in Hong Kong: a comparison with Western samples. **Hum Reprod** 2015;30:364–372.

CHANDRA-MOULI, V. et al. Contraception for adolescents in low and middle income countries: Needs, barriers, and access. **Reproductive Health**, v. 11, n. 1, p. 1–8, 2014.

CHOFAKIAN, C. B. DO N. et al. Contraceptive patterns after use of emergency contraception among female undergraduate students in Brazil. **European Journal of Contraception and Reproductive Health Care**, v. 23, n. 5, p. 335–343, 2018.

COLQUITT, C. W.; MARTIN, T. S. Contraceptive Methods: a review of nonbarrier and barrier products. **Journal of Pharmacy Practice**, v. 30, n. 1, p. 130–135, 2017.

DARROCH, J. E.; SINGH, S.. Trends in contraceptive need and use in developing countries in 2003, 2008, and 2012: an analysis of national surveys. **The Lancet**, v. 381, n. 9879, p. 1756-1762, 2013.

DAVIS, A. R.; PRADITPAN, P. Emergency Contraception: two steps forward, one step back. **Seminars in Reproductive Medicine**, v. 34, n. 3, p. 152–158, 2016.

DEAN, S.V. et al. Preconception care: promoting reproductive planning. **Reproductive Health** 2014, 11(Suppl 3): S2, 2014.

DELATORRE, M. Z.; DIAS, A. C. G. Conhecimentos e práticas sobre métodos contraceptivos em estudantes universitários. **Revista da SPAGESP**, v. 16, n. 1, p. 60–73, 2015.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Uso de métodos anticoncepcionais e adequação de contraceptivos hormonais orais na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: 1992 e 1999. **Cadernos de saúde pública. Rio de Janeiro. Vol. 18, nº. 1 (jan.-fev. 2002), p. 93-99**, 2002.

DONADIKI, E. M. et al. Factors related to contraceptive methods among female higher education students in Greece. **Journal of pediatric and adolescent gynecology**, v. 26, n. 6, p. 334-339, 2013.

ERSEK, J. L. et al. Satisfaction and discontinuation of contraception by contraceptive method among university women. **Maternal and Child Health Journal**, v. 15, n. 4, p. 497–506, 2011.

FARIAS, M. R. et al. Use of and access to oral and injectable contraceptives in Brazil. **Revista de saúde pública**, v. 50, p. 14s, 2016.

FERREIRA, M. M. da S. R. D. S.; TORGAL, M. C. L. de F. P. R. Life styles in adolescence: sexual behavior of Portuguese adolescents. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 589–95, 2011.

FERREIRA, J. B.; COSTA, A. P. V. da; CHAGAS, A. C. F. A prática do uso da anticoncepção de emergência em jovens universitárias de uma instituição privada de Campo Grande-MS. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, v. 8, n. 22, p. 3, 2018.

GALLO, M. F.; KILBOURNE-BROOK, M.; COFFEY, P. S. A review of the effectiveness and acceptability of the female condom for dual protection. **Sexual Health**, v. 9, n. 1, p. 18–26, 2012.

GAZIBARA, T. et al. Oral contraceptives usage patterns: study of knowledge, attitudes and experience in Belgrade female medical students. **Archives of gynecology and obstetrics**, v. 288, n. 5, p. 1165-1170, 2013.

GEBRESLLASIE, F.; TSADIK, M.; BERHANE, E. Potential predictors of risk sexual behavior among private college students in Mekelle City, North Ethiopia. **Pan African Medical Journal**, v. 28, p. 1–11, 2017.

GONÇALVES, T. R.; et al. Desigualdades sociais no uso de contraceptivos em mulheres adultas no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública** 2019; 53:28.

GRAESSLIN, O.; KORVER, T. The Contraceptive Efficacy of Implanon: A Review of Clinical Trials and Marketing Experience. **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, v. Suppl

1, p. 4–12, 2008.

HABITU, Y. A. et al. Prevalence of and factors associated with emergency contraceptive use among female undergraduates in Arba Minch University, Southern Ethiopia, 2015: a cross-sectional study. **International Journal of Population Research**, v. 2018, p. 1–8, 2018.

HEILBORN, M. L. et al. CONPRuSUS, Grupo. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. s269-s278, 2009.

HIGGINS, J. A. et al. Young adult sexual health: current and prior sexual behaviours among non-Hispanic white US college students. **Sexual Health**, v. 7, n. 1, p. 35, 2010.

HOQUE, M. E.; GHUMAN, S. Knowledge, practices, and attitudes of emergency contraception among female university students in KwaZulu-Natal, South Africa. **PLoS ONE**, v. 7, n. 9, p. 1–7, 2012.

HOHMANN, H.; CREININ, M. D. The contraceptive implant. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 50, n. 4, p. 907–917, 2007.

HOOPES, A. J. et al. Low acceptability of certain contraceptive methods among young women. **Journal of pediatric and adolescent gynecology**, 2017.

JATLAOUI, T. C.; RILEY, H. E. M.; CURTIS, K. M. The safety of intrauterine devices among young women: a systematic review. **Contraception**, v. 95, n. 1, p. 17–39, 2017.

KAILASAM, C.; CAHILL, D. Review of the safety, efficacy and patient acceptability of the levonorgestrel-releasing intrauterine system. **Patient Preference and Adherence**, v. 2, p. 293–301, 2008.

KAUNITZ, A. M. et al. Subcutaneous DMPA vs. intramuscular DMPA: a 2-year randomized study of contraceptive efficacy and bone mineral density. **Contraception**, v. 80, n. 1, p. 7–17, 2009.

KIM, C. R.; FØNHUS, M. S.; GANATRA, B. Self-administration of injectable contraceptives: a systematic review. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 124, n. 2, p. 200–208, 2017.

KRANSDORF, L. N. et al. Reproductive life planning: a cross-sectional study of what college students know and believe. **Maternal and child health journal**, v. 20, n. 6, p. 1161-1169, 2016.

LANGSTON, A. Emergency contraception: Update and review. **Seminars in Reproductive Medicine**, v. 28, n. 2, p. 95–102, 2010.

LEON-LARIOS, F.; MACÍAS-SEDA, J. Factors related to healthy sexual and contraceptive behaviors in undergraduate students at university of Seville: a cross-sectional study. **Reproductive health**, v. 14, n. 1, p. 179, 2017.

LOGAN, R. G. et al. Is Long-acting reversible contraceptive use increasing? Assessing trends among U.S. college women, 2008–2013. **Maternal and Child Health Journal**, v. 22, n. 11, p. 1639–1646, 2018.

LONG, L. et al. Association between college health services and contraceptive use among female students at five colleges in Wuhan, China: A cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, p. 1–8, 2016.

LOTKE, P. et al. Contraceptive use and pregnancy intention: a survey of young women. **Contraception**, v. 90, n. 3, p. 315-316, 2014.

Luiz M.S., Nakano A.R., Bonan C. Planejamento reprodutivo na clínica da família de um Teias: condições facilitadoras e limites à assistência. **Saúde debate**. 2015; 39(106):671-82.

M.J.S. et al. Sexual behavior, contraceptive knowledge and use among female undergraduates' students of Muhimbili and Dar es Salaam Universities, Tanzania: A cross-sectional study. **BMC Women's Health**, v. 14, n. 1, p. 1–8, 2014.

MALTA, D. C. et al. Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, p. 147-156, 2011.

MEHRA, D. et al. Non-use of contraception: determinants among Ugandan university students. **Global health action**, v. 5, p. 18599, 2012.

MILHAUSEN, R. R. et al. Prevalence and predictors of condom use in a national sample of Canadian university students. **The Canadian Journal of Human Sexuality**, v. 22, n. 3, p. 142–151, 2013.

MINCH, A.; ZONE, G. G. Unintended Pregnancy: magnitude and associated factors among pregnant women in Arba Minch Town, Gamo Gofa Zone, Ethiopia, 2015. **Reprod Syst Sex Disord**, v. 5, n. 4, p. 20–25, 2015.

MISHORE, K. M.; WOLDEMARIAM, A. D.; HULUKA, S. A. Emergency Contraceptives: knowledge and practice towards its use among Ethiopian Female college graduating students. **International Journal of Reproductive Medicine**, v. 2019, p. 1–8, 2019.

MOGILEVKINA, I. et al. Ukrainian medical students attitudes to parenthood and knowledge of fertility. **European Journal of Contraception and Reproductive Health Care**, v. 21, n. 2, p. 189–194, 2016.

MOREIRA, L. R.; DUMITH, S. C.; PALUDO, S. dos S. Uso de preservativos na última relação sexual entre universitários: quantos usam e quem são? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1255–1266, 2018.

MORRISON, L. F. et al. Protective factors, risk indicators, and contraceptive consistency among college women. **JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v. 45, n. 2, p. 155–165, 2016.

MOSS, C.; ISLEY, M. M. Sterilization. a review and update. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, v. 42, n. 4, p. 713–724, 2015.

MOURA L.N.B.; GOMES K.R.O. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. **Cien Saúde Colet.** 2014; 19(3):841-6.

MOURA E.R.F. et al. Prática anticoncepcional e aspectos sexuais e reprodutivos de acadêmicos de enfermagem. **Rev. Min. Enferm.**; 15(2): 225 - 232, abr/jun., 2011.

NELSON, A.; MASSOUDI, N. New developments in intrauterine device use: focus on the US. **Open Access Journal of Contraception**, v. Volume 7, p. 127–141, 2016.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, p. S25-S32, 1998.

PAIVA, V. et al. Grupo de estudos em População, Sexualidade e Aids. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. **Revista de saúde pública**, v. 42, p. 45-53, 2008.

PANIZ, V. M. V.; FASSA, A. G.; SILVA, M. C. da. Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 1747-1760, 2005.

PAULA, A.; STECKERT, P.; NUNES, S. F. Contraceptivos Hormonais Orais: utilização e fatores de risco em universitárias. v. 45, n. 1, p. 78–92, 2016.

PELTZER, K.; AKINTADE, O.; PENGPID, S. Awareness, and use of and barriers to family planning services among female university students in Lesotho. **South African Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 17, n. 3, p. 72- ,73,74,76,77,78, 2011.

PELTZER, K.; PENGPID, S. Contraceptive non-use and associated factors among university students in 22 countries. **African Health Sciences**, v. 15, n. 4, p. 1056–1064, 2015.

PERPÉTUO, I. H. O.; WONG, L. L. R. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher-PNDS**, p. 87-104, 2006.

PETERSON, B. D. et al. Fertility awareness and parenting attitudes among American male and female undergraduate university students. **Human Reproduction**, v. 27, n. 5, p. 1375–1382, 2012. PIROTTA, K.C.M.; SCHOR, N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, p. 495-502, 2004.

PORTO, U. et al. Comportamentos contraceptivos de estudantes portugueses do ensino superior. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 4, p. 1805–1813, 2018.

PRIOR, E. et al. Fertility facts, figures and future plans: an online survey of university students. **Human Fertility**, v. 22, n. 4, p. 283–290, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/14647273.2018.1482569>>.

RAKHI, J.; SUMATHI, M. Contraceptive methods: Needs, options and utilization. **Journal of Obstetrics and Gynecology of India**, v. 61, n. 6, p. 626–634, 2011.

RAMDHAN, R. C. et al. Complications of Subcutaneous Contraception: a review. **Cureus**, v. 10, n. 1, p. 1–10, 2018.

RAMESH, A. Are Nepali students at risk of HIV? A cross-sectional study of condom use at first sexual intercourse among college students in Kathmandu. **Journal of the International AIDS Society**, v. 13, n. 1, p. 1–7, 2010.

REIS, M. et al. Os comportamentos sexuais dos universitários portugueses de ambos os sexos em 2010. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 105–114, 2012.

ROSENBERG, M. J. et al. The male polyurethane condom: a review of current knowledge. **Contraception**, v. 53, n. 3, p. 141–6, 1996.

SANTOS, J. M. J. et al. Influence in the reproductive planning and the women's satisfaction with the discovery of being pregnant in the quality of prenatal care in Brazil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife**, 19(3): 529-535, jul-set., 2019.

SCHIMANOSKI, P. et al. Uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Salão de Iniciação Científica (18.: 2006: Porto Alegre, RS). Livro de resumos. Porto Alegre: UFRGS**, 2006.

SCHIVONE, G.; DORFLINGER, L.; HALPERN, V. Injectable contraception: updates and innovation. **Current Opinion in Obstetrics and Gynecology**, v. 28, n. 6, p. 504–509, 2016.

SCHOR, N. et al. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. **Cad Saúde Pública** 2000; 16:377-84.

SILVA, F. C. da et al. Diferenças regionais de conhecimento, opinião e uso de contraceptivo de emergência entre universitários brasileiros de cursos da área de saúde TT. **Cad Saúde Pública**, 26(9), 1821–1831, 2010.

SØRENSEN, N. O. et al. Fertility awareness and attitudes towards parenthood among Danish university college students. **Reproductive health**, v. 13, n. 1, p. 146, 2016.

STENHAMMAR, C. et al. Sexual and contraceptive behavior among female university students in Sweden—repeated surveys over a 25-year period. **Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica**, v. 94, n. 3, p. 253-259, 2015.

STEWART, M.; BLACK, K. Choosing a combined oral contraceptive pill. **Australian Prescriber**, v. 38, n. 1, p. 6–11, 2015.

TYDÉN, T.; PALMQVIST, M.; LARSSON, M. A repeated survey of sexual behavior among female university students in Sweden. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v. 91, n. 2, p. 215–219, 2012.

TOMASZEWSKI, D. et al Relationship between self-efficacy and patient knowledge on adherence to oral contraceptives using the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). **Reproductive health**, v. 14, n. 1, p. 110, 2017.

VELOSO, D. L. C. et al. Anticoncepção de emergência: conhecimento e atitude de acadêmicos de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 2, p. 33–39, 2014.

VIRTALA, A. et al. Childbearing, the desire to have children, and awareness about the impact of age on female fertility among Finnish university students. **European Journal of Contraception and Reproductive Health Care**, v. 16, n. 2, p. 108–115, 2011.

WALTERMAURER, E.; DOLEYRES, H. M. Emergency Contraception Considerations and Use Among College Women. v. 22, n. 2, 2013.

WANG, H. et al. Contraception and unintended pregnancy among unmarried female university students: A cross-sectional study from China. **PLoS ONE**, v. 10, n. 6, p. 1–11, 2015.

WEISMAN, C. S. et al. How do pregnancy intentions affect contraceptive choices when cost is not a factor? A study of privately insured women. **Contraception**, 92(5), 501–507, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children. International report from the 2005/2006 survey. **Copenhagen: World Health Organization**, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use: A WHO Family Planning Cornerstone. 5th edition. Geneva: World Health Organization; 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf?sequence=1>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sexually Transmitted Infections (STIs). Geneva: World Health Organization; 2016.

WRIGHT, K. O.; FABAMWO, A. O.; AKINOLA, O. I. Emergency contraception: a different perspective on knowledge and use among female undergraduates in a non-residential tertiary institution in Nigeria. **International Journal of Medicine and Medical Sciences**, v. 6, n. 10, p. 215–223, 2014.

YAZDKHASTI, M. et al. Unintended pregnancy and its adverse social and economic consequences on health system: a narrative review article. **Iranian journal of public health**, v. 44, n. 1, p. 12–21, 2015.

ZHANG, S. et al. Contraceptive Implant Migration and Removal by Interventional Radiology. **Seminars in Interventional Radiology**, v. 35, n. 1, p. 23–28, 2018.

ZIBA, F. A.; YAKONG, V. N. Awareness and Utilization of Emergency Contraceptives: A Survey among Ghanaian Tertiary Students. v. 2, n. 1, p. 1–7, 2019.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado a participar voluntariamente do estudo intitulado "Perfil epidemiológico dos alunos da área da saúde da Universidade de Rio Verde, Goiás, 2018", o qual objetiva avaliar as condições de saúde dos universitários da área da saúde da Universidade de Rio Verde (UnIRV). O conhecimento oriundo deste estudo poderá proporcionar informações importantes sobre as vulnerabilidades dos jovens universitários em relação à sua saúde.

A pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, níveis Doutorado e Mestrado, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), situada em São Leopoldo (RS), tendo como pesquisadores responsáveis: o Professor Marcos Pascoal Pattussi (UNISINOS) e vários professores da UnIRV que desenvolvem o seu Mestrado ou Doutorado nessa universidade.

Se você aceitar participar, responderá um questionário padronizado, pré-testado e autoaplicável, composto por cerca de 250 perguntas em aproximadamente 60 minutos. Esses dados serão digitalizados e posteriormente analisados estatisticamente.

Você tem plena liberdade de participar ou não deste estudo, assim como de desistir a qualquer momento sem nenhum prejuízo para sua pessoa. Você não terá nenhuma recompensa nem despesa por sua participação.

Os dados obtidos nos questionários serão confidenciais. O anonimato está garantido. Nenhum participante será identificado por seu nome, nem no banco de dados do computador, nem na divulgação dos resultados em eventos científicos e em revistas científicas da área. Os questionários ficarão sob guarda na UnIRV por cinco anos e após esse período serão incinerados.

Os riscos em sua participação serão mínimos, podendo gerar algum desconforto ou constrangimento em responder alguma das questões, as quais você tem total liberdade para respondê-las ou não. Qualquer dúvida você poderá entrar em contato a qualquer momento com os pesquisadores responsáveis por meio dos endereços e telefones abaixo relacionados.

Cabe ressaltar que o presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISINOS e da UnIRV.

Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, ficando uma para o participante e outra para o pesquisador.

_____ de _____ de 20__.



Participante da pesquisa

Marcos Pascoal Pattussi
Pesquisador Responsável

Pesquisador Responsável na UNISINOS: Prof. Marcos Pascoal Pattussi
Endereço: Av. Unisinos 950, Bairro Cristo Rei, 93022-750 - São Leopoldo-RS.
Telefone: (51) 35911230. E-mail: mpattussi@unisinos.br

Pesquisador Responsável na UnIRV: Berenice Moreira
Endereço: R. Rui Barbosa No. 3, Centro, Rio Verde-GO.
Telefone: (64) 35221448. E-mail: cepi@unirv.edu.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UNISINOS

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil epidemiológico dos alunos da área da saúde da Universidade de Rio Verde, Goiás, 2018

Pesquisador: Marcos Pascoal Pattussi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 97545818.2.0000.5344

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: FEGURV - Universidade de Rio Verde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.892.764

Apresentação do Projeto:

Perfil epidemiológico dos alunos da área da saúde da Universidade de Rio Verde, Goiás, 2018, Pesquisador Responsável: Marcos Pascoal Pattussi, Este projeto insere-se como parte de um convênio entre a Universidade de Rio Verde (UnirV) e a Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS) cujo objetivo é a capacitação, em nível de Pós-Graduação Stricto Sensu (níveis Mestrado e Doutorado Acadêmicos), de professores da UnirV na área da Saúde Coletiva através do PPG Saúde Coletiva da UNISINOS. De modo a favorecer a factibilidade do convênio, foi previsto um projeto coletivo para execução de uma coleta única dos dados para avaliar a condição de saúde dos universitários da UnirV. Este portanto é um estudo transversal com base escolar (universitária) em que dados referidos pelos participantes serão coletados através de questionários autoadministráveis que serão aplicados aos universitários durante o período da aula. Serão incluídos no estudo todos universitários dos cursos da área da saúde da dos campi Rio Verde, Aparecida de Goiânia e Goiânia, de ambos sexos, que estejam frequentando a Universidade no período da pesquisa e que tenham 18 ou mais anos de idade. Estima-se um total de 2479 alunos que participarão da pesquisa. Os dados a serem coletados incluirão variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, psicossociais e relacionadas à saúde.

Endereço: Av. Unilnas, 950	CEP: 93.022-000
Bairro: Cidade Real	
UF: RS	Município: SÃO LEOPOLDO
Telefone: (51)3501-1198	Fax: (51)3500-8118 E-mail: cep@unisinos.br

Continuação do Projeto: 2.692.794

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos descritos abaixo estão claros, bem definidos e são atingíveis com a metodologia proposta.

Objetivo Primário:

Investigar as condições de saúde de estudantes da área da saúde da Universidade de Rio Verde - GO.

Objetivo Secundário:

- Descrever as características socioeconômicas, demográficas e comportamentais desses estudantes.
- Estimar as prevalências de obesidade, inatividade física, tabagismo, etilismo, distúrbios psiquiátricos menores, estresse, distúrbios relacionados ao sono, uso de medicamentos, consumo de drogas ilícitas, comportamento sexual de risco, uso de métodos contraceptivos e variáveis reprodutivas nesses alunos.
- Investigar os fatores associados às condições e comportamentos de saúde acima relacionados nesses alunos.
- Subsidiar Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado com base nos dados obtidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foi realizada adequadamente em todos os termos da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa relevante uma vez que busca estudar a saúde dos jovens universitários que, conforme outros estudos, tem sido uma população vulnerável a diversos agravos carecendo portanto de conhecimentos que subsidiem programas de prevenção adequados à realidade local. Além dos possíveis resultados científicos, o projeto é importante pela sua inovação e possíveis resultados acadêmicos uma vez que está inserido no escopo de um projeto de colaboração entre as duas universidades o que qualifica a pesquisa como um todo no âmbito das duas instituições. Os objetivos são amplos mas exequíveis, trata-se de um projeto ousado, porém os pesquisadores consideraram as possíveis perdas e descrevem alternativas para evitá-las.

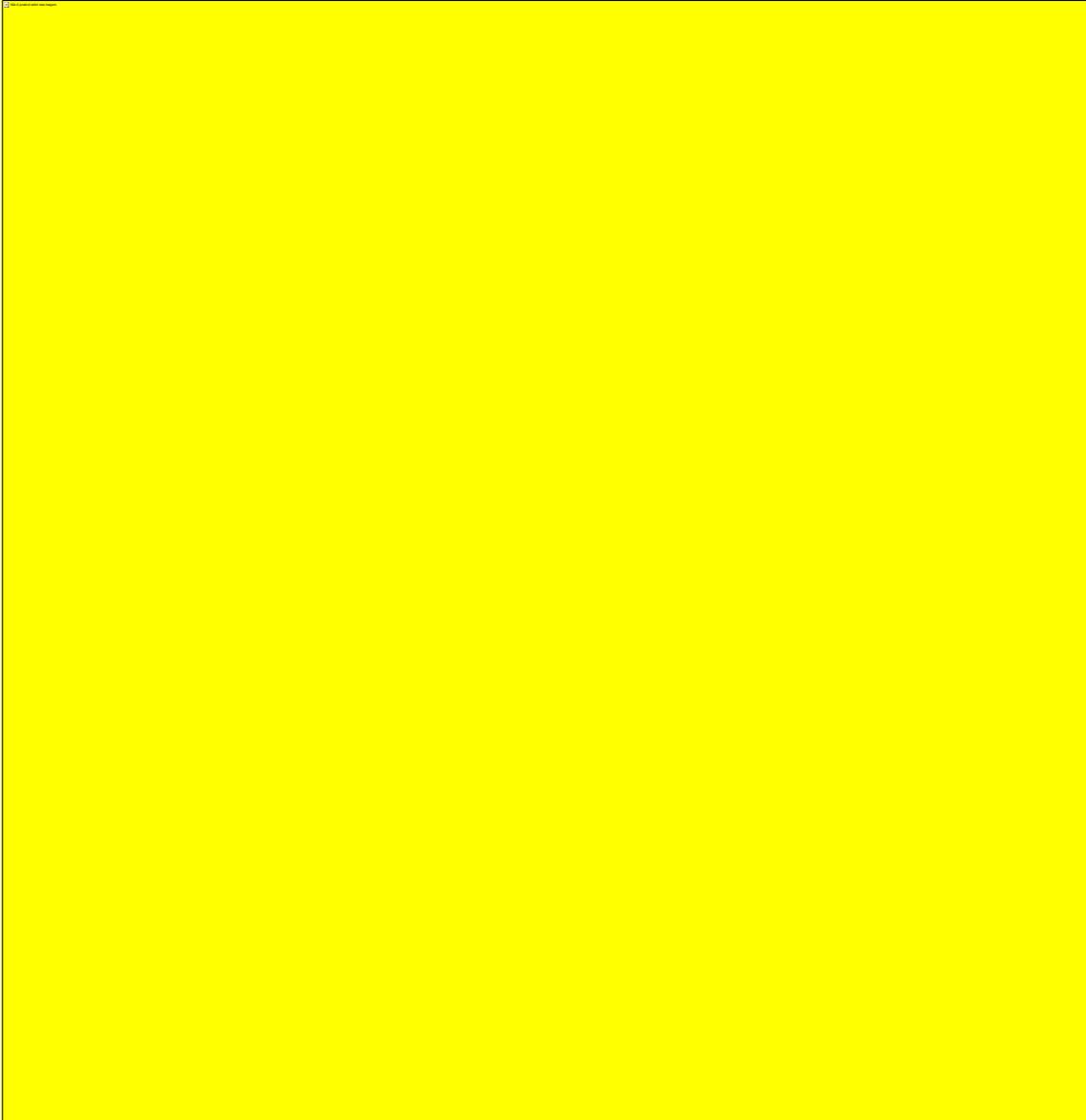
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados e estão adequados.

Recomendações:

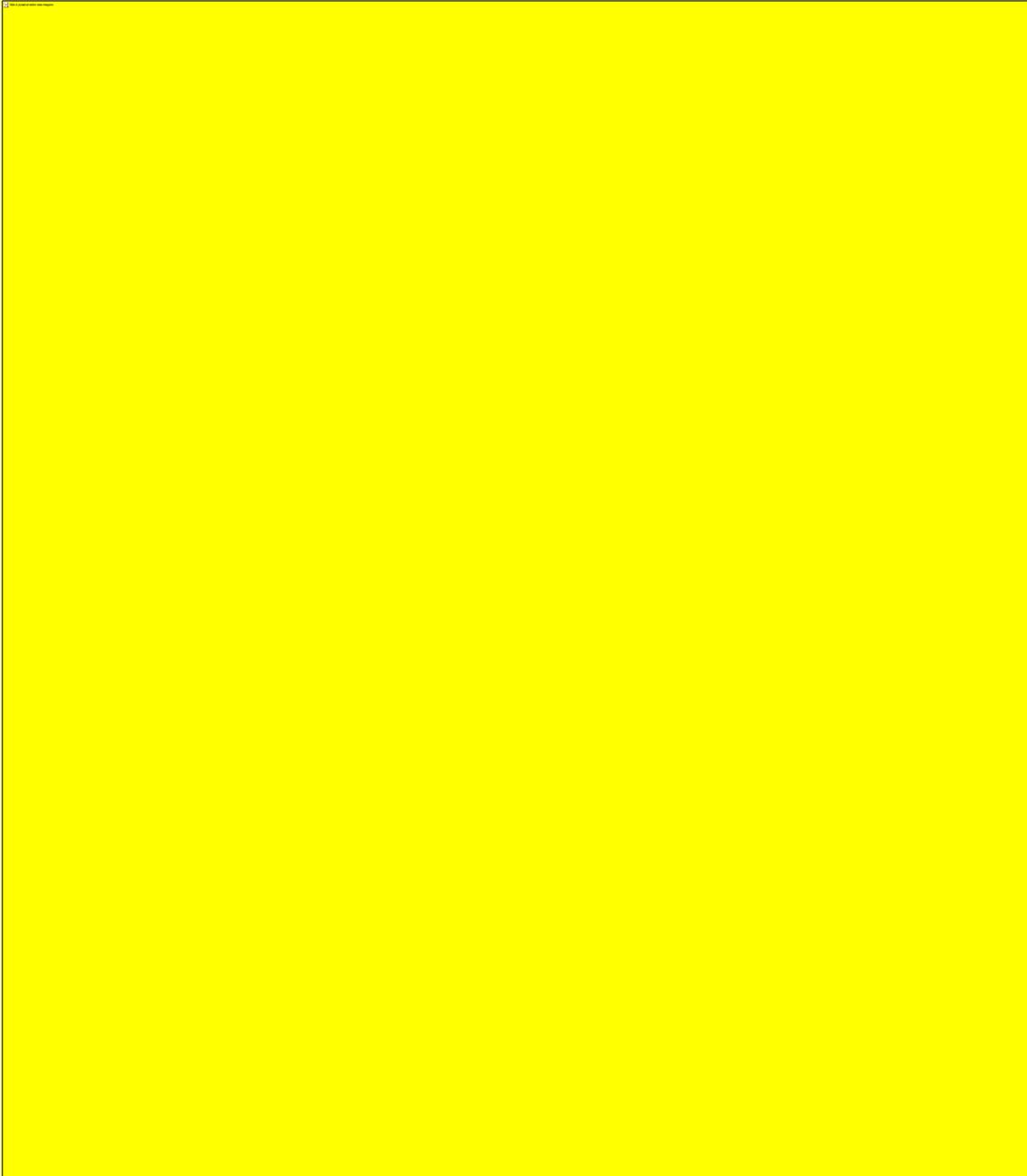
Não há

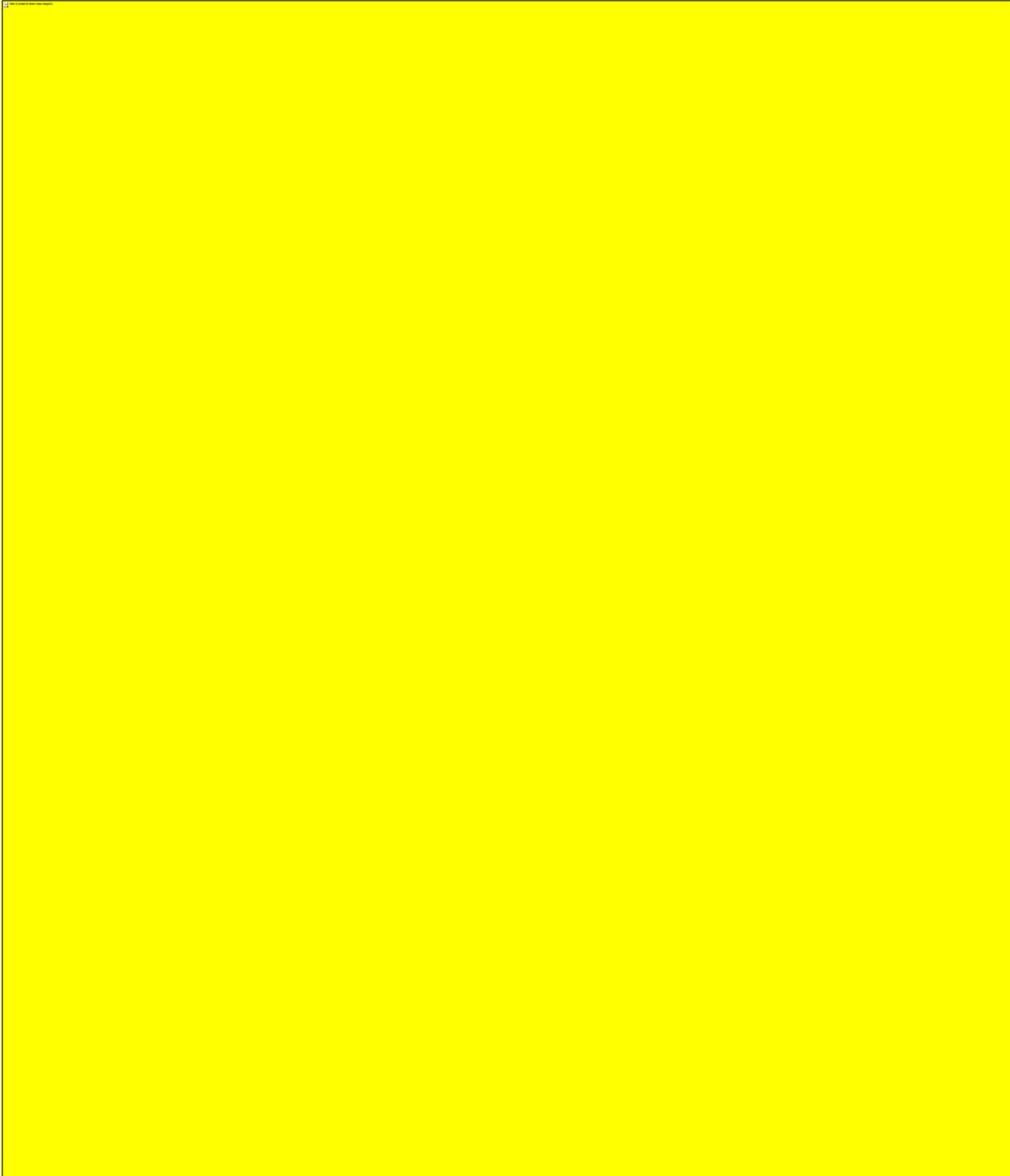


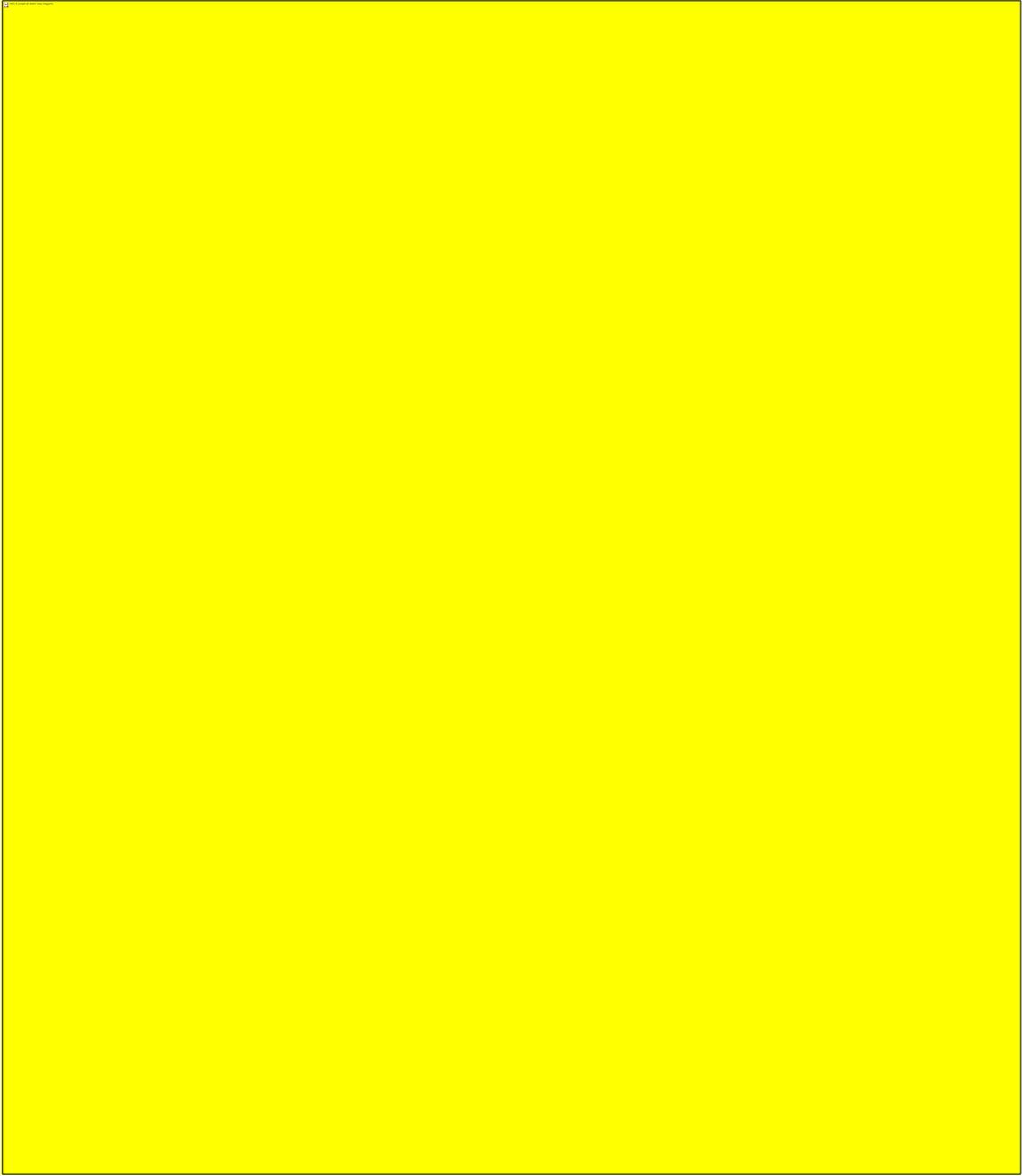


ANEXO 3

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UNIRV

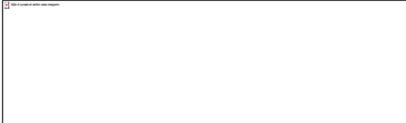






APÊNDICE A - INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO



Perfil epidemiológico dos alunos da área da saúde da Universidade de Rio Verde – GO 2018

Número do questionário _____

idal: -----

Curso _____

Disciplina _____

Coordenador __ __

Prezado (a) universitário (a):

Muito obrigado por participar da nossa pesquisa! As suas respostas são muito importantes, pois irão ajudar a conhecer a saúde dos alunos da Universidade de Rio Verde.

Orientações para responder ao questionário:

1. Não coloque o seu nome no questionário, pois **você não será identificado**.
2. Isso não é um teste, portanto **não existem questões certas ou erradas**.
3. Por favor, seja honesto e verdadeiro nas suas respostas.
4. Responda espontaneamente, não pense muito e responda rapidamente cada questão.
5. Marque um **X** nas questões de marcar e sempre escolha apenas **1 (uma) alternativa**.

6. Nas questões de completar, você deve **preencher** com a informação que está sendo solicitada.
7. **Não** mostre as suas respostas para ninguém.
8. Se você tiver dúvida, por favor, levante a mão que um responsável irá lhe auxiliar.
1. Sua participação é muito importante, por favor, **não deixe questões em branco**.

1. Número do questionário: ----- id 97
id -----

2. Data da entrevista: ___/___/___ datae
___/___/___

3. Qual o dia, mês e ano do seu nascimento? ___/___/___ datan
___/___/___

4. Qual sexo costar na sua certidão de nascimento? Feminino Masculino sexo _

5. Qual a cor natural dos seus olhos? Preto Castanho Verde Azul olhos _

6. Qual a cor natural dos seus cabelos? Preto Castanho Loiro Ruivo cabelo _

8. Qual cor ou raça você é? Branco Preta Parda Amarela Indígena cor _

9. Qual seu estado civil? Solteiro(a) Casado(a) Com companheiro(a) Viúvo(a) Outro ecivil _

10. Com quem você mora? Sozinho(a) Com ambos os pais Com um dos pais Com outro familiar Com esposo(a)/companheiro(a) Com colegas/amigos/etc. mora _

11. Você está trabalhando atualmente? Não Sim trabal _

Agora vamos falar sobre a vida acadêmica

12. Qual é o seu curso? Medicina Biomedicina Enfermagem Fisioterapia Psicologia Educação Física Odontologia Nutrição curso _

13. Em que mês e ano e semestre ingressou na faculdade? Mês: __ __ ingmes __ __
Ano: ____ __ ingano ____ __

14. Em qual turno você estuda: 1 Manhã 2 Tarde 3 Noite 4 Mais de um turno turno _

15. Em qual semestre do curso você está? Estou no ____ semestre semest __

16. Você reprovou em alguma disciplina no curso que está estudando? 0 Não 1 Sim reprov _

17. Você está estudando na cidade em que sempre morou? 0 Não 1 Sim estmora _

Agora, queremos saber a sua opinião sobre a sua saúde. Esta informação nos ajudará a saber como você se sente. Por favor, marque a resposta que melhor corresponde a sua opinião.

18. Em geral, como você diria que sua saúde está? 1 Excelente 2 Muito boa 3 Boa 4 Razoável 5 Ruim asaude _

19. Como você diria que está a sua saúde comparada com quando iniciou na universidade: 1 Melhor 2 Igual 3 Pior asaudeu _

17. Como você diria que está a sua saúde comparada com pessoas da mesma idade que a sua? 1 Excelente 2 Muito boa 3 Boa 4 Razoável 5 Ruim asaudep _

Agora, iremos fazer algumas perguntas sobre suas medidas:

18. Qual é a sua altura em metros? __ , __ m altura _ __

19. Qual é o seu peso em kilogramas? ____ Kg peso ____

20. Qual era o seu peso no início do curso de graduação? ____ Kg pesogr ____

21. Como você se considera em relação ao seu peso atual? 1 Magro(a)
2 Normal
3 Acima do peso relapse _

4 Gordo(a)

9 Não sei

1 Nenhum deles

22. Seus pais são ou eram gordos/obesos? paisgor _

2 Sim, mãe

3 Sim, pai

4 Sim, ambos

9 Não sei

Em relação aos seus hábitos alimentares, como você diria:

1 Raramente/Nunca 2 1 a 2 dias por semana

23. Quantos dias por semana você come fruta ou toma suco natural de fruta? frutads _

3 3 a 4 dias por semana 4 5 a 6 dias por semana

5 Todos os dias

Suco natural de frutas se refere somente ao consumo da fruta in natura (não industrializado)

24. Em um dia comum, quantas porções de frutas você come ou copos de suco natural de fruta você toma por dia? frutapd _

1 Não como fruta nem bebo suco natural de fruta

2 Uma 3 Duas 4 Três

1 coração de fruta é: 1 fruta (ex: 1 banana, 1 maci) ou 1 fatia média (ex: mamão) ou 1 copo de suco de fruta natural

25. Quantos dias por semana você come verduras ou legumes? verlegds _

1 Raramente/Nunca 2 1 a 2 dias por semana

3 3 a 4 dias por semana 4 5 a 6 dias por semana

5 Todos os dias (pelo menos 1x/dia)

26. Em um dia comum, quantas porções de verduras ou legumes você come? verlegpd _

1 Não como verduras nem legumes

2 Uma 3 Duas 4 Três

5 Quatro 6 Cinco ou mais

1 porção de verdura ou legume é: 1 xícara de vegetais folhosos (ex: alface, rúcula) ou ½ xícara de outros vegetais (ex: cenoura,

27. Com que frequência você costuma comer doces, balas ou bolos? _

1 Raramente/Nunca 2 1 a 2 dias/ por semana

3 <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana	4 <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana	docefreq _
5 <input type="checkbox"/> Todos os dias (pelo menos 1x/dia)	6 <input type="checkbox"/> Várias vezes todos dias	

28. Com que frequência você costuma beber refrigerante (normal/diet/light)?

1 <input type="checkbox"/> Raramente/Nunca	2 <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana	refrifreq _
3 <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana	4 <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana	
5 <input type="checkbox"/> Todos os dias (pelo menos 1x/dia)	6 <input type="checkbox"/> Várias vezes ao dia	

29. Com que frequência você fazer lanches rápidos ou comer fastfood (hambúrguer, pastéis, cachorro quente, coxinha, etc...)?

1 <input type="checkbox"/> Raramente/Nunca	2 <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana	fastfood _
3 <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana	4 <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana	
5 <input type="checkbox"/> Todos os dias (pelo menos 1x/dia)		
6 <input type="checkbox"/> Várias vezes ao dia		

Agora vamos falar um pouco da sua religiosidade:

136. Qual é a sua religião?

1 Católico (Catolicismo)

2 Protestante (Anglicano, Luterano, Metodista, Presbiteriano, Batista)

3 Evangélico (Assembleia de Deus, Deus é Amor, Evangelho Quadrangular, Universal do Reino De Deus, Universal da Graça etc)

4 Spirits (Espiritismo Kardecista)

5 Religiosidade africana (Umbanda, Candomblé)

6 Agnóstico (Com crença mas sem nenhuma denominação religiosa)

7 Ateu (Sem crença nem denominação religiosa).

relig _

137. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontrar religioso?

0 Nunca

1 Mais do que uma vez por semana

2 Uma vez por semana

3 Duas a três vezes por semana

4 Algumas vezes por ano

5 Uma vez por ano ou menos

0 Raramente ou nunca

figrej _

138. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1 Mais do que uma vez ao dia

2 Diariamente

freza _

3 Duas ou mais vezes por semana

4 Uma vez por semana

5 Poucas vezes por mês

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

139. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo). pdeus _
- 1 Totalmente verdade para mim
- 2 Em geral é verdade
- 3 Não estou certo
- 4 Em geral não é verdade
- 5 Não é verdade
140. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver. crerel _
- 1 Totalmente verdade para mim
- 2 Em geral é verdade
- 3 Não estou certo
- 4 Em geral não é verdade
- 5 Não é verdade
141. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida. viverel _
- 1 Totalmente verdade para mim
- 2 Em geral é verdade
- 3 Não estou certo
- 4 Em geral não é verdade
- 5 Não é verdade
142. Pensando nos últimos 12 meses, você participa/participou regularmente (pelo menos uma vez por mês) de alguma associação ou grupo? partic _
qpartic _
- 0 Não 1 Sim qual? _____
143. Você realiza algum tipo de trabalho voluntário regularmente (pelo menos UMA VEZ AO MÊS)? volunt _
qvolunt _
- 0 Não 1 Sim qual? _____

Agora por favor responda algumas sobre sua família e sobre a sua casa:

144. Até que série o chefe da sua família estudou? serchef _
- (Entende-se por chefe da família pessoa com maior renda)
- 1 Analfabeto / Fundamental I incompleto
- 2 Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
- 3 Fundamental II completo / Médio incompleto
- 4 Médio completo / Superior incompleto
- 5 Superior completo

145. Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio de sua família. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses. Quantos dos itens abaixo a sua família possui em casa?

Itens	Nenhum	1	2	3	4 ou mais	
Banheiros	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	banh _
Empregados domésticos	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	edom _
Automóveis	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	auto _
Lava louça	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	lavlou _
Geladeira	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	gelad _
Freezer	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	feez _
Lava roupa	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	lavrou _
DVD	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	dvd _
Micro-ondas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	micro _
Motocicleta	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	moto _
Secadora roupa	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	secad _

1 Asfaltada/Pavimentada

146. Considerando o trecho da rua do domicílio da sua família, você diria que a rua é:

2 Terra/Cascalho

rua _

147. A água utilizada no domicílio de sua família é proveniente de?

1 Rede geral de distribuição

2 Poço ou nascente

3 outro meio. Qual _____

agua _

oagua _ _

As próximas duas perguntas se referem ao local onde você mora atualmente, no período da faculdade.

148. Com que frequência você se sente seguro durante o dia no local onde mora?

1 Nunca

2 Raramente

3 Algumas vezes

4 Frequentemente

5 Sempre

segdia _

149. Com que frequência você se sente seguro durante a noite no local onde mora?

1 Nunca

2 Raramente

3 Algumas vezes

4 Frequentemente

5 Sempre

segnoi _

Faremos agora algumas perguntas a respeito de sua sexualidade.

154. Você já teve relações sexuais?

0 Não (**PULE PARA QUESTÃO 162**)

1 Sim

relsex _

155. Quantos anos você tinha quando teve sua primeira relação sexual? Eu tinha ___ anos.

arelsex _ _

156. Você usou camisinha na sua primeira relação sexual?

0 Não 1 Sim 9 Não lembro

camis _

157. Quantos(as) parceiros(as) sexuais você teve no último ano?

___ (número de parceiros)

nparce _ _

a) Quantos(as) foram parceiros fixos(as) (namorado(as), companheiro(a), esposa(o)?)

___ (número de parceiros fixos)

nparcef _ _

b) Quantos(as) foram parceiros(as) ocasionais, 'ficantes', parceiro(a) eventual, caso?

___ (número de parceiros ocasionais)

nparceo _ _

158. No último ano, com que frequência você usou camisinha com parceiro(a)s fixo(a)s?

1 Nunca 2 Raramente

3 Algumas vezes 4 Frequentemente

5 Sempre

camfix _

159. Na sua última relação sexual com parceiro(a) a FIXO(A) você usou camisinha?

0 Não 1 Sim 9 Não lembro

ucamfix _

160. No último ano, com que frequência você usou camisinha com parceiro(a)s ocasional(is)?

- 1 Nunca 2 Raramente
 3 Algumas vezes 4 Frequentemente
 5 Sempre

camoc_

161. Na sua última relação sexual com parceiro(a) ocasional você usou camisinha?

- 0 Não 1 Sim

ucamoca_

162. Por favor leia as afirmações e expresse a sua concordância numa escala de 1(discordo totalmente) até 5(concordo totalmente).

	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	
1. É o homem que decide de que forma o casal vai transar.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	papeisa_
2. O trabalho mais importante da mulher é cuidar da casa e cozinhar para sua família.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	papeisb_
3. O homem precisa mais de sexo do que a mulher.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	papeisc_
4. Sexo não se conversa, se faz!	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	papeisd_
5. Mulher que tem camisinha na bolsa é piranha.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	papeise_
6. Trocar fralda, dar banho e dar comida ao filho são coisas de mãe.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	papeisf_
7. É a mulher que deve tomar providências para não engravidar.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	papeisg_
8. Quando tem que tomar decisões em casa, é o homem quem deve ter a última palavra.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	papeish_
9. O homem sempre está disposto para transar.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	papeisi_
10. A mulher deve aguentar a violência para manter a família.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	papeisj_
11. É o homem que decide de que forma o casal vai transar.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	papeisk_

163. Alguma vez você já fez uso de algum aplicativo de celular para ter encontros sexuais?	<input type="checkbox"/> Não (PULE PARA QUESTÃO 165) <input type="checkbox"/> Sim	aplsex _
164. Há quanto tempo você utiliza aplicativo(s) para ter encontros sexuais?	<input type="checkbox"/> Menos de um mês <input type="checkbox"/> 1 a 3 meses <input type="checkbox"/> 4 a 12 meses <input type="checkbox"/> Mais de 12 meses	taplsex _
165. Alguma vez na vida você já realizou algum teste para diagnóstico de HIV?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	dhiv _
166. Alguma vez na vida você já realizou algum teste para diagnóstico de outras infecções sexualmente transmissível (por exemplo, Sífilis, Hepatite, Gonorreia, Clamídia ou Herpes)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	ddst _
167. Você já tomou a vacina contra o HPV?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim quantas doses <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	vachpv _
164. Você já transou/teve relações sexuais com:	<input type="checkbox"/> Mulheres <input type="checkbox"/> Homens <input type="checkbox"/> Ambos os sexos	relsex _
165. Alguma vez você já teve relação sexual forçada?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	estr _
166. Alguma vez na vida algum/a parceiro/a forçou você a fazer algo sexualmente que você considerou degradante ou humilhante?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	sexdeg _
167. Alguma vez na vida, um/a companheiro/a seu agrediu você fisicamente (bateu, empurrou, chutou, arrastou, espancou, sufocou, queimou, ou ameaçou com arma/faca)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	agrefis _

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre seu ciclo menstrual																																					
168. Você menstrua?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim (PULE PARA QUESTÃO nº 170)	menst _																																			
169. Porque você não menstrua?	1 <input type="checkbox"/> Porque eu estou grávida/amamentando 2 <input type="checkbox"/> Porque eu uso anticoncepcional oral contínuo ou injeção ou DIU para não menstruar 3 <input type="checkbox"/> Devido a um problema de saúde eu não menstruo 4 <input type="checkbox"/> Porque estou na menopausa 9 <input type="checkbox"/> Não sei o motivo	motv _																																			
170. Quantos anos você tinha quando menstruou pela primeira vez?	Eu tinha ___ anos	menar __																																			
171. Normalmente, qual o intervalo do seu ciclo menstrual, ou seja, intervalo em dias entre uma menstruação e a outra?	1 <input type="checkbox"/> Menos de 21 dias 2 <input type="checkbox"/> Entre 21 e 35 dias 3 <input type="checkbox"/> Mais de 35 dias 99 <input type="checkbox"/> Não lembro, é muito irregular	ciclo _																																			
172. Normalmente, quantos dias você fica menstruada?	1 <input type="checkbox"/> Menos de 3 dias 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias 3 <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias 4 <input type="checkbox"/> 7 dias ou mais 99 <input type="checkbox"/> Não lembro, é muito irregular	cdura _																																			
173. Você tem um ou alguns dos seguintes sintomas pré-menstruais começando antes do seu período menstrual e parando poucos dias após a menstruação começar? (Por favor, marque com "X" no local apropriado a sua resposta).	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sintoma</th> <th>Não</th> <th>Leve</th> <th>Moderado</th> <th>Severo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Raiva/Irritabilidade</td> <td>0 <input type="checkbox"/></td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ansiedade/Tensão</td> <td>0 <input type="checkbox"/></td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Chorosa/Mais sensível à rejeição</td> <td>0 <input type="checkbox"/></td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Humor depressivo/Sem esperança</td> <td>0 <input type="checkbox"/></td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Falta de interesse em atividades no trabalho</td> <td>0 <input type="checkbox"/></td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Falta de interesse em atividades de casa</td> <td>0 <input type="checkbox"/></td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Sintoma	Não	Leve	Moderado	Severo	Raiva/Irritabilidade	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Ansiedade/Tensão	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Chorosa/Mais sensível à rejeição	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Humor depressivo/Sem esperança	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Falta de interesse em atividades no trabalho	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Falta de interesse em atividades de casa	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	raiv _ ans _ choro _ humor _ fintrab _
Sintoma	Não	Leve	Moderado	Severo																																	
Raiva/Irritabilidade	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																	
Ansiedade/Tensão	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																	
Chorosa/Mais sensível à rejeição	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																	
Humor depressivo/Sem esperança	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																	
Falta de interesse em atividades no trabalho	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																	
Falta de interesse em atividades de casa	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																	

Falta de interesse em atividades sociais	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	iincasa _
Dificuldade de concentração	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	finsoc _
Fadiga/Falta de energia	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	difconc _
Comendo demais/Desejo de comer	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	fadiga _
Insônia	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	come _
Hipersônia (Dormir de mais)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	inson _
Sentindo-se sob pressão ou fora de controle	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	hipson _
Sintomas físicos: seios sensíveis, dor de cabeça, dores musculares ou nas articulações, inchada, ganho de peso	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	spress _
					medor _
174. Agora gostaríamos de saber em que medida os sintomas que você listou acima interferem com:					
Sintoma	Não	Leve	Moderado	Severo	
Sua eficiência e produtividade no trabalho/faculdade	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	produz _
Seus relacionamentos com colegas no trabalho/faculdade	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	relcol _
Seus relacionamentos familiares	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	relfam _
Suas atividades e vida social	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	atsoc _
Suas responsabilidades em casa	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	respca _
175. Você já ficou grávida alguma vez?	0 <input type="checkbox"/> Não (PULE PARA QUESTÃO nº 182)				gravez _
176. Que idade você tinha quando ficou grávida pela primeira vez?	__ anos				igrav __
177. Desta(s) gestação(ões), escreva quantos foram:	Filhos nascidos vivos __ __				filviv __
	Abortos espontâneos __ __				fimor __
	Abortos provocados/induzidos __ __				aborte __
	Nascidos mortos __ __				aborp __
					natim __

<p>178. Se você (Sra.) teve mais de um filho, qual o intervalo de tempo entre as suas gestações. Anote no espaço correspondente se foram anos ou meses.</p>	<p>Anos __ ou Meses __ – 99 <input type="checkbox"/> Só tive 1 filho</p>	<p>ifilhos __</p>
<p>179. No começo da gravidez do seu primeiro filho que tipo de parto você queria ter?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Parto normal 2 <input type="checkbox"/> Parto cesárea 3 <input type="checkbox"/> Não tinha preferência 9 <input type="checkbox"/> Não sei</p>	<p>ipartoi __</p>
<p>180. No final da gravidez do seu primeiro filho, próximo da data do parto, já havia decisão sobre o tipo de parto realizado?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim, parto normal 3 <input type="checkbox"/> Sim, parto cesária 9 <input type="checkbox"/> Não sei</p>	<p>ipartofi __</p>
<p>181. De quem foi esta decisão?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Minha 2 <input type="checkbox"/> Do médico 3 <input type="checkbox"/> Conjunta 4 <input type="checkbox"/> Outra pessoa</p>	<p>ipartod __</p>
<p>182. Você pretende engravidar ou ter filho(s)?</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Não (PULE PARA QUESTÃO nº 185) 1 <input type="checkbox"/> Sim 9 <input type="checkbox"/> Não sei</p>	<p>vengrav __</p>
<p>183. Quantos filhos você pretende ter?</p>	<p>Eu pretendo ter __ __ filhos 9 <input type="checkbox"/> Não sei</p>	<p>nterfi __</p>
<p>184. Que tipo de parto você pretende de ter?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Parto normal 2 <input type="checkbox"/> Parto cesárea 3 <input type="checkbox"/> Não tenho preferência 9 <input type="checkbox"/> Não sei</p>	<p>ipartof __</p>
<p>185. Você faz uso de algum método contraceptivo, métodos para não engravidar?</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Não (PULE PARA QUESTÃO nº 187) 1 <input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>metac __</p>
<p>186. Qual(is) dos seguintes métodos abaixo você usa para não engravidar?</p>		

1.	Anticoncepcional oral (Pílula)	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim	aca _
1.	Anticoncepcional injetável	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim	acb _
1.	Adesivos hormonais	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim	acc _
1.	Anel vaginal	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim	acd _
1.	Dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim	ace _
1.	Implante contraceptivo	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim	acf _
1.	Preservativo masculino	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim	acg _
1.	Preservativo feminino	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim	ach _
1.	Dispositivo intra-uterino (DIU) não hormonal	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim	aci _
1.	Laqueadura tubária ou “Laqueadura de Trompas”	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim	acj _
1.	Tabelinha	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim	ack _
1.	Coito interrompido	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim	acl _
1.	Diafragma	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim	acm _
1.	Gel espermicida	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim	acn _
1.	Pílula do dia seguinte	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim	aco _
1.	Outro	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim	acp _
	187. Alguma vez na vida, você já usou contracepção de emergência ou “pílula do dia seguinte”?	0 <input type="checkbox"/> Não(PULE PARA QUESTÃO nº 194) 1 <input type="checkbox"/> Sim	pilseg _
	188. Quantas vezes você já usou a contracepção de emergência?	1 <input type="checkbox"/> Uma 2 <input type="checkbox"/> Duas 3 <input type="checkbox"/> Três 4 <input type="checkbox"/> Quatro 5 <input type="checkbox"/> Cinco 6 <input type="checkbox"/> Seis ou mais 5 <input type="checkbox"/> Uso regularmente	usocep _

189. Quando você usou a contracepção de emergência pela última vez?	<input type="checkbox"/> Na última semana <input type="checkbox"/> No último mês <input type="checkbox"/> Nos últimos seis meses <input type="checkbox"/> Há mais de seis meses	vezesce_
190. Na ÚLTIMA VEZ que você usou, quantas horas se passaram entre a relação sexual e o uso da contracepção de emergência?	<input type="checkbox"/> Menos de 24 horas <input type="checkbox"/> Entre 24 e 48 horas <input type="checkbox"/> Mais de 48 até 72 horas <input type="checkbox"/> Mais de 72 horas	horasce_

O QUE VOCÊ ACHOU DESSE QUESTIONÁRIO?

COMO ELE PODERIA SER MELHORADO?

MUITO OBRIGADO POR FAZER PARTE DA NOSSA PESQUISA!!!!

2. RELATÓRIO DE CAMPO

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	98
2.TREINAMENTO	101
3.ESTUDO PILOTO	101
4.COLETA DE DADOS	102
5.COLETA DE DADOS – II	104
6.CODIFICAÇÃO E DIGITAÇÃO DOS DADOS	104
APÊNDICE – Manual da Equipe de Campo	105

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS

UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

NÍVEL MESTRADO/DOUTORADO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ALUNOS DA ÁREA DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE,
GOIÁS, 2018**

São Leopoldo

2019

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório de campo é componente de dissertações de mestrado e teses de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Do Vale Do Rio Dos Sinos – UNISINOS em parceria com a Universidade de Rio Verde (UniRV), que tem como pesquisadores professores efetivos e comissionados da Universidade de Rio Verde (UniRV) regularmente matriculados no respectivo Programa de Pós-Graduação.

A coleta de dados foi realizada de forma simultânea a partir de um único instrumento de pesquisa (questionário) para todos os desfechos estudados pelos pesquisadores, em que todos os participantes responderam ao questionário contendo diferentes abordagens referentes às condições de saúde.

A análise de cada desfecho específico resultará em dissertações aos mestrandos e teses aos doutorandos, que proporcionarão um importante banco de dados da população estudada.

Todo o processo de opções de temas, planejamento do estudo, logística de execução da pesquisa de campo foi conduzido por meio das disciplinas de Seminário de Tese I e II, Métodos Quantitativos e Epidemiologia, ofertadas ao longo de 12 meses.

Neste estudo foram coletadas informações das características dos discentes, dados demográficos, informações socioeconômicas, nutricionais, hábitos de vida em geral, hábitos alimentares, morbidades, serviço de saúde, apoio social, dentre outros.

A coleta de dados contou com 16 mestrandos e dez doutorandos sob o norтеamento direto de cada orientador e a coordenação do Prof. Dr. Marcos Pascoal Pattussi.

O quadro abaixo apresenta a descrição dos pesquisadores, PPG e desfechos estudados:

PESQUISADOR	NÍVEL	DESFECHO
Adriana Vieira Macêdo Brugnoli	Doutorado	Nível de Atividade Física
Ana Paula Rodrigues Rezende	Mestrado	Síndrome Pré-menstrual

Ana Paula Sá Fortes Silva Gebrim	Mestrado	Padrão de Consumo de Bebidas Alcoólicas
Berenice Moreira	Doutorado	Uso de Preservativo e Normas de Gênero
Cinthia Cardoso Moreira	Mestrado	Foto Exposição e Foto Proteção
Danyelly R. Machado Azevedo	Mestrado	Dor Musculoesquelética
Erickson Cardoso Nagib	Mestrado	Contracepção de Emergência
Ernando Assunção Ferreira	Doutorado	Saúde Bucal
Fernanda Rassi Alvarenga	Doutorado	Práticas Anticonceptivas e Intenções Reprodutivas
Flávio Adorno Rosa	Mestrado	Medicação para Ereção
Gabrielly Cruvinel Fernandes	Doutorado	Dependência da Internet (Facebook)
Giordanne Guimarães Freitas	Doutorado	Estresse e Qualidade do Sono
Glauco Rogério Alves da Costa	Mestrado	Religiosidade e Uso de Drogas Ilícitas
Heloisa Silva Guerra	Doutorado	Comportamento Sedentário
Humberto Carlos de Faria Filho	Mestrado	Obesidade
Keila Santos Pereira Mereb	Mestrado	Sexo Casual
Ludimila Q. Oliveira Sguarezi	Mestrado	Características Reprodutivas e Obesidade
Marcelo Ramos	Mestrado	Serviços de Saúde

Maria Carolina M. C. de Souza	Mestrado	Qualidade do Sono
Paulo Sergio de Oliveira	Mestrado	Cobertura Vacinal contra o Papiloma Vírus Humano (HPV)
Rafaella de Carvalho Caetano	Mestrado	Tabagismo
Raiana Rodrigues Costa Melo	Mestrado	Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares
Renato Canevari Dutra da Silva	Doutorado	Sonolência Diurna Excessiva
Rychard Arruda de Souza	Doutorado	Resiliência e Qualidade de Vida
Tiago Domingues	Doutorado	Uso de Substâncias Psicoativas
Whayne Alves Alecrim	Mestrado	Intenções Reprodutivas e Preferência por Tipo de Parto

Foi elaborado um projeto geral intitulado “Perfil epidemiológico dos alunos da área da saúde da Universidade de Rio Verde, Goiás, 2018” que obteve parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS e da Universidade de Rio Verde (UniRV) com n.º 2892764, que contempla o delineamento, os objetivos e as justificativas de todos os desfechos estudados.

De forma paralela à organização do questionário foi elaborado um manual de instruções com a finalidade de orientar a equipe de campo (Mestrandos e Doutorandos) sobre o processo de coleta de dados e possíveis dúvidas que possam surgir durante o planejamento e a coleta de dados do estudo principal. O método consiste em aplicar um questionário autoadministrável em universitários da área da saúde, sendo disponibilizada uma versão do questionário e do manual de instruções impressa e outra digital (Drive) para cada pesquisador durante o período de treinamento, dramatização e piloto.

Para a logística da execução de trabalho de campo, os pesquisadores se dividiram em grupos de acordo com cada Campi, curso de graduação e período cursado da Universidade de Rio Verde- UniRV.

1. TREINAMENTO

O primeiro treinamento, que ocorreu de 18 a 21 de outubro de 2018, na Universidade de Rio Verde (UniRV) incluiu instruções gerais, dramatização e piloto e contou com a participação de 11 pesquisadores. Foi realizado nos períodos matutino, vespertino e noturno e teve duração aproximada de 40 horas, sob orientação e coordenação do Prof. Dr. Marcos Pascoal Patussi de forma presencial.

O segundo treinamento incluiu instruções gerais e dramatização com a presença dos 26 pesquisadores, e ocorreu no dia 10 de novembro de 2018, na Universidade de Rio Verde (UniRV) nos períodos matutino e vespertino com duração aproximada de oito horas, sob a orientação de três pesquisadores que estavam no primeiro treinamento e coordenação do Prof. Dr. Marcos Pascoal Patussi de forma virtual (skype).

Em ambos os treinamentos foram abordados os aspectos gerais da pesquisa. Todas as questões foram lidas e explicadas conforme o manual de instruções do instrumento de coleta de dados, sendo sanadas eventuais dúvidas. O tempo gasto com a leitura para a aplicação do instrumento foi cronometrado. Cada pesquisador responsabilizou-se pela apresentação das suas questões e alguns expuseram questões gerais.

3 ESTUDO PILOTO

Para a realização do estudo piloto foram selecionados, por conveniência, três turmas do décimo (10º) período do curso de graduação em Direito do turno noturno da Universidade de Rio Verde (UniRV), por apresentarem uma heterogeneidade de características gerais de saúde, segundo a literatura.

Esta etapa ocorreu nos dias 19 e 20 de outubro de 2018 sendo que:

No dia 19/10/2018 das 19h às 19h50 o questionário foi aplicado no 10º período “A” do curso de graduação em Direito. Houve a participação de quatro pesquisadores e do coordenador responsável, havendo a apresentação da pesquisa aos alunos, da carta de autorização, a distribuição dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o recolhimento deste após autorização dos universitários. A leitura do questionário foi iniciada e, simultaneamente, os acadêmicos presentes o responderam. Durante a leitura dos questionários alguns acadêmicos chegaram à sala de aula. Assim, os pesquisadores presentes explanaram o procedimento da pesquisa, realizaram o convite de participação, e o acadêmico dava início ao preenchimento do questionário, podendo ou não acompanhar a leitura dos questionários.

Após o término do preenchimento foi feita a entrega individual dos questionários na urna disponibilizada para tal finalidade, totalizando 27 questionários respondidos e 21 perdas, sendo 19 ausências e dois questionários incompletos.

No dia 20/10/2018 das 19h às 19h50 os questionários foram aplicados no 10º período “B” e no 10º período “C” do curso de graduação em Direito. Houve a participação de seis pesquisadores e do coordenador responsável, realizando o mesmo procedimento do dia anterior, apenas com a diferença que no 10º “B” não houve a leitura do questionário e no 10º “C” houve a leitura do questionário pelo pesquisador. Foram realizadas formas diferentes para analisar o tempo gasto para responder ao questionário e observar o comportamento dos universitários.

Com a finalização deste dia teve-se no 10º “B” 15 questionários respondidos e 21 perdas, sendo 20 ausentes e uma recusa; e, no 10º “C”, 15 respondentes e 15 perdas, sendo 13 ausentes, uma recusa e um questionário incompleto.

Este estudo piloto teve por finalidade identificar possíveis falhas ainda presentes no instrumento do estudo e realizar adequações na forma de aplicação.

4 COLETA DE DADOS

No período de 12 a 23 de outubro foi realizada a divulgação da pesquisa, que ficou disponibilizada no site da Universidade de Rio Verde (UniRV) (www.unirv.edu.br) e no Sistema Eletrônico de Informações (SEI). Lá estavam todas as informações referentes a esta pesquisa e o período de coleta de dados pelos pesquisadores, enfatizando a importância da realização do estudo e, especialmente, da participação dos universitários selecionados.

O trabalho de campo teve início no dia 19 de novembro e foi finalizado no dia 07 de dezembro de 2018. Os pesquisadores foram divididos em conformidade ao Campi em que trabalha como professor, e a distribuição dos questionários foi feita de forma coerente com a quantidade de acadêmicos em cada período de graduação.

Todo o trabalho de campo foi realizado somente pelos pesquisadores. Durante a aplicação em cada período do curso de graduação havia pelo menos um mestrando e um doutorando que realizaram o procedimento padrão determinado para este estudo, como:

- Identificação de cada pesquisador de forma verbal e presença do crachá de identificação;
- Apresentação da carta de autorização do Reitor da instituição e do Diretor do curso de graduação;

- Leitura da lista de presença dos alunos regularmente matriculados no período correspondente à coleta de dados;
- Apresentação dos termos gerais da pesquisa e do TCLE, ficando uma cópia do TCLE autorizado arquivada com o pesquisador e outra cópia com o entrevistado;
- Leitura geral do questionário;
- Entrega dos questionários de forma voluntária aos universitários e depósito na urna disponibilizada em cada sala de aplicação.

Após a finalização de cada aplicação foram preenchidas as planilhas para verificação das perdas, do tipo ausência e possibilidade de retorno, que ocorreram duas vezes. A primeira sete (7) dias após a aplicação, no mesmo horário e local da primeira aplicação. Caso houvesse ainda alguma perda foi enviado um comunicado no Sistema Eletrônico de Informações (SEI) dos acadêmicos informando que após sete dias da segunda tentativa seria realizada a aplicação deste questionário em sala e horário pré-determinados por cada direção de curso de graduação.

O controle das aplicações dos questionários foi realizado uma vez por semana por todos os pesquisadores em uma planilha compartilhada no Drive do e-mail individual, em que cada pesquisador preenchia o número de questionários aplicados, o curso de graduação, o período de graduação, com atenção para que os dados estivessem em conformidade com os códigos destinados a cada campi, curso e período. Foi também informado o número de perdas e recusas e o total de universitários elegíveis ainda não encontrados.

Ao finalizar a coleta de dados obteve-se 2.264 universitários respondentes, com 2.256 questionários completos e 11 incompletos. O total de perdas foi de 356, sendo 353 ausentes, oito recusas e duas desistências.

Foram consideradas perdas ou recusas aqueles universitários que não foram localizados ou que se recusaram a participar do estudo após três possibilidades de encontros com os pesquisadores.

Posteriormente ao trabalho de campo foi realizada a codificação individual de aproximadamente 87 questionários por cada pesquisador e dois monitores (pesquisador colaborador) devidamente treinados para tal finalidade. Cada um ficou totalmente responsável pela codificação dos questionários aplicados por ele.

A coordenação do PPG elaborou um banco de dados encaminhado para todos os pesquisadores, que resolveram em conjunto realizar o treinamento simultâneo de quatro monitores

(pesquisador colaborador) para que procedessem a entrada dos dados nestes bancos. Todos os questionários do Campi 1 e Campi 3 foram enviados em malotes lacrados para a coordenação do curso de graduação de medicina do Campi 2, local em que será realizado todo o processo de digitação dos dados pelos monitores devidamente treinados.

5 COLETA DE DADOS — PARTE II

Outra coleta de dados aconteceu nos dias 11 e 25 de novembro de 2019, tendo somente quatro pesquisadores (doutorandos) participantes, pois tratava-se do processo de validação de algumas escalas. Apenas universitários do curso de medicina do Campus 1 participaram desta etapa, através de duas novas coletas com os mesmos participantes, com intervalo de 14 dias entre elas. Todavia, a logística usada foi a mesma da primeira coleta de dados, em 2018. Ao finalizar essa segunda parte obteve-se 389 universitários respondentes, com 347 questionários completos, 42 incompletos. Destes, houve 91 perdas, sendo 71 ausências, 19 recusas e uma desistência.

6 CODIFICAÇÃO E DIGITAÇÃO DOS DADOS

Posteriormente ao trabalho de campo foi realizada a codificação individual de aproximadamente 87 questionários por cada pesquisador e dois monitores (pesquisador colaborador) devidamente treinados para tal finalidade. Cada pós-graduando ficou impreterivelmente responsável pela codificação dos questionários que aplicou.

A coordenação do PPG elaborou um banco de dados encaminhado para todos os pesquisadores, que resolveram em conjunto ministrar treinamento para quatro monitores (pesquisador colaborador) simultâneos a fim de que realizassem a entrada dos dados nestes bancos. Todos os questionários do Campus 1 e Campus 3 foram enviados em malotes lacrados para a coordenação do curso de graduação de medicina do Campus 2, local onde foi realizado todo o processo de digitação dos dados pelos monitores devidamente treinados.

Os dados foram digitados duplamente no programa Epidata. Ao final das digitações, os bancos foram comparados e os erros encontrados corrigidos.

APÊNDICE B

MANUAL DA EQUIPE DE CAMPO



MANUAL DA EQUIPE DE CAMPO

Perfil epidemiológico dos alunos da área da saúde da Universidade de Rio Verde, Goiás, 2018

Este manual tem como finalidade orientar a equipe de campo, Mestrandos e Doutorandos, sobre o processo de coleta de dados e possíveis dúvidas que possam surgir durante o planejamento e a coleta de dados do estudo principal. O método consiste em aplicar um questionário autoadministrável em universitários da área da saúde matriculados no presente semestre, 2018-2, na UniRV.

A logística dos trabalhos de campo envolve os seguintes passos:

1. Apresentar-se aos diretores da faculdade com a carta de anuência do reitor para explicar a pesquisa e os procedimentos necessários.
2. Agendar data para a realização da pesquisa de acordo com a realidade de cada curso, ou de acordo com o definido no grupo como um todo. Data provável dos trabalhos de campo será entre os dias 19 a 23 de novembro de 2018.

3. Divulgar a pesquisa a todos os alunos da área da saúde através do Sistema Educacional Integrado e páginas de facebook de cada curso.
4. Preencher previamente os seguintes campos de todas as planilhas:
 1. Período:
 2. Dia:
 3. Mestrando/Doutorando:
 4. Campi: Rio Verde
 5. Curso:
 6. Número de alunos turma:
 7. Id
 8. Matrícula
1. Para o preenchimento da Id os alunos deverão ser identificados com números sequenciais crescentes de acordo com: campi, curso e lista de chamada de cada turma. Utilizar regras abaixo elencadas na seção de codificação. Continuar numeração da turma anteriormente visitada.
2. Imprimir uma lista de chamada da turma onde constam o nome e matrícula da turma. Nessa lista inserir os três últimos números do código do aluno.
3. Realizar a divisão das planilhas e listas de chamadas entre os Mestrandos e Doutorandos de modo que cada um fique responsável por aplicar os questionários em cerca de 100 alunos.
4. No dia coleta, levar os questionários preenchidos e numerados e ordenados sequencialmente de acordo com a lista de chamada da turma e com a planilha.
5. Apresentar-se ao professor da turma e aos alunos como professor da UniRV e como Mestrando/Doutorando da Unisinos.
6. Entregar duas vias e ler todo o TCLE.
7. Solicitar que assinem e recolher uma via do TCLE. Solicitar que se retirem da sala os alunos que recusarem a participar na pesquisa.
8. Em seguida, realizar a chamada individualmente pausadamente lendo primeiro nome do aluno e o último número do código do aluno.
9. Neste momento os monitores devem entregar os questionários identificados e correspondentes àquele aluno. Solicitar que desliguem o celular.
10. Fazer a leitura das orientações constantes na primeira página do questionário.
11. Orientar para não preencherem a coluna das variáveis.
12. Realizar a leitura conjunta de todo questionário. Ler apenas as perguntas, esclarecimentos sobre elas, e pulos.
13. Pedir que preencham o questionário a caneta. Caso o respondente erre ou rasure a sua resposta, orientá-lo a riscar a resposta incorreta e colocar uma seta na resposta correta. Alunos atrasados, pedir o nome do aluno e informar o código correspondente daquele aluno para os monitores. Continuar com a leitura e, após o aluno atrasado ter acesso ao questionário, informar o número da questão que está lendo. Solicitar que ao final preencham as questões anteriores após o término ou durante a leitura do questionário. Alunos muito atrasados, entregar o questionário e solicitar que preencham por conta própria ignorando a leitura das questões.

14. Solicitar que revisem se todas as questões foram respondidas antes de entregar o questionário.
15. Quando o universitário finalizar o questionário, pedir que coloque o seu questionário preenchido na caixa/urna lacrada destinada para esse fim.
16. Agradecer à participação dos alunos.
17. Após o término da coleta, revisar o preenchimento de todos os questionários e preencher as colunas da planilha da turma:
 1. Número de respondentes,
 2. Perdas,
 3. Ausentes,
 4. Desistências/questionários incompletos
 5. Recusas.
1. Transcrever as informações do cabeçalho na planilha de Excel de cada Mestrando/Doutorando.
2. Se necessário, repetir os procedimentos a partir do item 7 por duas ocasiões visando minimizar perdas.
3. Realizar a codificação da coluna das variáveis de todos os questionários conforme orientações abaixo.
4. Realizar a dupla digitação dos seus questionários no epidata.
5. Verificar e eliminar os erros de digitação no programa epidata.
6. Encaminhar termos de consentimento e questionários ordenados sequencialmente, e por curso, à coordenação da pesquisa no campi.
7. Armazenar os questionários e incinerá-los após cinco anos.
8. Encaminhar as planilhas de Excel da coleta de dados principais e os dois arquivos .rec da entrada de dados para o prof. Marcos via Moodle.

Aspectos IMPORTANTES!

1. Durante os trabalhos de campo, não delegar a apresentação e leitura do questionário aos monitores. Eles não estão recebendo bolsa de estudos para realizar Mestrado e Doutorado.
2. Orientar os monitores que deve haver um cuidado especial para identificar corretamente os participantes pelo seu código, que é único.
3. A planilha dos motivos de perdas é um documento muito importante para o controle da qualidade do projeto. Não esquecer de anotar o motivo das perdas.
4. Cuidado com os questionários não respondidos. Nenhum respondente ou monitor pode levar o questionário para casa. Isso pode inviabilizar o projeto.
5. Os monitores **NÃO** podem ter acesso à lista de chamada onde constam o nome, a matrícula e a identidade única dos questionários. Se isso acontecer eles poderão identificar os participantes e suas respostas e isso violará o sigilo dos dados e terá implicações éticas muito fortes.

6. Os Mestrandos e Doutorandos NÃO podem ficar investigando as respostas e identificando os respondentes nos questionários respondidos. Isso violará o sigilo dos dados e terá implicações éticas muito fortes.
7. Todos os Mestrandos e Doutorandos devem fazer um treinamento com relação a todos os procedimentos de logística e codificação referidos neste manual. Preferencialmente, com estudos pilotos menores ou simulação de entrevistas e suas codificações antes da ida a campo e antes da codificação final no trabalho de campo principal. Disso depende o rigor metodológico, a qualidade do trabalho de campo e a robustez dos dados colhidos. Esta é uma pesquisa científica a qual gerará Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado.

Ao sair a campo nunca se esqueça de levar:

1. Planilha com dados do cabeçalho, id e matrícula preenchidos;
2. Lista de chamada onde constam o nome, a matrícula dos alunos e também os três últimos algarismos do código único do aluno.
3. Questionários, em quantidade igual ao número de alunos nas turmas a serem visitadas, com os campos da página inicial preenchidos. Levar também alguns questionários sem esses campos preenchidos.
4. Manual da equipe de campo;
5. TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) em número dobrado ao número de questionários a serem utilizados no dia;
6. Crachá da UniRV;
7. Carta de anuência do Reitor;
8. Carta de autorização do coordenador do curso;
9. Caneta e lapiseira;
10. Pasta e prancheta;
11. Urnas para depósito dos questionários; e
12. Água.

Codificação dos questionários

A codificação refere-se a preencher a coluna das variáveis dos questionários com a resposta marcada pelos participantes. Visa, portanto, facilitar a visualização e digitação dos dados pelos digitadores. A transcrição é de extrema importância e deve ser realizada preferencialmente pelos Mestrandos e Doutorandos e no mesmo dia ou em data próxima da data em que os dados foram coletados. Devido ao fato de lidarmos apenas com números, os números das respostas devem ser escritos a lápis e de forma legível na coluna das variáveis para que não haja dúvidas para os digitadores. A siglas IGN (ignorado) refere-se a uma resposta ignorada pelo participante, ele não sabe o que responder, ou questões deixadas em branco. A sigla NSA (não se aplica) refere-se à resposta de uma pergunta que não se aplica aquele participante, após os pulos por exemplo.

As variáveis da página inicial do questionário são codificadas da seguinte maneira:

idal (Identidade do participante). O primeiro algarismo refere-se ao campi, o segundo algarismo refere-se ao curso e os próximos três algarismos se referem ao número de alunos matriculados em cada curso. Abaixo seguem os códigos dos campi (Quadro 1), dos cursos (Quadro 2) e o total de alunos por campi e curso (Quadro 3). Note os alunos de cada curso devem ser

numerados sequencialmente de 001 a nnn de acordo com as possibilidades constantes no Quadro 4.

Quadro 1 – Código dos campi

Campi	Código
Rio Verde	1
Aparecida de Goiânia	2
Goianésia	3

Quadro 2 – Código do curso

Curso	Código
Medicina	1
Odontologia	2
Fisioterapia	3
Farmácia	4
Educação Física	5
Enfermagem	6

Quadro 3 – Número de alunos de acordo com campi e curso.

Campus Rio Verde	Total de alunos
Medicina	734
Odontologia	672
Fisioterapia	90
Farmácia	67
Educação Física	62

Enfermagem	55
Campus Aparecida de Goiás	Total de alunos
Medicina	553
Campus Goianésia	Total de alunos
Medicina	405
Total de alunos	2638

Quadro 4 – Valores possíveis para a variável identidade (numeração de cada aluno) de acordo com campi e curso

Campus Rio Verde	Valores de Identidade Possíveis
Medicina	11001 a 11734
Odontologia	12001 a 12672
Fisioterapia	13001 a 13090
Farmácia	17001 a 17067
Educação Física	15001 a 15062
Enfermagem	16001 a 16055
Campus Aparecida de Goiás	Valores de Identidade Possíveis
Medicina	21001 a 21553
Campus Goianésia	Valores de Identidade Possíveis
Medicina	31001 a 31405

Data da entrevista. Preencher com a data informada no formato dd/mm/aaaa.

Campi – Campus Universitário. Preencher de acordo com o quadro 1.

Curso – Preencher de acordo com o quadro 2.

Idmd (código do Mestrando/Doutorando) – Preencher de acordo com o quadro 5.

Quadro 5 – Códigos atribuídos aos Mestrandos e Doutorandos.

Mestrando/Doutorando	Código
Adriana Vieira Macêdo Brugnoli	1
Ana Paula Rodrigues Rezende	2
Ana Paula Sá Fortes Silva Gebrim	3
Berenice Moreira	4
Cinthia Cardoso Moreira	5
Danyelly R. Machado Azevedo	6
Erickson Cardoso Nagib	7
Ernando Assunção Ferreira	8
Fernanda R. Alvarenga Mendes	9
Flávio Adorno Rosa	10
Gabrielly Cruvinel Fernandes	11
Giordanne Guimarães Freitas	12
Glauco Rogério Alves da Costa	13
Heloisa Silva Guerra	14
Humberto Carlos de Faria Filho	15
Keila Santos Pereira Mereb	16
Ludimila Q. Oliveira Sguarezi	17
Marcelo Ramos	18
Maria Carolina M. C. de Souza	19

Paulo Sergio de Oliveira	20
Rafaella de Carvalho Caetano	21
Raiana Rodrigues Costa Melo	22
Renato Canevari Dutra da Silva	23
Rychard Arruda de Souza	24
Tiago Domingues	25
Whayne Alves Alecrim	26

Nas questões de data, como datae e datan, preencher com a data informada no formato dd/mm/aaaa. Do mesmo modo, nas questões que pedem dias, meses e/ou anos, preencher com o formato dd, mm e aaaa.

Nas questões que foram puladas deve-se fazer um traço diagonal nas mesmas e codificar de acordo com uma das seguintes situações: (1) Se ele respondeu e deveria responder, preencher com a resposta do entrevistado, (2) caso ele devesse ter respondido, mas deixou a(s) questão (ões) em branco, preencher com os códigos de IGN (8, 88, 888, etc.) e, por último, (3) se ele tinha que pular a questão e pulou, preencher com os códigos de NSA (9, 99, 999, etc.).

Nas variáveis onde é possível apenas uma opção de resposta e forma marcadas duas ou mais transcrever o valor IGN (8, 88, etc.) Nas questões 19 e 20, se algum respondente respondeu seu peso com alguma casa decimal ex. 70,5Kg, arredondar de acordo com a seguinte regra décimos maiores ou iguais a 0,5kg arredondar para o Kg superior. Portanto no exemplo dado o peso a ser transcrito seria 71 Kg. Décimos menores ou iguais a 0,4 arredondar para o Kg inferior.

Questões 31, 33 e 35, se o aluno respondeu apenas as horas, preencher os minutos com 00 (zero zero) e transcrever esse valor para a variável correspondente na coluna das variáveis.

Questões 36 a 39, se o aluno marcou zero (0) na resposta. Preencher nas horas e minutos com os valores 00 (zero) e transcrever esses valores para as variáveis correspondentes da coluna das variáveis. Se apenas uma das opções foi preenchida, ou apenas horas ou apenas minutos transcrever o valor preenchido e o valor não preenchido com 00 (zero).

Questões 42, 48 a 51, se o respondente marcou alguma das opções que necessitavam preenchimento, transcreva esse valor na variável de um algarismo e outro valor na variável de dois algarismos. Nas outras variáveis de dois algarismos transcreva para a coluna das variáveis o valor NSA (99).

Questão 75j não necessita uma planilha de códigos, pois não faz parte do escore total da escala de sono.

Questão 88, se ele respondeu apenas questões dos locais a que refere sentir dor, preencher os demais locais com o zero (não).

Questões 133 e 134, preencher com dois algarismos formato 01, 02,.... 09, 10.

Questão 176, utilizar regra de arredondamento para inteiro superior no caso de décimos maiores ou iguais a 0,5 e inferior no caso de décimos menores ou iguais a 0,4.

Nas questões com respostas discursivas. A primeira variável da coluna das variáveis se refere às opções de marcar e possui apenas um algarismo. A segunda, ou outras mais, se houverem, referem-se às questões de preencher. Para tanto, não há dúvidas quando esses campos forem números. Ex. Número de cigarros consumidos por dia, basta transcrever esse número. Porém, se o preenchimento ocorreu devido a respostas discursivas, deve-se codificar as respostas separadamente em um arquivo dos códigos. Ex. Na questão 91 “Qual foi o motivo da última consulta?” No momento da digitação, o primeiro motivo que aparecer no questionário, ex. acidente de trânsito receberá o código 1. Se outro questionário aparecer o mesmo motivo ele receberá o mesmo código. O segundo motivo que aconteceu foi realização de cirurgia, receberá o código 2. Se outro participante repetir o mesmo motivo, ele receberá o mesmo código. E assim sucessivamente. Esse arquivo com as codificações corretas deve ser constantemente atualizado e compartilhado entre todos os Mestrandos e Doutorandos. Os códigos dessas variáveis devem ser os mesmos para todos.

Dúvidas?

Em caso de dúvidas, entrar em contato com o coordenador da pesquisa prof. Marcos Pattussi pelo telefone ou whatsapp (51) 98177

3. ARTIGOS

ARTIGO 1**(VERSÃO PORTUGUÊS)****PREVALÊNCIA DO USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO HORMONAL E FATORES
ASSOCIADOS EM UNIVERSITÁRIAS DA ÁREA DE SAÚDE**

Fernanda Rassi Alvarenga

Douglas Nunes Stahnke

Marcos Pascoal Patussi

Juvenal Soares Dias da Costa

RESUMO

Introdução: Nas últimas décadas, verificou-se aumento importante no uso de métodos contraceptivos por mulheres em idade reprodutiva, sendo que o método contraceptivo hormonal oral é o mais frequente em mulheres brasileiras e reconhecidamente eficaz. Estudos sobre a prática anticoncepcional na juventude mostram alta prevalência de uso, e que a escolha do método depende do tipo de relacionamento afetivo, da troca de parceiro, das intenções reprodutivas, das questões socioculturais e religiosas, do poder aquisitivo e do acesso aos diferentes métodos. Estudar a população universitária,

portanto, é importante para compreender e melhorar sua saúde reprodutiva. **Objetivo:** Investigar o uso de contracepção por acadêmicas da área de saúde de uma universidade do centro-oeste brasileiro, e verificar os fatores associados ao uso dos métodos contraceptivos hormonais. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal de base escolar com universitárias da área da saúde, de 18 anos ou mais, com atividade sexual, e regularmente matriculadas na instituição. O instrumento da pesquisa foi a aplicação de um questionário padronizado, pré-codificado, auto administrado composto por questões diretas e específicas, relacionadas ao uso de métodos contraceptivos em geral, incluindo todos os métodos hormonais. A população do estudo foi constituída por 1593 acadêmicas, 80,8% com vida sexual ativa, totalizando uma amostra de 1288 universitárias analisadas. O trabalho de campo foi desenvolvido entre outubro e dezembro de 2018 e as exposições avaliadas incluíram variáveis demográficas, socioeconômicas, acadêmicas, religião, e relacionadas a vida sexual e reprodutiva. Os dados foram digitados no programa Epi Data 3.1 e analisados no programa estatístico STATA 12.0. Utilizou-se regressão de Poisson com variância robusta segundo um modelo conceitual de análise, mantendo-se no modelo as variáveis associadas ao desfecho com $p < 0,20$ para ajuste de fatores de confusão e considerou-se significativas as associações com $p < 0,05$. **Resultados:** A prevalência do uso da contracepção em geral foi de 85,9% (IC95% 83,3 a 87,2), e os métodos contraceptivos mais utilizados foram a pílula contraceptiva (66,5%) e o preservativo masculino (43,9%). O uso de métodos contraceptivos hormonais, alcançou prevalência de 81,50% (n=1049). Após análise ajustada, o estudo mostrou que universitárias de 23 a 24 anos, morando com amigos, de classe econômica alata (A) e sem religião, apresentaram maior probabilidade de uso de método contraceptivo hormonal. **Conclusão:** Concluiu-se que, no meio universitário, ainda se mantém práticas contraceptivas limitadas a pouca diversidade dos métodos, e portanto, estudos atuais com amostras representativas deste segmento populacional em relação ao uso de contracepção, são necessários para monitorar tendências e auxiliar no planejamento de ações voltadas para a orientação sexual e reprodutiva de universitárias.

PALAVRAS-CHAVE: contracepção; métodos contraceptivos; contraceptivos hormonais; estudantes.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos constatou-se aumento da prevalência de atividade sexual entre adolescentes e adultos jovens e diminuição na idade de início da atividade sexual (1). Concomitantemente, nas últimas décadas, verificou-se aumento importante no uso de métodos contraceptivos, sendo que aproximadamente 60,0% das mulheres em idade reprodutiva utilizavam algum método contraceptivo (2). No Brasil, o perfil de uso de contraceptivos foi investigado na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996 e 2006. Os resultados de 2006 mostraram que 66,0% das jovens de 15 a 19 anos sexualmente ativas já haviam usado algum método contraceptivo (3).

Estudos sobre a prática anticoncepcional na juventude mostraram alta prevalência de uso, e que a escolha do método dependia do relacionamento afetivo momentâneo, da troca de parceiro, das intenções reprodutivas, das questões socioculturais e religiosas, do poder aquisitivo e do acesso aos diferentes métodos (5,6,7). Entretanto, outros fatores, como a ausência de relação afetiva estável, favoreciam o não uso, ou uso inadequado, da anticoncepção (8,9). Estudos com mulheres universitárias confirmaram a alta prevalência do uso de contracepção (10), mas também, uso inconsistente dos métodos contraceptivos com abandonos e trocas equivocadas, expondo as usuárias ao risco de gravidez não planejada, abortamentos provocados e infecções sexualmente transmissíveis (IST). Assim, o uso de contracepção, sobretudo na população jovem, corresponde a uma medida eficaz e prioritária para evitar infecções sexualmente transmissíveis, gravidezes indesejadas, e suas consequências (11,12).

Segundo os critérios de elegibilidade para o uso dos diferentes métodos contraceptivos, não existe um contraceptivo ideal para todas as pessoas e sim um adequado para cada pessoa. Não existem métodos adequados ou não adequados para jovens, sendo assim, o fator idade não limita o uso dos métodos (4). Deve-se conhecer bem quais são as opções, levar em conta características como: vida sexual, número de parceiros, tempo que pretende evitar a gravidez, estilo de vida, e as características inerentes a cada método como o seu funcionamento, eficácia, possíveis efeitos colaterais, e tipo de seguimento, para fazer a escolha mais apropriada.

Atualmente existem vários métodos contraceptivos disponíveis no mercado, e o contraceptivo hormonal oral ainda é o método mais utilizado, sendo bastante eficaz se usado de forma correta. Além disso, contraceptivos hormonais podem apresentar benefícios adicionais como o tratamento da dismenorréia, acne, tensão pré-menstrual, cistos ovarianos, endometriose, dentre outros. Por outro lado, podem apresentar efeitos adversos como, discreto aumento na pressão arterial, tromboembolismo, diabetes mellitus e eventos cardiovasculares (13).

O objetivo do estudo foi descrever os métodos contraceptivos utilizados por mulheres universitárias da área da saúde de instituição de ensino superior do centro-oeste do Brasil. Pretendeu-se verificar também o uso de métodos contraceptivos hormonais, estabelecendo as características associadas, a fim de propor e planejar ações efetivas de planejamento reprodutivo direcionadas a este segmento populacional.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um Projeto de Pesquisa com o objetivo de se verificar as condições de vida e saúde dos acadêmicos da área de saúde da Universidade de Rio Verde - Fundação Pública de Ensino Superior do Estado de Goiás (UNIRV). O Projeto de Pesquisa incluiu inúmeros desfechos tais como: auto relato de problemas de saúde; transtornos psiquiátricos e estresse; distúrbios do sono; estado nutricional e hábitos alimentares; atividade física, comportamento sedentário; consumo de álcool, drogas ilícitas e

tabagismo; comportamentos de risco para transtornos alimentares; saúde bucal; qualidade de vida, resiliência, ajustamento social; vida sexual e reprodutiva - uso de contraceptivos e preservativos, infecções sexualmente transmissíveis, comportamentos sexuais de risco e intenções reprodutivas; expectativas e projetos de vida; relações familiares; participação social e política; bullying e comportamento violento; uso de mídias sociais; uso de serviços de saúde: hospitalizações, serviços ambulatoriais clínicos e odontológicos; uso de medicamentos.

A UNIRV tem se consolidado como uma das principais instituições do Centro-Oeste. Com sede situada em Rio Verde, no sudoeste do estado, conta com cerca de sete mil acadêmicos, distribuídos em 21 cursos de Graduação e 15 cursos de Pós-Graduação (UNIRV, 2018).

Assim, o presente estudo foi conduzido nos municípios de Rio Verde (região sudoeste), Aparecida de Goiânia (região metropolitana de Goiânia) e Goianésia (região norte), onde estão situados os *campi* da Universidade. A população do Projeto foi constituída por todos os acadêmicos de graduação vinculados aos Cursos de Enfermagem, Odontologia, Medicina, Fisioterapia, Farmácia e Educação Física, distribuídos nos três campi (N=2.620 alunos).

O presente estudo refere-se a recorte relacionado ao uso de métodos contraceptivos. Trata-se de estudo transversal, em que foram incluídas como participantes universitárias matriculadas nos cursos da área da saúde, do sexo feminino, com idade igual ou superior a 18 anos completos, com vida sexual ativa, e não grávidas no momento da coleta.

O tamanho amostral foi calculado com base na prevalência de 60% para o uso de métodos contraceptivos. Levou-se em consideração poder de 80% para identificar uma razão de prevalência de 1,13 com nível de confiança de 95% e erro de 3%. O tamanho da amostra foi aumentado em 10% para contemplar possíveis perdas e recusas e em 15% para o controle de fatores de confusão. Assim, o tamanho amostral foi estimado em 743 participantes. Ao final foram incluídas 1.288 mulheres no estudo.

O trabalho de campo ocorreu entre outubro e dezembro de 2018. Os dados foram coletados por meio de questionário padronizado, pré-testado e autoadministrável, aplicado aos universitários sem

permitir sua identificação. O questionário foi composto de 209 questões, sendo aplicado em sala de aula, com data e hora previamente acordadas com os professores de cada disciplina. No caso de acadêmicos faltantes foram realizadas mais duas tentativas de aplicação do questionário. Os responsáveis pela aplicação dos questionários foram os próprios pesquisadores envolvidos no Projeto. Foi realizado treinamento e elaborado “Manual de Instruções do Estudo”, para padronização na aplicação do instrumento de coleta e codificação dos dados. Além disso, foi conduzido estudo piloto com universitários do curso de Direito, com o intuito de se aperfeiçoar o instrumento e a logística.

Entre as mulheres que referiram vida sexual descreveram-se os tipos de métodos contraceptivos. Para a análise de associação o desfecho foi: uso de métodos contraceptivos hormonais, elaborado a partir do somatório de pílula contraceptiva, anticoncepcional injetável, adesivo transdérmico, anel vaginal, implante subcutâneo de progesterona e sistema intra uterino hormonal (SIU Hormonal).

Na análise foram incluídas variáveis demográficas, socioeconômicas, discentes, religião e reprodutivas.

Entre as variáveis demográficas foram incluídas: idade (categorizada como faixa etária de 18 a 20 anos; 21 a 22; 23 a 24; 25 anos ou mais), cor da pele autorreferida (branca; não branca), situação conjugal (com companheiro; sem companheiro) e com quem morava (sozinha; com companheiro, pais, ou responsáveis; com amigos ou colegas).

Incluiu-se na análise a classe econômica conforme a Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa (ABEP), levando em consideração a posse de determinados bens materiais, escolaridade do chefe da família, presença de empregados domésticos e a disponibilidade de alguns serviços públicos no local da residência, estabelecendo um escore. A variável classificação econômica da ABEP foi categorizada em: classe A (alta), classe B (média), e classes C/D/E (baixa).

As variáveis discentes foram: curso (medicina; odontologia; outros) e período do curso (até o 6º semestre de curso; 7º semestre ou mais).

A variável religião foi categorizada em católica; protestante/evangélica; outras e sem religião. Em relação às variáveis reprodutivas foram incluídas na análise: sexarca (categorizada em faixa etária - até 15 anos; 16 a 17 anos; 18 anos ou mais), número de parceiros sexuais no último ano (um; dois; três ou mais) e paridade (sem filhos; com filhos).

O banco de dados foi criado no programa Epi data 3.1, com dupla entrada, com o intuito de diminuir erros de digitação. Realizou-se análise descritiva, com cálculo da frequência do uso do método contraceptivo e razão de prevalência dos tipos de métodos contraceptivos. Foi realizada análise bruta e ajustada, intervalos de confiança e níveis de significância pelo teste do qui-quadrado, por meio do programa Stata versão 12.0, para os métodos contraceptivos hormonais.

Para análise ajustada foi realizada regressão de Poisson de acordo com modelo hierarquizado. Desta forma, as variáveis demográficas e socioeconômicas foram colocadas no nível distal, as variáveis relativas às características discentes e religião ficaram no segundo nível, e as variáveis relativas às características sexuais e reprodutivas, no nível proximal, todas determinando o desfecho de uso de método contraceptivo hormonal. A entrada das variáveis no modelo foi condicionada à obtenção de significância estatística de 20% ($p \leq 0,2$) na análise bruta, enquanto sua permanência no modelo dependeu de um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

O Projeto de Pesquisa foi aprovado conforme os pareceres dos comitês de ética em pesquisa, 2.892.764 da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, em 13 de setembro de 2018 e 2.905.704 da Universidade de Rio Verde- UniRV, em 19 de setembro de 2018. Os acadêmicos foram esclarecidos a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa e decidiram livremente sobre a sua participação, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Da amostra total de universitários participantes do Projeto, 1.593 foram mulheres e 1.288 (80,8%) referiram vida sexual ativa. A prevalência de uso de método contraceptivo foi 85,9% (IC95%

83, 3 - 87, 2), e os métodos contraceptivos mais utilizados foram pílula contraceptiva (n=856; 66, 5%) e o preservativo masculino (n= 566; 43, 9%). Ainda em relação ao uso de métodos contraceptivos, a análise mostrou que 257 (20%) participantes referiram coito interrompido, 234 (18,2%) pílula do dia seguinte e 124 (9,6%) tabelinha (Tabela 1).

O uso de métodos contraceptivos hormonais alcançou prevalência de 81,5%. Além das usuárias de pílula contraceptiva, encontraram-se 8,3% das participantes referindo SIU hormonal, 4,4% contraceptivo hormonal injetável, 1,2% contraceptivo vaginal – anel vaginal, 0,7% implante hormonal subdérmico e 0,4% contraceptivo intradérmico - adesivo (Tabela 1).

De acordo com as variáveis demográficas da amostra, a maioria das mulheres tinha entre 21 e 22 anos (36,0%) e declarou cor da pele branca (58,3%). Quanto à situação conjugal, foi encontrada predominância de mulheres sem companheiro (86,8%). A distribuição de classe econômica mostrou 87,6% mulheres classificadas nas classes A e B; 52,4% moravam com pais, responsáveis ou companheiro; 68,1% cursavam medicina, e 61,7% estavam até o 6º semestre dos cursos, com predominância da religião católica (56,2%). Em relação às características sexuais e reprodutivas, a maioria (41,3%) relatou idade da primeira relação sexual maior que 18 anos, 61,7% referiram ter único parceiro sexual e 92,9% das universitárias não tinham tido filhos (Tabela 2).

Ainda na Tabela 2 observou-se a distribuição do uso de métodos contraceptivos hormonais de acordo com as características da amostra. As maiores prevalências de uso foram verificadas nas mulheres de 23 a 24 anos, sem companheiro, de classe econômica A e B, morando com amigos, que cursavam Medicina, na segunda metade do curso, e que se declararam sem religião. Em relação às características comportamentais relacionadas a vida sexual e/ou reprodutiva constataram-se maiores prevalências de métodos contraceptivos hormonais naquelas com sexarca entre 16 e 17 anos, com dois parceiros sexuais e sem filhos.

A análise bruta mostrou associação entre idade e uso de métodos hormonais, entretanto os intervalos de confiança englobaram os valores unitários. Quanto à situação conjugal observaram-se diferenças estatisticamente significativas, mostrando que as mulheres sem companheiro usavam mais

contraceptivos hormonais do que as com companheiro. As universitárias morando com amigos e sozinhas também apresentaram maior prevalência do uso em relação a categoria de referência. A variável cor da pele não apresentou diferença estatisticamente significativa em relação ao uso de métodos hormonais. A análise das características socioeconômicas mostrou diferenças significativas, revelando maior prevalência de métodos hormonais entre as mulheres da classe econômica A (Tabela 3).

Em relação às características discentes, mulheres cursando Medicina apresentaram maior prevalência do uso de métodos hormonais. Já a variável período do curso não estava associada com o desfecho (Tabela 3).

As universitárias que se declararam sem religião, aquelas que iniciaram vida sexual entre 16 e 17 anos e que relataram dois parceiros sexuais usavam mais métodos contraceptivos hormonais. A variável paridade não estava associada com o uso de método contraceptivo hormonal (Tabela 3).

Na análise ajustada foram mantidos os efeitos das variáveis idade, moradia, classe econômica e religião, mostrando que universitárias de 23 a 24 anos, morando com amigos, de classe econômica A e sem religião, apresentaram maior probabilidade de uso de método contraceptivo hormonal (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Neste estudo a grande maioria das mulheres referiu vida sexual ativa, com alta prevalência de uso de método contraceptivo. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo transversal europeu com jovens universitários utilizando questionário autoaplicável, que demonstrou prevalência de 93% para atividade sexual e de 86,9% para uso de método contraceptivo durante a primeira relação sexual (14). Análise conduzida no Brasil, em São Paulo, com 258 acadêmicas de uma universidade

pública verificou alta prevalência no uso de métodos contraceptivos no último relacionamento com envolvimento sexual, sendo que o uso geral dos métodos foi relatado por 100% da amostra (15), e outra mais recente, em 2020, com 1036 universitárias de Curitiba, 41,6% matriculadas em cursos da área da saúde e com média de idade de 21,2 anos, encontrou 87,2% de atividade sexual e 89,3% de uso de contracepção (16). Outros estudos com universitárias demonstraram prevalências menores: um estudo incluindo 23 universidades de 22 países da Ásia e África, mostrou prevalência de uso de anticoncepcionais de 57,4% na amostra de jovens universitárias (10); outro grande estudo, realizado nos Estados Unidos, que analisou as tendências no uso de métodos contraceptivos em 97.376 universitárias de 2008 a 2013 verificou uma prevalência de uso global de métodos contraceptivos de 45% em 2008 e 44% em 2013 (17). No Brasil, no Centro-Oeste, na cidade de Goiânia, estudo realizado com 178 acadêmicas de enfermagem, em 2014, demonstrou prevalência de 52% no de método contraceptivo em geral (18).

No presente estudo os métodos contraceptivos mais utilizados foram a pílula contraceptiva e o preservativo masculino. Outros estudos de base escolar realizados no Brasil encontraram prevalências superiores. Na região Sudeste do Brasil, estudo em universidade pública de São Paulo, em 2010, encontrou percentuais de 69,5% e 79,2%, e outro no sul do Brasil, com objetivo de verificar utilização de método contraceptivo na primeira relação sexual, com 293 universitárias, em 2015, encontrou prevalências de 82,7 e 87,7%, para pílula e preservativo masculino, respectivamente (15,19). No estudo de Curitiba, em 2020, os métodos mais utilizados também foram a pílula contraceptiva e o preservativo masculino, com prevalências de 79,1% e 37%, respectivamente (16). Por outro lado, em estudo conduzido na região Centro-Oeste, incluindo 270 mulheres matriculadas em cursos da saúde em universidade privada, as prevalências foram inferiores alcançando 24,8% para pílula contraceptiva e de 30,7% para preservativos masculinos (20).

Como esperado, em relação aos métodos contraceptivos hormonais, verificou-se predomínio do uso de pílula contraceptiva em relação aos demais, seguido do sistema intrauterino hormonal,

considerado anticoncepcional reversível de longa duração (ARLD) e do contraceptivo injetável. Estudos realizados em diferentes países mostraram padrões regionais distintos no uso de métodos contraceptivos hormonais. Métodos reversíveis de curto prazo têm sido mais usados na África e na Europa; os de longo prazo ou permanentes na Ásia e na América do Norte. América Latina, Caribe e Oceania apresentando uma combinação de diferentes métodos (21). Nos Estados Unidos, estudo para verificar tendência de uso de contraceptivo ao longo do tempo apontou aumento progressivo do uso dos ARLD, de 1% em 2008, para 4% em 2013, sendo que raça, idade, estado civil e orientação sexual foram fatores associados (16). No Brasil, estudo transversal, de base populacional, incluindo 20.404 domicílios urbanos brasileiros, a partir do relato de mulheres de 15 a 49 anos mostrou diferenças na prevalência de uso de contraceptivos orais, sendo maior na Região Sul (37,5%) e menor na Região Norte (15,7%). Em relação aos contraceptivos injetáveis não foram detectadas diferenças entre as regiões com prevalência total de 4,5% (22).

Sendo assim, dois aspectos chamaram atenção em relação às práticas contraceptivas: encontrou-se relativa concentração em dois métodos contraceptivos, o preservativo masculino e a pílula, com baixas prevalências dos considerados métodos modernos como DIU, anel vaginal e implantes hormonais injetáveis. O segundo aspecto tratou das freqüências elevadas de uso da tabelinha, do coito interrompido e da anticoncepção de emergência como métodos contraceptivos, ainda que possam não terem sido utilizados de rotina e isoladamente.

O preservativo masculino é método de barreira, com vantagem de possibilitar dupla proteção: contra gravidez indesejada e IST, como o HIV (23). Corresponde a uma das formas mais antigas e populares de contracepção, apresentando eficácia de 95% se usado corretamente. Pode ser usado por todas as faixas etárias com segurança e é facilmente disponível em serviços públicos e privados de saúde (24). Por este motivo, seria esperado encontrar maiores prevalências de uso em adolescentes e jovens, especialmente, em universitários, já que se tratam de jovens de alta escolarização com acesso facilitado às informações.

Os métodos tradicionais ou naturais, como o coito interrompido e tabelinha, são considerados não confiáveis e apresentam altas taxas de falha (23), portanto devem ser desencorajados para contracepção em jovens.

A contracepção de emergência (CE), consiste na ingestão de uma pílula de progesterona isolada em até, preferencialmente, 72 horas após relação sexual desprotegida como em situações de esquecimento ou uso inadequado do método contraceptivo regular, no rompimento de preservativo ou em caso de violência sexual. O uso rotineiro compromete sua eficácia. Estudo com jovens de universidade pública paulista encontrou prevalência de 50% de uso de contraceptivo de emergência, sendo que 15% das mulheres não demonstraram conhecimento adequado sobre este método, como sua limitação em não prevenir IST (25), e 56,1% das estudantes de universidade privada no sul brasileiro afirmaram uso de CE, sendo que 11,4% delas referiram ter utilizado mais de duas vezes no período de um ano, e 10,7% não faziam uso contínuo de contracepção (16). Outro estudo com universitárias do curso de enfermagem, no Centro-Oeste encontrou prevalência de 29%, sendo que o conhecimento acerca da contracepção de emergência não alcançou 50% em várias questões (18). São resultados preocupantes, uma vez que o uso frequente de CE é marcador de comportamento sexual de risco, podendo indicar exposição ao sexo desprotegido ou má adesão a método contraceptivo regular, com vulnerabilidade à gravidez não planejada.

Vários estudos demonstraram que a prática contraceptiva na juventude ainda está relacionada a vários fatores como relacionamento afetivo atual, troca de parceiro, questões socioculturais e religiosas, além de outros aspectos, como nível sócio-econômico, poder aquisitivo e acesso aos diferentes métodos (5,6,7,26).

Neste estudo, os fatores idade, classe econômica, moradia e religião influenciaram significativamente no uso de método contraceptivo hormonal. Os efeitos observados nas universitárias, de 23 a 24 anos, com classe econômica mais alta, morando com amigos e sem religião se mostraram relacionados a maior prevalência, indicando as tendências de uso de contracepção em

universitárias. Outros estudos demonstraram resultados semelhantes. Estudo multicêntrico da Ásia e África, mostrou que fatores como ter idade mais jovem, possuir afiliação religiosa, comportamento sexualmente protetor (não estar grávida no momento da entrevista e não possuir múltiplas parcerias sexuais) foram associados ao não uso de contraceptivos entre estudantes universitárias sexualmente ativas (10). Nos EUA, estudo que analisou a prevalência e fatores associados ao uso consistente de contraceptivos em 842 universitárias, auto-estima, confiança, independência e satisfação com a vida foram positivamente associados ao uso consistente de contraceptivos (27).

Com base no exposto, ficou evidenciado que jovens escolarizadas ainda apresentam inconsistências no uso de contracepção, e na prevenção de IST, com pouco conhecimento e baixa prevalência de uso dos ARLD, que são seguros e altamente efetivos para esta faixa etária.

Por ser estudo de natureza transversal em população restrita a uma determinada universidade, não é representativo de todas as universitárias no Brasil, e ainda, apresenta limitações em determinar todos os fatores envolvidos nas decisões contraceptivas de jovens universitárias, bem como avaliar situações de contraindicação de métodos, efeitos adversos e seguimento ou adesão adequada à contracepção ao longo da vida reprodutiva, porém os achados, pelo tamanho amostral e rigor metodológico, refletem tendências que demonstram a necessidade de ampliar ações voltadas para a orientação e o planejamento reprodutivos em jovens brasileiras inseridas no ensino superior.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que universitárias da saúde ainda mantêm práticas contraceptivas limitadas a pouca diversidade dos métodos, com escolha relacionada a razões sócio culturais e religiosas, o que não as difere de outras mulheres, de diferentes faixas etárias, ou até com mesma idade, porém com menor escolarização e maior dificuldade de informação e acesso aos diferentes contraceptivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boislard MA, Van de Bounardt D, Blais M (2016) Sexuality (and lack) in adolescence and early adulthood: A review of the literature. *Behavioral Sciences*, v.6, n.1, p. 8.
2. Alkema L, et al. (2013) National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. *The Lancet*, v. 381, n. 9878, p. 1642-1652.
3. Brasil. Ministério da Saúde (2009) Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
4. World Health Organization (2015) *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use: A WHO Family Planning Cornerstone*. 5th edition. Geneva: World Health Organization.
5. Stenhamar C, et al. (2015) Sexual and contraceptive behavior among female university students in Sweden—repeated surveys over a 25- year period. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, v. 94, n. 3, p. 253-259.
6. Kransdorf LN, et al. (2016) Reproductive life planning: a cross-sectional study of what college students know and believe. *Maternal and child health journal*, v. 20, n. 6, p. 1161-1169.
7. Ahmed ZD, et al. (2017) Knowledge and utilization of contraceptive devices among unmarried undergraduate students of a tertiary institution in Kano State, Nigeria 2016. *The Pan African Medical Journal*, v. 26.
8. Brito MB, et al. (2018) Low level of knowledge of contraceptive methods among pregnant teens in Brazil. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, v. 31, n. 3, p. 281-284.
9. Hoopes AJ, et al. (2017) Low acceptability of certain contraceptive methods among young women. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*.
10. Peltzer K, Pengpid S (2015) Contraceptive non-use and associated factors among university

- students in 22 countries. *African Health Sciences*, v. 15, n. 4, p. 1056–1064.
11. Sorensen NO, et al. (2016) Fertility awareness and attitudes towards parenthood among Danish university college students. *Reproductive health*, v. 13, n. 1, p. 146.
 12. Silveira RE, Santos AS, Borges MR (2014). Possíveis influências na sexualidade de universitários da área de saúde REFACS (online). *Suplemento 2(2)*, v.2, n.2, p.143-148.
 13. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2015) Manual de Anticoncepção. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).
 14. Leon-Larios F, Macias-Seda J (2017) Factors related to healthy sexual and contraceptive behaviors in undergraduate students at university of Seville: a cross-sectional study. *Reproductive health*, v. 14, n. 1, p. 179.
 15. Pirotta KCM, Schor N (2004) Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. *Revista de Saúde Pública*, v. 38, p. 495-502.
 16. Moraes LP, Jones KLG, Pellegrini LE, Silva LF, Barbosa LM, Botogoski SR, Fidalski SZK, Olandoski M (2020). Análise do perfil das estudantes de uma universidade de Curitiba acerca do uso de métodos contraceptivos. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*;65:e25.
 17. Logan RG, et al. (2018) Is Long-acting reversible contraceptive use increasing? Assessing trends among U.S. college women, 2008–2013. *Maternal and Child Health Journal*, v. 22, n. 11, p. 1639–1646.
 18. Veloso DLC, et al. (2014) Anticoncepção de emergência: conhecimento e atitude de acadêmicos de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 35, n. 2, p. 33–39.
 19. Delatorre MZ, Dias ACG (2015) Conhecimentos e práticas sobre métodos contraceptivos em estudantes universitários. *Revista da SPAGESP*, v. 16, n. 1, p. 60–73.
 20. Ferreira JB, Costa APV, Chagas ACF (2018) A prática do uso da anticoncepção de emergência em jovens universitárias de uma instituição privada de Campo Grande-MS. *Revista Recien -*

Revista Científica de Enfermagem, v. 8, n. 22, p. 3.

21. Darroch JE, Singh S (2013) Trends in contraceptive need and use in developing countries in 2003, 2008, and 2012: an analysis of national surveys. *The Lancet*, v. 381, n. 9879, p. 1756-1762.
22. Farias MR, et al. (2016) Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2016;50(supl. 2): 14s.
23. Rakhi J, Sumathi M (2011) Contraceptive methods: Needs, options and utilization. *Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, v. 61, n. 6, p. 626–634.
24. Colquitt CW, Martin TS (2017) Contraceptive Methods: a review of non barrier and barrier products. *Journal of Pharmacy Practice*, v. 30, n. 1, p. 130–135.
25. Borges ALV, et al. (2010) Práticas contraceptivas entre jovens universitários: o uso da anticoncepção de emergência. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 4, p. 816-826.
26. Donadiki EM, et al. (2013) Factors related to contraceptive methods among female higher education students in Greece. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, v. 26, n. 6, p. 334-339.
27. Morrison LF, et al. (2016) Protective factors, risk indicators, and contraceptive consistency among college women. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, v. 45, n. 2, p. 155–165.

Tabela 1. Frequência do uso de métodos contraceptivos entre mulheres universitárias, Goiás – Brasil, 2018.

Métodos Contraceptivos	N	Frequência (%)
Pílula Contraceptiva	856	66,5
Contraceptivo hormonal injetável	57	4,4
Contraceptivo intradérmico - adesivo	5	0,4
Contraceptivo vaginal – anel vaginal	15	1,2
SIU Hormonal	107	8,3
Implante hormonal subdérmico	9	0,7
Preservativo Masculino	566	43,9
Preservativo Feminino	18	1,4
DIU não hormonal	14	1,1
Laqueadura tubária bilateral	2	0,2
Tabelinha	124	9,6
Coito Interrompido	257	20,0
Diafragma	143	11,1
Pílula do dia seguinte	234	18,2
OUTROS	7	0,5
Total	1288	

Tabela 2. Distribuição da amostra e prevalência do uso de métodos contraceptivos hormonais segundo as características sociodemográficas, discentes e comportamentais de mulheres universitárias, Goiás-Brasil, 2018 (N=1288).

Variável	N (%)	Uso de método contraceptivo hormonal
		N (%)
Faixa Etária		
18 a 20 anos	296 (23,0)	227 (76,6)
21 a 22 anos	464 (36,0)	379 (81,7)
23 a 24 anos	291 (22,6)	242 (83,2)
25 anos ou mais	237 (18,4)	170 (71,7)
Cor da Pele		
Branca	751 (58,3)	594 (79,1)
Não Branca	537 (41,7)	424 (79,0)
Situação Conjugal		
Com companheiro	169 (13,2)	125 (74,0)
Sem companheiro	1116 (86,8)	892 (79,9)
Com quem mora		
Sozinha	451 (35,2)	371 (82,3)
Com companheiro, pais ou responsáveis	672 (52,4)	508 (75,6)
Com amigos ou colegas	159 (12,4)	135 (84,9)
Classe Econômica		
A	516 (41,4)	428 (82,9)

B	575 (46,2)	447 (77,7)
C + D + E	154 (12,4)	112 (72,7)

Curso

Medicina	876 (68,1)	708 (80,8)
Odontologia	284 (22,1)	225 (79,2)
Outros	126 (9,8)	84 (66,7)

Variável	N (%)	Uso de método contraceptivo hormonal N (%)
----------	-------	-----------------------------------------------

Período do Curso

Até o 6º semestre	793 (61,7)	620 (78,2)
7º semestre ou mais	493 (38,3)	398 (80,7)

Religião

Católica	718 (56,2)	590 (82,2)
Protestante ou Evangélica	276 (21,6)	199 (72,1)
Outras	267 (20,9)	209 (78,3)
Sem religião	17 (1,3)	15 (88,2)

Sexarca

Até 15 anos	256 (20,2)	203 (79,3)
16 a 17 anos	489 (38,5)	406 (83,0)
18 anos ou mais	525 (41,3)	396 (75,4)

**Número de
parceiros sexuais**

Um	771 (61,7)	604 (78,3)
----	------------	------------

Dois	226 (18,1)	189 (83,6)
Três ou mais	253 (20,2)	200 (79,1)
Paridade		
Sem filhos	1196 (92,9)	961 (80,4)
Com filhos	82 (7,1)	55 (67,1)

Tabela 3. Análise bruta e ajustada do uso de método contraceptivo hormonal em relação às características sociodemográficas, discentes e comportamentais das universitárias, Goiás – Brasil, 2018.

Variável	Uso de método contraceptivo hormonal					
	ANÁLISE BRUTA			ANÁLISE AJUSTADA		
	RP	IC 95%	<i>p</i>	RP	IC 95%	<i>p</i>
Faixa Etária¹			0,010			0,026
18 a 20 anos	1			1		
21 a 22 anos	1,05	0,97 – 1,13		1,04	0,97 – 1,13	
23 a 24 anos	1,07	0,99 – 1,16		1,08	0,99 – 1,17	
25 anos ou mais	0,91	0,82 – 1,01		0,94	0,85 – 1,04	
Cor da Pele¹			0,652			
Branco	1					
Não Branco	0,99	0,93 – 1,04				

Situação Conjugal¹			0,110		0,759
Com companheiro	1			1	
Sem companheiro	1,08	0,99– 1,18		1,01	0,92 – 1,11
Com quem mora¹			0,004		0,014
Com pais, responsáveis	1			1	
Sozinha	1,08	1,02 – 1,15		1,08	1,01 – 1,15
Com amigos ou colegas	1,22	1,03 – 1,21		1,11	1,02 – 1,20
Classe Econômica¹			0,009		0,024
A	1			1	
B	0,93	0,88 – 0,99		0,94	0,87 – 1,00
C + D + E	0,87	0,78 – 0,96		0,89	0,80 – 0,98
Curso²			0,012		0,489
Medicina	1			1	
Odontologia	0,97	0,90 – 1,04		1,00	0,93 - 1,08
Outros	0,83	0,73 – 0,94		0,92	0,81 - 1,05

Variável	Uso de método contraceptivo hormonal					
	ANÁLISE BRUTA			ANÁLISE AJUSTADA		
	RP	IC 95%	<i>p</i>	RP	IC 95%	<i>p</i>
Período do Curso²			0,387			
Até o 6º semestre	1					
7º semestre ou mais	1,02	0,97 – 1,09				
Religião²			0,008			0,029

Católica	1		1	
Protestante ou Evangélica	0,88	0,81 – 0,95	0,90	0,82 - 0,97
Outras	0,96	0,89 – 1,03	0,95	0,89 - 1,03
Sem religião	1,08	0,90 – 1,29	1,09	0,90 - 1,32
Sexarca³			0,011	0,482
Até 15 anos	1		1	
16 a 17 anos	1,05	0,97 – 1,13	1,03	0,87 - 1,23
18 anos ou mais	0,95	0,88 – 1,03	0,94	0,79 – 1,13
Número de parceiros sexuais³			0,168	0,793
Um	1		1	
Dois	1,07	1,00 – 1,14	1,04	0,88 – 1,23
Três ou mais	1,01	0,94 – 1,09	0,97	0,82 – 1,15
Paridade³			0,60	
Sem filhos	1			
Com filhos	0,95	0,81 – 1,12		

IC 95%: intervalo de confiança de 95%; PR, razão de prevalência. Cada variável foi ajustada às demais no mesmo nível ou anterior em um modelo hierárquico de causalidade. Somente as variáveis associadas ao desfecho em $P \leq 0,20$ no modelo não ajustado foram posteriormente inseridas e retidas no modelo final multivariado ajustado. ¹ 1º Nível - Variáveis ajustadas entre si. ² 2º Nível - Variáveis ajustadas entre si e por idade, classe econômica e residência. ³ 3º Nível - Variáveis ajustáveis entre si e por idade, classe econômica, residência, curso e religião

Prevalence of and Factors Associated With Hormonal Contraceptive Use Among Undergraduate Students Studying Health-Related Fields

Fernanda Rassi Alvarenga¹ (<https://orcid.org/0000-0003-4624-4628>)

Douglas Nunes Stahnke² (<https://orcid.org/0000-0002-6871-4355>)

Marcos Pascoal Patussi² (<https://orcid.org/0000-0003-2947-4229>)

Juvenal Soares Dias da Costa² (<https://orcid.org/0000-0003-3160-6075>)

¹ *Faculdade de Medicina, Universidade de Rio Verde, Aparecida de Goiânia, GO, Brazil.*

² *Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brazil.*

Corresponding author

Juvenal Soares Dias da Costa

Av. Unisinos, 950, 93022-750, Cristo Rei, São Leopoldo, RS, Brazil.

Email: episoares@terra.com.br

ABSTRACT

Objective: This study investigated contraceptive use by university students and attempted to verify the factors associated with hormonal contraceptive use. **Methods:** A cross-sectional, school-based study was conducted among female university students studying health-related fields who were 18 years or older, sexually active, and enrolled full-time at the institution. A standardized, pre-coded, self-administered questionnaire comprising specific questions related to contraceptive use was completed by participants and 1288 females were included in the study. Demographic, socioeconomic, academic, religious, sexual, and reproductive factors were evaluated from October to December 2018. Descriptive statistics were used for data. Poisson regression with robust variance was used according to the conceptual analysis model. Variables associated with the outcome were retained in the model ($p \leq 0.20$)

was used to adjust for confounding factors; $p < 0.05$ was considered significant). **Results:** The most frequently used contraceptive methods were contraceptive pills (66.5%) and male condoms (43.9%). The prevalence of all hormonal contraceptives was 81.50%. Others hormone contraceptives were low prevalence of use (8.3% of IUS; 4.4% of injectable hormonal contraceptives; 1.2% of vaginal contraceptive ring; 0.7% of subdermic hormonal implant; 0.4% of intradermic contraceptive adhesive). The multivariate regression analysis showed that hormonal contraceptive use was most prevalent among female students 23 to 24 years of age who were living with friends, from high economic class, and did not practice any religion. **Conclusion:** Contraceptive use by students has limited diversity and their choices are related to sociocultural and religious reasons, therefore, more studies involving representative samples of this population are necessary to monitor trends in and guide intervention efforts for sexual and reproductive health.

KEYWORDS: contraception; contraceptive methods; hormonal contraceptives; undergraduate students

ABBREVIATIONS: HIV, human immunodeficiency virus; STI, sexually transmitted infection; IUS, intrauterine hormonal contraception system.

INTRODUCTION

Recently, there has been an increase in the number of adolescents and young adults engaging in sexual activity, and the average age at which sexual activity is initiated has become younger (1). Concomitantly, there has been a significant increase in the use of contraception, with approximately 60% of females of reproductive age using some form of contraception (2). In Brazil, contraceptive use was investigated using the Brazilian National Survey of Demography and Health (PNDS), which was conducted in 1996 and 2006. The 2006 results showed that 66% of sexually active individuals 15 to 19 years of age have used at least one contraceptive method (3).

Studies of contraceptive use have shown a high prevalence among youth (age 15-24 years), and that the choice of method depends on the relationship, partner, reproductive intentions, sociocultural and religious issues, method affordability, and access to different methods (5,6,7). However, other factors, such as the absence of a stable relationship, influence the use, non-use, and inappropriate use of contraception (8,9). Studies involving female university students confirmed a high prevalence of contraceptive use among them (10), as well as inconsistent usage practices and misuse, thereby exposing them to the risks of unplanned pregnancies, induced abortions, and sexually transmitted infections (STIs). Therefore, the use of contraception, especially by young individuals, is associated with the prevention of STIs, unwanted pregnancies, and other consequences (11,12).

According to the World Health Organization and the eligibility criteria for the use of different contraceptive methods, there is no ideal contraceptive for all individuals, and age is not a limitation to any contraceptive method (4). It is important to know the available contraceptive options so individuals can make the most appropriate choice by considering characteristics such as frequency of sexual activity, number of partners, desire to avoid pregnancy, and lifestyle, as well as the characteristics inherent to each method, such as its function, effectiveness, possible side effects, and whether it requires follow-up (such as a prescription or medical examination).

Currently, several contraceptive methods are available. Oral hormonal contraceptive pills are the most commonly used method of contraception. This method is quite effective if used correctly. Additionally, hormonal contraceptives may have additional benefits, such as the treatment of dysmenorrhea, acne, premenstrual tension, ovarian cysts, and endometriosis. However, they may have adverse effects as well; for example, they can cause slight increases in blood pressure, thromboembolism, diabetes mellitus, and cardiovascular events (13).

This study aimed to describe the contraceptive methods used by female undergraduate students studying health-related fields at a university in midwestern Brazil. It also intended to verify

the use of and factors associated with hormonal contraceptive methods to help guide intervention efforts for reproductive planning.

MATERIALS AND METHODS

This research study was performed to verify the living and health conditions of students studying health-related fields at the University of Rio Verde. In 2018, the University of Rio Verde had approximately 7000 students enrolled in 21 undergraduate programs and 15 postgraduate programs. The University of Rio Verde has three campuses, Rio Verde (southwest region), Aparecida de Goiania (metropolitan region of Goiania), and Goianesia (northern region). This cross-sectional study included female undergraduate students who were studying nursing, dentistry, medicine, physiotherapy, pharmacy, or physical education courses, 18 years or older, sexually active, and not pregnant at the time of data collection (N=2620 students).

The sample size was calculated based on a 60% prevalence of contraceptive use. A power of 80% was considered to identify a prevalence ratio of 1.13 with a confidence level of 95% and an error rate of 3%. The sample size was increased by 10% to account for possible losses and refusals, and by 15% to control for confounding factors. Therefore, the sample size was estimated to be 743 participants. Ultimately, 1288 females were included in the study.

Data were collected using a standardized, pre-tested, self-administered questionnaire that was completed anonymously by university students from October to December 2018. The questionnaire consisted of 209 questions and was completed in the classroom. If students did not attend the first questionnaire session, then two more attempts were made so that they could complete it. The researchers involved in this project were responsible for distributing the questionnaire. Training was performed and an instruction manual was created to standardize the application of the data collection and coding instrument. Additionally, a pilot study was conducted with university students studying law to improve the instrument and its logistics.

The types of contraceptive methods used by sexually active females were described. For the association analysis, the outcome was the use of hormonal contraceptive methods such as contraceptive pills, injectable contraceptives, transdermal patches, vaginal rings, subcutaneous progesterone implants, and intrauterine hormonal systems.

Demographic, socioeconomic, education, religion, and reproductive variables were analyzed. Demographic variables included age (age groups: 18–20 years; 21–22 years; 23–24 years; 25 years or older), self-reported race (white or non-white), relationship status (with or without a partner), and living situation (living alone; living with a partner, parents, or guardians; living with friends or colleagues).

Economic classes according to the Brazilian Association of Companies and Research were included in the analysis. Classes were categorized as A (high) , B (medium), or C/D/E (low) based on the possession of certain material goods, education of the head of the family, presence of domestic servants, and availability of public services at the location of the residence.

The student variables were course of study (medicine, dentistry, and other health-related fields) and course periods (six or fewer semesters completed or seven or more semesters completed). The religion variable was categorized as Catholic, Protestant/Evangelical, other religions, and no religion. Regarding reproductive variables, the following were included in the analysis: sexarche (categorized by age group: 15 years or younger; 16–17 years; 18 years or older); number of sexual partners during the past year (one, two, three, or more than three); and parity (children or no children).

The database was created using the Epi data 3.1 program; double entry was performed to reduce typing errors. A descriptive analysis was performed to calculate the frequency of contraceptive use and the prevalence rates of the contraceptive methods. Crude and adjusted analyses, confidence intervals, and significance levels were performed using the chi-square test and Stata software version 12.0 for hormonal contraceptive methods.

For the adjusted analysis, Poisson regression was performed using a hierarchical model. Therefore, the demographic and socioeconomic variables were placed at the distal level, the variables related to student characteristics and religion were placed at the second level, and the variables related to sexual and reproductive characteristics were placed at the proximal level; all of these determined the outcomes of using hormonal contraceptives. Variables were entered into the model if they had statistical significance of 20% ($p \leq 0.2$) in the crude analysis; furthermore, they were retained in the model if they had a significance level of 5% ($p < 0.05$).

This research project was approved by the research ethics committees of the University of Vale do Rio dos Sinos (no. 2,892,764; September 13, 2018) and the University of Rio Verde (no. 2,905,704; on September 19, 2018). The participants were informed about the objectives and procedures of the research and were allowed to participate after signing the informed consent form.

RESULTS

Of the total sample of university students participating in the project, 1593 were female; of these, 1288 (80.8%) reported being sexually active. The prevalence of contraceptive use was 85.9% (95% confidence interval, 83.3%-87.2%), and the most frequently used contraceptive methods were contraceptive pills (66.5%) and male condoms (43.9%). Additionally, the analysis showed that 257 (20%) participants reported withdrawal as their method of contraception, 234 (18.2%) reported the morning-after pill as their method of contraception, and 124 (9.6%) reported using other methods of contraception (**Table 1**).

The prevalence of hormonal contraceptive use was 81.5%. In addition to contraceptive pill users, 8.3% of the participants reported using a hormonal intrauterine system, 4.4% reported using injectable hormonal contraceptives, 1.2% reported using a vaginal contraceptive ring, 0.7% reported using subdermic hormonal implants, and 0.4% reported using an intradermic contraceptive adhesive (**Table 1**).

According to the demographic variables of the sample, most participants were between 21 and 22 years old (36%) and were white (58.3%). Regarding the relationship status, there was a predominance of females without a partner (86.8%). The economic class distribution showed that 87.6% of females were classified as classes A and B. Furthermore, 52.4% lived with parents, guardians, or partners, 68.1% were studying medicine, and 61.7% completed up to six semesters of courses. The predominant religion was Catholic (56.2%). Regarding sexual and reproductive characteristics, the majority (41.3%) reported that their age when they first had sexual intercourse was older than 18 years, 61.7% reported having only one sexual partner, and 92.9% reported having no children (**Table 2**).

The distribution of the use of hormonal contraceptive methods was observed according to the characteristics of the study sample. The highest prevalence of use was observed among females who were 23 to 24 years of age, without a partner, from economic classes A and B, living with friends, studying medicine, practicing no religion, and completing the second half of their coursework. Regarding behavioral characteristics related to sexual and/or reproductive life choices, a higher prevalence of hormonal contraceptive use was observed among those who were between 16 and 17 years old when they first had sexual intercourse, had two sexual partners, and had no children.

The crude analysis showed an association between age and the use of hormonal contraceptive methods; however, the confidence intervals encompassed unit values. Regarding the relationship status, statistically significant differences indicating that females without a partner chose hormonal contraceptives more often than females with a partner were observed. Students living with friends and living alone also had a higher prevalence of hormonal contraceptive use. Race was not a statistically significant variable for the use of hormonal contraceptive methods. The analysis of socioeconomic characteristics showed significant differences and revealed a higher prevalence of hormonal contraceptive use among females from economic class A (**Table 3**).

Regarding student characteristics, females studying medicine had a higher prevalence of hormonal contraceptive use. The course period was not associated with the outcome (**Table 3**).

The university students who declared that they practice no religion, those who first had sexual intercourse between the ages of 16 and 17 years, and those who reported two sexual partners more often chose hormonal contraceptive methods. Parity was not associated with the use of hormonal contraceptives (**Table 3**).

According to the adjusted analysis, age, living situation, economic class, and religion were retained in the adjusted analysis, which showed that those 23 to 24 years of age, living with friends, from economic class A, and without religion were more likely to use hormonal contraceptives (**Table 3**).

TABLE 1. Use of contraceptive methods among female university students in Goiás, Brazil.

Contraceptive Methods	N	(%)
Hormonal pill	856	66,5
Hormonal injectable contraceptive	57	4,4
Hormonal patch	5	0,4
Hormonal vaginal ring	15	1,2
Hormonal Intrauterine System	107	8,3
Hormonal Implant	9	0,7
Male Condom	566	43,9
Female Condom	18	1,4
Intrauterine device	14	1,1

Sterilization	2	0,2
Calendar Method	124	9,6
Withdrawal	257	20,0
Vaginal Ring or patch	143	11,1
Emergency contraceptive	234	18,2
Others	7	0,5
Total	1288	

TABLE 2. Sample distribution and prevalence of hormonal contraceptive use according to sociodemographic, education, and behavioral characteristics of female university students in Goias, Brazil, in 2018 (N=1288).

Variables	N (%)	Use of Hormonal Contraceptives
		N (%)
Age (years)		
18 a 20	296 (23,0)	227 (76,6)
21 a 22	464 (36,0)	379 (81,7)
23 a 24	291 (22,6)	242 (83,2)
25 or more	237 (18,4)	170 (71,7)
Skin Color		
White	751 (58,3)	594 (79,1)
Non - White	537 (41,7)	424 (79,0)
Relationship status		
With partner	169 (13,2)	125 (74,0)

Without partner	1116 (86,8)	892 (79,9)
-----------------	-------------	------------

Living Situation

Alone	451 (35,2)	371 (82,3)
-------	------------	------------

With parents, partner or guardians	672 (52,4)	508 (75,6)
------------------------------------	------------	------------

With friends or colleagues	159 (12,4)	135 (84,9)
----------------------------	------------	------------

Economic Class

A (high)	516 (41,4)	428 (82,9)
----------	------------	------------

B	575 (46,2)	447 (77,7)
---	------------	------------

C - E (low)	154 (12,4)	112 (72,7)
-------------	------------	------------

Course

Medicine	876 (68,1)	708 (80,8)
----------	------------	------------

Dentistry	284 (22,1)	225 (79,2)
-----------	------------	------------

Others	126 (9,8)	84 (66,7)
--------	-----------	-----------

Course Period (semester)

1st- 6th	793 (61,7)	620 (78,2)
----------	------------	------------

7th or more	493 (38,3)	398 (80,7)
-------------	------------	------------

Religion

Catholic	718 (56,2)	590 (82,2)
----------	------------	------------

Protestant or Evangelical	276 (21,6)	199 (72,1)
---------------------------	------------	------------

Others	267 (20,9)	209 (78,3)
--------	-------------	------------

Non religion	17 (1,3)	15 (88,2)
--------------	----------	-----------

Sexarche (years)

Up to 15	256 (20,2)	203 (79,3)
16 - 17	489 (38,5)	406 (83,0)
18 or more	525 (41,3)	396 (75,4)
Number of sexual partners		
One	771 (61,7)	604 (78,3)
Two	226 (18,1)	189 (83,6)
Three or more	253 (20,2)	200 (79,1)
Parity		
Without children	1196 (92,9)	961 (80,4)
With children	82 (7,1)	55 (67,1)

TABLE 3. Crude and adjusted analysis results regarding the use of hormonal contraceptive methods and their associations with sociodemographic, education, and behavioral characteristics of female university students in Goias, Brazil, in 2018.

Variables	Use of hormonal contraceptives					
	UNADJUSTED MODEL			ADJUSTED MODEL		
	PR	CI 95%	<i>P-value</i>	PR	CI 95%	<i>P-value</i>
Age (years)¹			0,010			0,026
18 - 20	1			1		
21 - 22	1,05	0,97 - 1,13		1,04	0,97 - 1,13	
23 - 24	1,07	0,99 - 1,16		1,08	0,99 - 1,17	
25 or more	0,91	0,82 - 1,01		0,94	0,85 - 1,04	
Skin color¹			0,652			

White	1				
Non white	0,99	0,93 – 1,04			
Relationship status¹			0,110		0,759
With partner	1			1	
Without partner	1,08	0,99– 1,18		1,01	0,92 – 1,11
Living Situation ¹			0,004		0,014
With parents, partner or guardians	1			1	
Alone	1,08	1,02 – 1,15		1,08	1,01 – 1,15
With friends or colleagues	1,22	1,03 – 1,21		1,11	1,02 – 1,20
Economic Class¹			0,009		0,024
A (high)	1			1	
B	0,93	0,88 – 0,99		0,94	0,87 – 1,00
C - E (low)	0,87	0,78 – 0,96		0,89	0,80 – 0,98
Course²			0,012		0,489
Medicine	1			1	
Dentistry	0,97	0,90 – 1,04		1,00	0,93 - 1,08
Others	0,83	0,73 – 0,94		0,92	0,81 - 1,05
Course Period (semester)²			0,387		
1st - 6th	1				
7th or more	1,02	0,97 – 1,09			
Religion²			0,008		0,029

Catholic	1		1	
Protestant or Evangelical	0,88	0,81 – 0,95	0,90	0,82 - 0,97
Others	0,96	0,89 – 1,03	0,95	0,89 - 1,03
Non religion	1,08	0,90 – 1,29	1,09	0,90 - 1,32
Sexarche (years)³			0,011	0,482
Up to 15	1		1	
16 - 17	1,05	0,97 – 1,13	1,03	0,87 - 1,23
18 or more	0,95	0,88 – 1,03	0,94	0,79 – 1,13
Number of sexual partners³			0,168	0,793
One	1		1	
Two	1,07	1,00 – 1,14	1,04	0,88 – 1,23
Three or more	1,01	0,94 – 1,09	0,97	0,82 – 1,15
Parity³			0,60	
Without children	1			
With children	0,95	0,81 – 1,12		

95% CI: 95% confidence interval; PR, prevalence ratio. Each variable was adjusted to the others at the same or previous level in a hierarchical model of causality. Only variables associated with the outcome at $P \leq 0.20$ in the unadjusted model were subsequently entered and retained in the final multivariate-adjusted model. ¹ 1st Level - Variables adjusted to each other. ² 2nd Level - Variables adjusted to each other and for age, economic class and residence. ³ 3rd Level - Adjustable variables among themselves and for age, economic class, residence, course and religion

DISCUSSION

During this study, the majority of females who reported being sexually active had a high prevalence of contraceptive use. A similar result was found during a European cross-sectional study of university students using a self-administered questionnaire that showed a 93% prevalence of being sexually active and an 86.9% prevalence of contraceptive use during the first sexual intercourse experience (14). An analysis conducted in São Paulo, Brazil, involving 258 public university students found a high prevalence of contraceptive use during their last relationship with sexual involvement, and 100% of the sample reported the general use of contraceptive methods (15). A study performed in Curitiba in 2020 that involved 1036 university students with an average age of 21.2 years reported that 41.6% were enrolled in health-related courses, 87.2% were sexually active, and 89.3% used contraception (16). Other studies of female university students showed a lower prevalence. One study including 23 universities from 22 countries in Asia and Africa showed a 57.4% prevalence of contraceptive use by a sample of female university students (10). Another large study performed in the United States that analyzed trends in the use of contraceptive methods by 97,376 university students from 2008 to 2013 found contraceptive use prevalence rates of 45% in 2008 and 44% in 2013 (17). In the midwestern city of Goiânia in Brazil, a study involving 178 nursing students in 2014 showed a 52% prevalence of general contraceptive use (18).

In the present study, contraceptive pills and male condoms were the most commonly used contraceptive methods. Other school-based studies performed in Brazil found a higher prevalence, however. In the southeastern region of Brazil, a study performed at a public university in São Paulo in 2010 found rates of 69.5% and 79.2% for contraceptive pill and male condom use, respectively (15). Another study performed in southern Brazil that aimed to verify the use of contraceptive methods during the first sexual intercourse experience among 293 university students in 2015 found prevalence rates of 82.7% and 87.7% for the contraceptive pill and male condom, respectively (19). During the study in Curitiba, in 2020, the most commonly used methods were the contraceptive pill and the male condom, with prevalence rates of 79.1% and 37%, respectively (16). In contrast, during a study conducted in the midwestern region of Brazil that included 270 females enrolled in health-related

courses at a private university, the prevalence rates were only 24.8% for contraceptive pills and 30.7% for male condoms (20).

As expected, contraceptive pills were the predominant form of hormonal contraception, followed by hormonal intrauterine systems, long-term reversible contraceptives, and injectable contraceptives. Studies conducted in different countries have shown different regional patterns in the use of hormonal contraceptive methods. Short-term reversible methods have been most commonly used in Africa and Europe, and long-term or permanent methods have been most commonly used in Asia and North America. In Latin America, the Caribbean, and Oceania, combinations of different methods are used (21). In the United States, a study to verify contraceptive use trends over time showed a progressive increase in the use of long-term reversible contraceptives from 1% in 2008 to 4% in 2013, with race, age, relationship status, and sexual orientation being associated factors (16). In Brazil, a cross-sectional, population-based study including 20,404 urban Brazilian households and data reported by females 15 to 49 years of age showed differences in the prevalence of oral contraceptive use, with higher rates in the southern region (37.5%) and lower rates in the northern region (15.7%). Regarding injectable contraceptives, no differences were detected between regions, with a total prevalence of 4.5% (22).

Interestingly, two contraceptive methods, the male condom and the contraceptive pill, were used most commonly, and the prevalence rates for more modern methods of contraception, such as the intrauterine contraceptive device, vaginal ring, and injectable hormonal implants, were low. There was also a high frequency of the use of other methods such as withdrawal and emergency contraception, even though they may not have been used routinely.

The male condom is a barrier method of contraception that has the advantage of providing protection against unwanted pregnancy and STIs such as HIV (23). It is one of the oldest and most popular forms of contraception and is 95% effective if used correctly. Furthermore, it can be safely used by all age groups and is easily accessible from public and private health services (24). Therefore,

it would be expected to have a higher prevalence of use among adolescents (15-19 years) and young adults (20-24 years), especially university students, because they are highly educated and have access to information. Traditional or natural methods, such as withdrawal, are considered unreliable and have high failure rates (23); therefore, they should be discouraged for contraception.

Emergency contraception consists of ingesting an isolated progesterone pill within 72 hours after sexual intercourse that was unprotected because of situations involving forgetting to use or inappropriate use of the regular contraceptive method, condom failure (broken condom), or sexual violence. However, routine use compromises the effectiveness of emergency contraception. A study of public university students in São Paulo, Brazil, found a 50% prevalence of emergency contraceptive use, and that 15% of females did not demonstrate adequate knowledge about emergency contraception, such as its inability to prevent STIs (25). Furthermore, 56.1% of female private university students in southern Brazil reported using emergency contraception, 11.4% of them reported having used it more than twice within 1 year, and 10.7% reported that they did not use contraception continuously (16). Another study of university students studying nursing in the midwestern region of Brazil found a 29% prevalence rate of emergency contraception use, and that correct answers to questions about emergency contraception were provided by less than 50% of these students (18). These results are worrying because the frequent use of emergency contraception is a marker of risky sexual behavior and may indicate exposure to unprotected sex or poor adherence to regular contraceptive use, resulting in vulnerability to unplanned pregnancy.

Several studies have shown that contraceptive practices by youth are related to several factors, such as their current relationship, partner, and sociocultural and religious issues, as well as other aspects such as socioeconomic level, method affordability, and access to different methods (5, 6, 7, 26). During this study, age, economic class, living situation, and religion significantly influenced the use of hormonal contraceptives. The results observed for university students aged 23 to 24 years with a higher economic class who were living with friends and did not practice any religion were related

to a higher prevalence of contraceptive use and indicated trends among university students. Other studies have reported similar results. A multicenter study performed in Asia and Africa showed that factors such as younger age, having a religious affiliation, and sexually protective behavior (not being pregnant at the time of the interview and not having multiple sexual partners) were associated with the non-use of contraceptives among sexually active university students (10). In the United States, a study that analyzed the prevalence of and factors associated with the consistent use of contraceptives by 842 university students found that self-esteem, confidence, independence, and satisfaction with life were positively associated with the consistent use of contraceptives (27).

It was elucidated that educated young individuals still have inconsistencies in their use of contraception and in their prevention of STIs and have little knowledge of and a low prevalence of using long-term reversible contraceptives, which are safe and highly effective for their age group. Because this was a cross-sectional study of a population restricted to a particular university, it is not representative of all female university students in Brazil. There were also limitations to determining all factors involved in decisions regarding contraceptive use by female university students, and limitations to evaluating situations involving contraindications to contraceptive methods, adverse effects of contraceptive, and adequate adherence to contraception throughout the reproductive life. However, because of the sample size and methodological rigor, these results reflect trends that indicate that it is necessary to expand interventions aimed at reproductive guidance and reproductive planning for students in Brazil.

CONCLUSION

There is little diversity in the contraceptive methods used by university students studying health-related fields, and their contraceptive choices are related to sociocultural and religious reasons. These results do not differ from those of other females in different age groups or even females of the same

age but with less education and greater difficulty accessing information and different contraceptive methods.

ACKNOWLEDGEMENTS

Stahnke received a scholarship from Brazilian Federal Agency for Support and Evaluation of Graduated Education (CAPES- PROSUC).

Contributors

Dias-da-Costa JS, Patussi MP, contributed to the conception and design of the study, review of the analysis, critical review and final approval of the manuscript. Stahnke DN contributed to the data analysis and interpretation. All the authors have approved the final version and are responsible for all aspects of this work, including guaranteeing its accuracy and integrity.

CONFLICT OF INTEREST

none to declare.

REFERENCES

1. Boislard MA, Van de Bounge D, Blais M (2016) Sexuality (and lack) in adolescence and early adulthood: A review of the literature. *Behavioral Sci* 6(1):8.
2. Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A (2013) National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. *Lancet* 381(9878):1642-1652.
1. Brazil Ministry of Health (2009) Brazilian Center for Analysis and Planning. National survey on demography and health of children and women - PNDS 2006: dimensions of the reproductive process and child health. Ministry of Health, Brasília (DF).

2. World Health Organization (2015) Medical eligibility criteria for contraceptive use: A WHO Family Planning Cornerstone (5th edition), World Health Organization, Geneva, Switzerland.
3. Stenhamar C, Tiblom Ehrsson Y, Åkerud H, Larsson M, Tydén T (2015) Sexual and contraceptive behavior among female university students in Sweden—repeated surveys over a 25- year period. *Acta Obstet Gynecol Scand* 94(3):253-259.
4. Kransdorf LN, Raghu TS, Kling JM, David PS, Vegunta S, et al. (2016) Reproductive life planning: a cross-sectional study of what college students know and believe. *Maternal Child Health J* 20(6):1161-1169.
5. Ahmed ZD, Baffa Sule I, Lukman Abolaji M, Mohammed Y, Nguku P (2017) Knowledge and utilization of contraceptive devices among unmarried undergraduate students of a tertiary institution in Kano State, Nigeria 2016. *Pan African Med J* 26:103. doi: 10.11604/pamj.2017.26.103.11436. eCollection 2017.
6. Bastos Brito M, Scoppetta Sampaio Alves F, Quadro Souza M, Rezende Requião S (2018) Low level of knowledge of contraceptive methods among pregnant teens in Brazil. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 31(3):281-284.
7. Hoopes AJ, Teal SB, Akers AY, Sheeder J (2017) Low acceptability of certain contraceptive methods among young women. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 31(3):274-280. doi: 10.1016/j.jpag.2017.11.008. Epub 2017 Dec 1.
8. Peltzer K, Pengpid S (2015) Contraceptive non-use and associated factors among university students in 22 countries. *African Health Sci* 15(4):1056–1064.
9. Sorensen NO, Marcussen S, Grønæk Backhausen M, Juhl M, Schmidt L, et al. (2016) Fertility awareness and attitudes towards parenthood among Danish university college students. *Reprod Health* 13(1):146.
10. Silveira RE, Santos AS, Borges MR (2014). Possible influences on the sexuality of university students in the REFACS health area (online). *2(Supplement 2):143-148.*

11. Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Associations (2015) *Contraceptive Manual*. Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Associations (FEBRASGO), São Paulo, Brazil.
12. Leon-Larios F, Macias-Seda J (2017) Factors related to healthy sexual and contraceptive behaviors in undergraduate students at university of Seville: a cross-sectional study. *Reprod Health* 14(1):179.
13. Pirotta KCM, Schor N (2004) Reproductive intentions and fertility regulation practices among university students. *J Public Health* 38:495-502.
14. Moraes LP, Jones KLG, Pellegrini LE, Silva LF, Barbosa LM, et al. (2020). Analysis of the profile of students at a university in Curitiba regarding the use of contraceptive methods. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo* 65: e25.
15. Logan RG, Thompson EL, Ramos CA, Griner SB, Vázquez-Otero C, et al. (2018) Is long-acting reversible contraceptive use increasing? Assessing trends among U.S. college women, 2008–2013. *Matern Child Health J* 22(11):1639–1646.
16. Veloso DLC, Costa Peres V, da Silveira Ortiz de Camargo Lopes J, Marques Salge AK, Valadares Guimarães J (2014) Emergency contraception: knowledge and attitude of nursing students. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 35(2):33–39.
17. Delatorre MZ, Dias ACG (2015) Knowledge and practices on contraceptive methods in university students. *SPAGESP Magazine*, v. 16, no. 1, p. 60–73.
18. Ferreira JB, Costa APV, Chagas ACF (2018) The practice of using emergency contraception in university students at a private institution in Campo Grande-MS. *Revista Recien. Sci J Nurs* 8(22):3.
19. Darroch JE, Singh S (2013) Trends in contraceptive need and use in developing countries in 2003, 2008, and 2012: an analysis of national surveys. *Lancet* 381(9879):1756-1762.

20. Farias MR, Nair Leite S, Leão Tavares NU, Oliveira MA, Dourado Arrais PS, et al. (2016) Use and access to oral and injectable contraceptives in Brazil. *Rev Saúde Pública* 50(Suppl 2):14s.
21. Rakhi J, Sumathi M (2011) Contraceptive methods: Needs, options and utilization. *J Obstet Gynecol India* 61(6):626–634.
22. Colquitt CW, Martin TS (2017) Contraceptive methods: a review of non-barrier and barrier products. *J Pharmacy Pract* 30(1):130–135.
23. Borges ALV, Fujimori E, Komura Hoga LA, Vieira Contin M (2010) Contraceptive practices among university students: the use of emergency contraception. *Public Health Notebooks* 26(4):816-826.
24. Donadiki EM, Jimenez-Garcia R, Velonakis EG, Hernandez-Barrera V, Sourtzi P, et al. (2013) Factors related to contraceptive methods among female higher education students in Greece. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 26(6):334-339.
25. Morrison LF, Sieving RE, Pettingell SL, Hellerstedt WL, McMorris BJ, et al. (2016) Protective factors, risk indicators, and contraceptive consistency among college women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 45(2):155–165.

ARTIGO 2

INTENÇÕES REPRODUTIVAS EM UNIVERSITÁRIAS DA REGIÃO CENTRO-OESTE DO BRASIL

CHILDBIRTH INTENTIONS AMONG CENTRAL WEST BRAZILIAN UNIVERSITY STUDENTS

Fernanda Rassi Alvarenga

Douglas Nunes Stahnke

Marcos Pascoal Patussi

Juvenal Soares Dias da Costa

RESUMO

Objetivo: identificar e analisar os fatores relacionados às intenções reprodutivas de mulheres universitárias do centro-oeste do Brasil. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal de base escolar, em que foram incluídas as mulheres com 18 anos ou mais, sem filhos, matriculadas em cursos da área da

saúde da Universidade de Rio Verde, Goiás, Brasil. As mulheres foram entrevistadas através de questionário padronizado, pré-codificado e auto administrado em sala de aula, entre os meses de outubro a dezembro de 2018. Os desfechos foram construídos a partir da pergunta “você deseja ter filhos?” (categorizada como não; sim) e “quantos filhos você deseja ter?” registrando-se como resposta o número de filhos. Foram analisadas as universitárias que desejavam ter um ou dois filhos e aquelas com desejo de três ou mais filhos, tendo como categoria de referência o não desejo de filhos. Os dados foram digitados no programa Epi Data 3.1 e analisados no programa estatístico STATA 12.0. Inicialmente foram descritos por meio das frequências absolutas e relativas e foi realizada regressão logística multinomial para investigar associação das variáveis independentes às intenções reprodutivas. Ingressaram no modelo de ajuste as que atingiram valor de p de até 0,20, permanecendo no modelo quando atingiram o nível de significância de 0,05. **Resultados:** a maioria relatou intenção de um ou dois filhos (65,1%), e a minoria manifestou desejo de não ter filhos (9,6%). Entre as mulheres que responderam desejo de um ou dois filhos, a maioria apresentava idade igual ou superior a 25 anos, cor branca, classe econômica baixa, situação conjugal com companheiro, religião católica e não cursavam medicina ou odontologia. Também apresentaram sexarca com 18 anos ou mais, único parceiro no último ano e referiram uso de método contraceptivo. Mulheres sem companheiro responderam menor desejo de ter um ou dois filhos quando comparadas às com companheiro. Mulheres protestantes ou evangélicas apresentaram maior desejo de ter um ou dois filhos em relação às católicas, e também as usuárias de método contraceptivo em relação às não usuárias. Mulheres do curso de medicina, protestantes/evangélicas e usuárias de método contraceptivo relataram maior desejo de ter três ou mais filhos quando comparadas com as mulheres que cursavam odontologia ou outros curso da saúde, com as católicas, e com as não usuárias de método contraceptivo. **Conclusão:** Estudos de intenções reprodutivas em jovens de alta escolaridade são importantes para promover e direcionar os programas de saúde sexual e reprodutiva.

Palavras-chave: intenções reprodutivas; universitários; direitos reprodutivos

ABSTRACT

Objective: to identify and analyze the factors related to the reproductive intentions of university women in the center-west of Brazil. **Methods:** This is a cross-sectional school-based study, which included women aged 18 years or older, enrolled in health courses at University of Rio Verde, Goiás, Brazil. The women were interviewed using a standardized, pre-coded and self-administered questionnaire in the classroom, between October and December 2018. The outcomes were constructed from the question “Do you want to have children?” (categorized as no; yes) and “how many children do you want to have?” recording the number of children as an answer. University students who wished to have one or

two children and those wishing to have three or more children were analyzed. Data were entered in the Epi Data 3.1 program and analyzed in the STATA 12.0 statistical program. Data were described using absolute and relative frequencies and multinomial logistic regression was performed to investigate the association of independent variables with reproductive intentions. Those who reached a p value of up to 0.20 entered the adjustment model, remaining in the model when they reached a significance level of 0.05. **Results:** the majority reported the intention of having one or two children (65.1%), and the minority expressed a desire not to have children (9.6%). Among the women who responded that they wished to have one or two children, most were 25 years of age or older, white, low economic class (C/D/E), marital status with a partner, Catholic religion and not studying medicine or dentistry. They also had sexarche aged 18 years or older, had been the only partner in the last year and reported using a contraceptive method. Women without a partner responded with a lower desire to have one or two children when compared to those with a partner. Protestant women showed a greater desire to have one or two children, as well as contraceptive users. Women from the Medicine course, Protestants/Evangelicals and contraceptive users reported a greater desire to have three or more children when compared with women who were studying dentistry or other health courses, with Catholics, and with non-users of contraceptive methods. **Conclusion:** Studies of reproductive intentions in highly educated young people are important to promote sexual and reproductive health programs for this population.

KEY WORDS: reproductive intentions; university students;

INTRODUÇÃO

O termo “intenção reprodutiva” traduz-se pelo desejo de mulheres, homens e/ou casais de terem filhos, ou seja, trata-se de fecundidade desejada¹. Estudar intenções reprodutivas inclui apurar o número de filhos desejados, a idade para se ter o primeiro filho e o espaçamento de idade entre eles, portanto, significa conhecer os direitos reprodutivos levando-se em conta a autonomia incorporada à realidade sociodemográfica, socioeconômica e cultural das diferentes regiões do mundo.

Vários estudos demonstraram o desejo dos universitários em postergar planos no campo reprodutivo. Na Europa, e na Ásia, a maioria dos universitários desejava dois ou mais filhos e acreditava na importância da maternidade/paternidade, mas tinha pouco conhecimento da real redução de fertilidade ao longo da vida^{2,3,4,5,6,7}. Nos EUA e Austrália as análises mostraram que jovens planejavam

filhos para depois do término da graduação e pós-graduação, e estabilidade financeira e profissional, e tinham incorreta percepção da fertilidade e das taxas de sucesso dos tratamentos de reprodução humana^{8,9}.

As intenções reprodutivas das mulheres brasileiras variaram pouco nas últimas décadas, passando de 1,8 em 1996 para 1,6 filhos por mulher, em 2006¹, mas são escassas as pesquisas sobre prevalência de intenções reprodutivas em jovens universitários no Brasil, destacando-se um estudo conduzido na Universidade de São Paulo, em 2004, que mostrou que a maioria dos jovens relatou desejo de ter filhos, com número ideal de filhos igual a dois e idade ideal para se ter o primeiro filho de, no mínimo, 28 anos¹⁰, e outro estudo realizado em universidade pública na região nordeste, em 2011, que ressaltou que mais da metade dos universitários manifestou desejo de ter dois filhos, com idade média para o primeiro nascimento entre 26 e 29 anos¹¹. Não foram encontrados estudos semelhantes conduzidos na Região Centro Oeste do país.

Ao analisar a vida sexual e intenção reprodutiva em jovens, percebe-se que há grande “janela” de tempo entre a primeira relação sexual e o desejo de ter filhos, e isto aliado ao fato de que as práticas contraceptivas adotadas, ainda de forma inadequada ou descontinuada, expõem as mulheres ao risco aumentado de gravidez indesejada, abortamentos provocados e infecções sexualmente transmissíveis, fato observado e comprovado, mesmo nas jovens de maior nível socioeconômico e de escolaridade no mundo todo^{12,13}.

Assim, estudar o comportamento sexual, através de indicadores como intenções reprodutivas de jovens mulheres é muito importante para detectar possíveis fatores e situações de risco e contribuir para ações de prevenção e intervenção, a fim de garantir sua saúde sexual e reprodutiva.

Este trabalho tem o objetivo de identificar as intenções reprodutivas e avaliar como fatores sócio-demográficos, culturais e reprodutivos se associam ao desejo de ter filhos, entre mulheres de uma universidade localizada no Estado de Goiás.

MATERIAL E MÉTODOS

Esta investigação se insere num Projeto de Pesquisa que teve como objetivo verificar as condições de vida e saúde dos acadêmicos da área de saúde da Universidade de Rio Verde - Fundação Pública de Ensino Superior do Estado de Goiás (UNIRV). O estudo foi conduzido nos municípios de Rio Verde (região sudoeste), Aparecida de Goiânia (região metropolitana de Goiânia) e Goianésia (região norte), onde estão situados os *campi* da Universidade. A população alvo foi constituída por todos os acadêmicos de graduação vinculados aos Cursos de Enfermagem, Odontologia, Medicina, Fisioterapia, Farmácia e Educação Física, distribuídos nos três campi (N=2.620 alunos).

O presente estudo refere-se a recorte relacionado às intenções reprodutivas das mulheres universitárias. Trata-se de estudo transversal, em que foram incluídas universitárias matriculadas nos cursos da área da saúde, com idade igual ou superior a 18 anos completos, sem filhos e não grávidas no momento da coleta.

O tamanho da amostra para o Projeto de Pesquisa permitiu estimar agravos de saúde com 50% de prevalência (maior tamanho de amostra necessário). Levou-se em consideração poder de 80% para identificar uma razão de prevalência de 1,13 com nível de confiança de 95% e erro de 3%. O tamanho da amostra foi aumentado em 10% para contemplar possíveis perdas e recusas e em 15% para o controle de fatores de confusão. Ao final foram incluídas 1.328 mulheres no estudo.

As informações foram obtidas por meio de questionário padronizado, pré-testado e autoadministrável, aplicado aos universitários sem permitir sua identificação, em sala de aula, com data e hora previamente acordadas com os professores de cada disciplina. Os dados foram coletados entre outubro e dezembro de 2018, e os responsáveis pela aplicação dos questionários foram os próprios pesquisadores envolvidos no Projeto. Foi realizado treinamento e elaborado “Manual de Instruções do Estudo”, para padronização na aplicação do instrumento de coleta e codificação dos dados, e conduzido um estudo piloto com universitários do curso de Direito, com o intuito de se aperfeiçoar o instrumento e a logística.

Intenção reprodutiva foi definida como desejo de ter filhos em qualquer época da vida, assim, os desfechos foram construídos a partir da pergunta “você deseja ter filhos?” (categorizada como não; sim) e “quantos filhos você deseja ter?” registrando-se como resposta o número de filhos (categorizada como um a dois filhos; três ou mais filhos). Desta forma, a variável foi construída com três categorias: nenhum; um a dois filhos; três filhos ou mais. Foram analisadas as universitárias que desejavam ter um ou dois filhos e aquelas com desejo de três ou mais filhos, sendo a categoria de referência: nenhum filho.

As variáveis utilizadas na análise foram demográficas, socioeconômicas, discentes, religião e reprodutivas. Entre as variáveis demográficas foram incluídas: idade (categorizada como faixa etária em anos - de 18 a 20; 21 a 22; 23 a 24; 25 ou mais), cor da pele autorreferida (branca; não branca), situação conjugal (com companheiro; sem companheiro) e com quem morava (sozinha; com companheiro, pais, ou responsáveis; com amigos ou colegas). Classe econômica foi analisada conforme a Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa (ABEP), levando em consideração a posse de determinados bens materiais, escolaridade do chefe da família, presença de empregados domésticos e a disponibilidade de alguns serviços públicos no local da residência, estabelecendo um escore, e categorizada em: classe A, classe B, e classes C/D/E.

As variáveis discentes foram: curso (medicina; odontologia; outros) e período do curso (até o 6º semestre de curso; 7º semestre ou mais).

A variável religião foi categorizada em católica; protestante/evangélica; outras e sem religião. Em relação às variáveis reprodutivas foram incluídas na análise: sexarca (categorizada em faixa etária - até 15 anos; 16 a 17 anos; 18 anos ou mais), número de parceiros sexuais no último ano (um; dois; três ou mais) e uso ou não de método contraceptivo (não; sim).

O banco de dados foi criado no programa Epi data 3.1, com dupla entrada, e a análise dos dados foi realizada por meio do programa STATA versão 12.0. Inicialmente, os dados foram descritos por meio das frequências absolutas e relativas dos desfechos, e de todas as variáveis independentes, para retratar a população estudada. A seguir, para as análises bivariada e múltipla foi realizada regressão logística multinomial para investigar se estas mesmas variáveis estavam associadas às intenções reprodutivas (desejo de ter um ou dois filhos, ou desejo de ter três ou mais filhos), sendo a categoria de referência: não ter desejo de filhos. Ingressaram no modelo de ajuste as variáveis que atingiram valor de p de até 0,20, permanecendo no modelo quando atingiram o nível de significância de 0,05.

O Projeto de Pesquisa foi aprovado conforme os pareceres dos comitês de ética em pesquisa, 2.892.764 da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, em 13 de setembro de 2018 e 2.905.704 da Universidade de Rio Verde- UniRV, em 19 de setembro de 2018. Os acadêmicos foram esclarecidos a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa e decidiram livremente sobre a sua participação, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Entre 138 participantes do sexo feminino observou-se que a maioria relatou intenção de um ou dois filhos (65,1%), e a minoria manifestou desejo de não ter filhos (9,6%).

A **Tabela 1** descreveu as características da amostra, bem como a distribuição das intenções reprodutivas. Houve predomínio das participantes de 21 a 24 anos (58, 2%), de pele branca (58, 4%), sem companheiro (90, 8%), morando com pais, responsável ou companheiro (52, 2%) e das classes econômicas A e B (87, 9%). Em relação às características discentes a maioria estava no curso de Medicina (70,9%) e 64,1% cursavam até o sexto semestre do curso. A maioria das universitárias referiu

ser de religião católica (54,6%). Quanto às características da vida sexual e reprodutiva, quase a metade referiu sexarca aos 18 anos ou mais (41, 5%), 60, 8% das participantes revelaram ter único parceiro no último ano, e a grande maioria (74, 5%) relatou uso de algum método contraceptivo.

Entre as mulheres que responderam desejo de um ou dois filhos, a maioria apresentava idade igual ou superior a 25 anos, cor branca, classe econômica baixa (C/D/E), situação conjugal com companheiro, religião católica e não cursava medicina ou odontologia. Também apresentou sexarca com 18 anos ou mais, único parceiro no último ano e referiu uso de método contraceptivo (**Tabela 1**).

A análise de regressão logística multinomial mostrou associação do desejo de ter um ou dois filhos, com situação conjugal, religião, número de parceiros no último ano e uso de método contraceptivo. Mulheres sem companheiro relataram menor desejo de ter um ou dois filhos quando comparadas com as que tem companheiro. Mulheres protestantes ou evangélicas mostraram maior desejo em ter um a dois filhos em relação às católicas, e mulheres de outras religiões ou sem religião referiram menor desejo em ter um a dois filhos do que as católicas. Universitárias com dois e com três ou mais parceiros relataram menor desejo de ter um a dois filhos em relação às que tem único parceiro e as usuárias de método contraceptivo relataram maior desejo de ter um a dois filhos em relação às não usuárias (**Tabela 2**).

Após o ajuste das variáveis entre si (**Tabela 2**), mulheres sem companheiro responderam menor desejo de ter um ou dois filhos quando comparadas às com companheiro. Mulheres protestantes ou evangélicas apresentaram maior desejo de ter um ou dois filhos e também as usuárias de método contraceptivo.

Na **Tabela 3** observou-se que classe econômica, curso, religião e uso de método contraceptivo foram associadas ao desejo de ter três ou mais filhos. Mulheres de classe econômica alta (A segundo ABEP), mulheres no curso de medicina, protestantes/evangélicas e usuárias de método contraceptivo relataram maior desejo de ter três ou mais filhos quando comparadas com as mulheres que cursavam odontologia ou outros cursos, com as católicas, e com as não usuárias de método contraceptivo. Após

ajuste as variáveis curso, religião e uso de método contraceptivo permaneceram associadas ao desejo de mais filhos, sendo que religião demonstrou maior força de associação.

DISCUSSÃO

Os resultados apontaram que as jovens universitárias desejavam ter filhos e a maioria pretendia um a dois filhos. Confirmou-se, também, por outro lado, que um grupo de mulheres queria ter uma prole mais numerosa, e que a minoria manifestou o desejo de não ter filhos.

Estudos no mundo todo demonstraram alta prevalência do desejo reprodutivo em jovens de alta escolaridade, com resultados superiores a este estudo, e também a tendência em postergar a maternidade/paternidade vinculada ao término de graduação e inserção em mercado de trabalho.

Na Ásia um estudo conduzido com 248 universitárias da Arábia Saudita estimou que 80,0% apresentaram desejo de ter filhos, sendo que 85,0% delas relataram planejar o primeiro filho para depois do término dos estudos e/ou estabilidade na carreira profissional ².

Na África, investigação feita em 231 universitárias da Nigéria concluiu que 98,7% das nuligestas desejavam filhos em número médio de $3,29 \pm 1,14$ ¹⁴.

Na Europa os resultados mostraram prevalências de 84,0% na Ucrânia ³, 89,0% na Suécia⁴, 94,1% na Finlândia ⁵ e de 97,0% na Dinamarca ⁶. Na Romênia estudo conduzido com jovens universitárias de cursos da área da saúde, demonstrou que 85,5% delas desejavam ter filhos, e dois terços destas consideravam idade ideal entre 25 e 29 anos. Também demonstrou que as participantes tinham ainda pouco conhecimento, percepção e atitude em relação à fisiologia reprodutiva ¹².

Na América do Norte, estudo com 138 universitárias dos EUA estimou uma prevalência de intenções reprodutivas de 88,0% ⁸. Na Oceania, investigação conduzida em 930 universitárias da Austrália estimou frequência de intenções reprodutivas de 72,2%. Destes, a maioria (75%) manifestou desejo de dois ou mais filhos ⁹.

Outros estudos nos EUA e Austrália evidenciaram que jovens planejavam filhos para depois do término da graduação e pós-graduação e estabilidade financeira e profissional, e apresentaram incorreta percepção da fertilidade e das taxas de sucesso dos tratamentos de reprodução humana ^{8,9}.

No Brasil, a PNDS 2006 identificou que 80% das brasileiras sem filhos desejavam tê-los, e tendência de manutenção de baixa fecundidade, em torno de um a dois filhos por mulher. Também

mostrou que mulheres de escolaridade mais alta estavam tendo menos filhos, com taxa observada de um filho ¹.

Outra tendência observada recentemente no Brasil, tem sido o número crescente de mulheres e casais que com uma situação econômica confortável e dupla renda, estão voluntariamente decidindo não ter filhos ¹⁵. Estimativas da PNAD 2006 apontaram que cerca de 10% das mulheres no Brasil não desejavam ter filho, resultado equivalente a este estudo.

Entre as poucas pesquisas sobre prevalência de intenções reprodutivas em jovens universitários brasileiros, destacou-se o estudo conduzido na Universidade de São Paulo, em 2004, que mostrou que o padrão de família idealizado era pequeno, com até dois filhos. A idade ideal para o nascimento do primeiro filho seria próxima de 30 anos, refletindo tendência geral para adiamento da maternidade/paternidade em função de projeto de vida para a conclusão de curso superior e inserção no mercado de trabalho ¹⁰.

E uma pesquisa realizada na região Nordeste, em 2011, incluindo 164 estudantes do sexo feminino do curso de enfermagem, estimou uma prevalência de 67,3% para desejo de dois filhos, com idade média para o primeiro nascimento entre 26 e 29 anos; estabilidade financeira e sucesso profissional foram os fatores que mais influenciaram a decisão ¹¹.

O perfil desses universitários coincide com resultados de outros estudos, nos quais foi constatado que o objetivo do ingresso em uma universidade pública, a priorização dos estudos, a maior preocupação com o futuro e a aquisição de responsabilidade do universitário tenham favorecido a ideia de constituição familiar mais tardiamente ¹⁶.

No presente estudo, foi pesquisado outros fatores associados ao desejo reprodutivo, e ficou demonstrado que religião e uso de método contraceptivo estavam fortemente associados tanto com a intenção de um ou dois filhos, quanto ao desejo de três ou mais filhos.

Mulheres protestantes/evangélicas e, na sequência, as católicas, apresentaram maior desejo de filhos e de maior número de filhos, do que mulheres de outras religiões, ou sem religião, demonstrando que a religiosidade ainda tem influência na decisão do não controle da fecundidade, como tem sido observado em pesquisas de planejamento reprodutivo no Brasil. Estudo de intenções reprodutivas em mulheres com cinco ou mais filhos, em Curitiba, demonstrou forte influência da religião e da influência do homem (parceiro), na decisão da fecundidade ¹⁷.

Por outro lado, as razões de prevalência de intenção reprodutiva foram comprovadamente maiores entre usuárias de método contraceptivo quando comparado com as não usuárias, o que refletiu

indiretamente a intenção das jovens desta amostra em postergar o desejo de filhos, em conformidade com a tendência observada nos outros estudos com população semelhante.

Em termos de tendências gerais, pode-se perceber que existe associação entre o declínio do não desejo de filhos e o aumento da prevalência do uso de métodos contraceptivos. Estudo realizado no Brasil mostrou que entre as mulheres unidas esta prevalência passou de 78% para 82% entre usuárias de método contraceptivo e entre as não unidas, cresceu de 55% para 75% ¹.

Mulheres com parceiro ou companheiro, apresentaram maior desejo de um a dois filhos em relação às solteiras, porém estes mesmos fatores não foram associados ao desejo de três ou mais filhos, sugerindo influência do homem/ parceiro na decisão feminina de fecundidade, mesmo na juventude, e também corroborando tendência à decisão de prole menor.

Os resultados demonstram que ainda há paradoxos em relação ao planejamento reprodutivo de jovens de alta escolaridade no mundo todo. Neste segmento populacional, as questões subjetivas parecem interferir no desejo de limitar o número de filhos e postergar a procriação, para além, das questões sociais ou econômicas. As transformações do mundo moderno impuseram barreiras à maternidade, e romperam com algumas questões culturais, como a “ditadura” de ter filhos, porém ainda há questões que envolvem igualdade de gênero, por exemplo, quando para mulheres de maior escolaridade, quanto mais capacitadas, mais responsabilidades laborais, e o sucesso pode estar vinculado a idéia da necessidade de abrir mão de filhos, o que pode ser definida como uma nova imposição - a “ditadura na não maternidade” ¹⁹.

Analisar intenções reprodutivas em mulheres que ainda não tiveram filhos, é fato novo nas pesquisas científicas mesmo nos países desenvolvidos. Até hoje, a grande maioria dos estudos revelou qual é a intenção de engravidar de uma mulher somente quando uma gravidez ocorreu ou o bebê já nasceu, ou seja, analisa, na maioria das vezes o indicador de indesejabilidade, de forma retrospectiva, sendo impossível correlacionar os resultados com prevalência de contracepção, por exemplo e oferecendo resultados subestimados deste indicador ¹⁹.

Pesquisadores internacionais em comportamento e direitos reprodutivos, vêm propondo novos métodos para estimar intenção reprodutiva, considerando preferência prospectiva, ou seja, resposta da mulher ao desejo futuro de filhos. De fato, alguns autores mostraram que este método produz valores mais elevados para não desejo de filhos e a perspectiva real de mudanças de acordo com as circunstâncias sócio-culturais, profissionais e reprodutivas vividas com o tempo de vida ²⁰.

Mais recentemente, em 2019, na Califórnia, Estados Unidos, pesquisadores desenvolveram e validaram um instrumento válido e confiável, que é o Desire to Avoid Pregnancy, ou DAP, para

conhecer as preferências reprodutivas de mulheres não grávidas, assim como o uso de métodos contraceptivos. Permitirá também conhecer como as preferências reprodutivas e o uso de métodos contraceptivos se modificam ao longo do tempo e o quanto estão relacionados. Percebe-se que é necessário avaliar a intenção de engravidar em períodos curtos de tempo, pois mudanças como início ou término de relacionamento, perda ou aumento de fonte de renda, entre outros, podem afetar a intenção de engravidar ²¹.

Com relação às limitações deste estudo, deve-se ressaltar que se trata de um estudo seccional realizado em uma população específica de mulheres de uma universidade no estado de Goiás, o que limita a extensão dos resultados encontrados para a população geral. Como vantagem pode-se considerar o rigor metodológico e o instrumento utilizado, que permitiu apurar intenção reprodutiva futura e sua relação com comportamento sexual e contracepção.

Conclui-se que são necessários mais estudos com uso de instrumentos validados para avaliação prospectiva do comportamento sexual e reprodutivo dos jovens, especialmente de mulheres escolarizadas, a fim de se promover programas de saúde sexual e reprodutiva direcionados a este segmento populacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Brasil. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Planejamento da fecundidade: gravidezes não-desejadas. PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Ministério da Saúde/ Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 300p.
2. Alfaraj S, Aleraj S, Morad S, Alomar N, Al Rajih, Alhussain H, et al. Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes toward parenthood among female health professions students in Saudi Arabia. *Int J Health Sci.* 2019; 13(3): 34-9.
1. Mogilevkina I, Stern J, Melnik D, Getsko E, Tydén T. Ukrainian medical students' attitudes to parenthood and knowledge of fertility. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2016;21(2):189-94.
2. Stenhammar C, Ehrsson Y, Akerud H, Larsson M, Tydén T. Sexual and contraceptive behavior among female university students in Sweden—repeated surveys over a 25□ year period. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2015; 94(3): 253-9.
3. Virtala A, Vilska S, Huttunen T, Kunttu K. Childbearing, the desire to have children, and awareness about the impact of age on female fertility among Finnish university students. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2011;16(2):108-15.

4. Sørensen N, Marcussen S, Backhausen M, Juhl M, Schmidt L, Tydén T, et al. Fertility awareness and attitudes towards parenthood among Danish university college students. *Reprod Health* 2016;13:146-55.
5. Chan C, Chan T, Peterson B, Lampic C, Tam M. Intentions and attitudes towards parenthood and fertility awareness among Chinese university students in Hong Kong: a comparison with Western samples. *Hum Reprod.* 2015;30(2):364–72.
6. Peterson B, Pirritano M, Tucker L, Lampic C. Fertility awareness and parenting attitudes among American male and female undergraduate university students. *Hum Reprod.* 2012;27(5): 1375–82.
7. Prior E, Lew R, Hammarberg K, Johnson L. Fertility facts, figures and future plans: an online survey of university students. *Hum Fertile.* 2019;22(4): 283–90.
8. Pirotta K, Schor N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(4):495-502.
9. Moura E, Sousa I, Américo C, Guedes T. Prática anticoncepcional e aspectos sexuais e reprodutivos de acadêmicos de enfermagem. *Rev. Min. Enferm.*2011;15(2): 225- 32.
10. Blidaru I, Furu G, Socolov D. Female Romanian university students' attitudes and perceptions about contraception and motherhood. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2016;21(1):39-48.
11. Leon-Larios F, Macías-Seda J. Factors related to healthy sexual and contraceptive behaviors in undergraduate students at university of Seville: a cross-sectional study. *Reprod Health.*2017;14(1):179.
12. Abiodun O, Alausa K, Olasehinde O. Ignorance could hurt: an assessment of fertility awareness, childbirth intentions and parenting attitudes among university students. *Int J Adolesc Med Health.* 2016;30(2):1–11.
13. Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2007: primeiras análises: demografia e gênero. Brasília, DF, 2008.
14. Inagaki A, Santos M, Abud A, Gonçalves L, Daltro A. Prática contraceptiva entre acadêmicos de Enfermagem de uma Universidade Federal. *R Enferm UERJ.* 2007;15(4):563-8.

15. Guimarães MBL. Feminização da pobreza e religiosidade. In: Valla VV, Stortz EN, Algelibe EB, organizadores. Para compreender a pobreza no Brasil. Rio de Janeiro: Contraponto; 2005. p. 169-190.
16. Soares VMN. Intenções e comportamento reprodutivos de mulheres que vivenciam alta fecundidade em um grande centro urbano [tese]. Doutorado em Saúde Pública: Universidade de São Paulo, 2009.
17. Wolf A. Working girl. Prospect Magazine, London, 2006. Available from: <http://www.prospect-magazine.co.uk/article_details.php?id=7398>. Access in: 29 jul 2013.
18. Casterline JB, El-Zeini LO. The estimation of unwanted fertility. Demography. 2007;44(4):729-45.
19. Rocca CH, et al Psychometric Evaluation of an Instrument to Measure Prospective Pregnancy Preferences: The Desire to Avoid Pregnancy Scale. February 2019. Medical Care; 57(2): 152-158.

Tabela 1. Distribuição da amostra e prevalência de intenções reprodutivas segundo as características sociodemográficas, discentes e reprodutivas de mulheres universitárias, Goiás-Brasil, 2018 (N= 1328).

Variável	N (%)	Não deseja N (%)	01 ou 02 filhos N(%)	03 filhos ou mais N(%)
Faixa Etária (anos)				
18 a 20	350 (26,4)	35(10,0)	232(66,3)	83(23,7)
21 a 22	483 (36,4)	48(9,9)	313(64,8)	122(25,3)
23 a 24	290 (21,8)	25(8,6)	179(61,7)	86(29,7)
25 ou mais	205 (15,4)	20(9,8)	141(68,8)	44(21,4)
Cor da Pele				
Branca	775 (58,4)	68(8,8)	510(65,8)	197(24,4)
Não Branca	553 (41,6)	60(10,8)	355(64,2)	138(25,0)
Situação Conjugal				
Com companheiro	122 (9,2)	07(5,7)	90(73,8)	25(20,5)
Sem companheiro	1284 (90,8)	121(10,0)	774(64,3)	309(25,7)
Moradia				
Com companheiro, pais ou responsáveis	690 (52,2)	66(9,6)	458(66,4)	166(24,0)
Sozinha	469 (35,4)	47(10,0)	300(64,0)	122(26,0)
Com amigos ou colegas	164 (12,4)	15(9,1)	103(62,8)	46(28,1)
Classe Econômica				
A	532 (41,3)	46(8,6)	339(63,8)	147(27,6)

B	601 (46,6)	64(10,7)	392(65,2)	145(24,1)
C + D + E	156 (12,1)	13(8,3)	113(72,5)	30(19,2)
Curso				
Medicina	940 (70,9)	80(8,5)	595(63,3)	265(28,2)
Odontologia	283 (21,4)	34(12,0)	192(67,8)	57(20,2)
Outros	102 (7,7)	13(12,7)	76(74,5)	13(12,8)
Variável	N (%)	Não deseja N (%)	01 ou 02 filhos N(%)	03 filhos ou mais N(%)
Período do Curso				
1º o 6º semestre	850 (64,1)	80(9,4)	560(65,9)	210(24,7)
7º semestre ou mais	475 (35,9)	48(10,1)	303(63,8)	124(26,1)
Religião				
Católica	720 (54,6)	64(8,9)	488(67,8)	168(23,3)
Protestante/ Evangélica	341 (25,9)	22(6,4)	221(64,9)	98(28,7)
Outras	242 (18,4)	36(14,9)	140(57,8)	66(27,3)
Sem religião	15 (1,1)	5(33,3)	9(60,0)	1(6,7)
Sexarca (anos)				
Até 15	208 (19,7)	22(10,6)	127(61,0)	59(28,4)
16 a 17	411 (38,8)	42(10,2)	274(66,7)	95(23,1)
18 ou mais	439 (41,5)	38(8,7)	295(67,2)	106(24,1)
Número de parceiros sexuais				

Um	634 (60,8)	50(7,9)	433(68,3)	151(23,8)
Dois	190 (18,2)	24(12,6)	123(64,8)	43(22,6)
Três ou mais	219 (21,0)	27(12,3)	131(59,8)	61(27,9)
Uso de Método Contraceptivo				
Não	334(25,5)	42(12,6)	210(62,9)	82(24,5)
Sim	978(74,5)	80(8,2)	649(66,3)	249(25,5)

Tabela 2 - Regressão Logística Multinomial de intenções reprodutivas (desejo de ter um a dois filhos) de acordo com variáveis demográficas, socioeconômicas, discentes e reprodutivas. Universidade de Rio Verde, Goiás, 2019.

Variáveis	<i>Análise bivariada</i>		<i>Análise múltipla</i>	
	RP (IC 95%)	<i>p-valor</i>	RP (IC 95%)	<i>p-valor</i>
Idade (anos)		<i>0,752</i>		
18 a 20	1			
De 21 a 22	0,98 (0,62-1,57)			
De 23 a 24	1,08 (0,62-1,87)			
25 ou mais	1,06 (0,59-1,91)			
Cor da pele		<i>0,212</i>		

Branca	1		
Não Branca	0,79 (0,54-1,14)		
Situação conjugal*		0,084	0,076
Com companheiro	1		1
Sem companheiro	0,50 (0,22-1,10)		0,42 (0,16- 1,09)
Moradia		0,833	
Com pais, companheiros, responsável	1		
Sozinha	0,92 (0,61-1,37)		
Com colegas, amigos	0,98 (0,54-1,80)		
Classe econômica		0,994	
ABEP			
A	1		
B	0,83 (0,55-1,24)		
C\D\E	1,18 (0,61-2,26)		

Variáveis	Análise bivariada	Análise múltipla
Curso		0,232
Medicina	1	
Odontologia	0,76 (0,49-1,17)	
Outros	0,79 (0,42-1,48)	

Período do Curso		0,598	
1º ao 6º semestre	1		
7 semestres ou mais	0,90 (0,61-1,32)		
Religião*		0,002	0,008
Católica	1	1	
Protestante ou Evangélica	1,32 (0,79-2,19)	1,42 (0,75-2,67)	
Outras	0,51 (0,32-0,80)	0,54 (0,32-0,89)	
Sem religião	0,24 (0,77-0,73)	0,30 (0,09-1,05)	
Sexarca		0,287	
Até 15	1		
16 a 17	1,13 (0,65-1,98)		
18 ou mais	1,34 (0,76-2,36)		
Número de parceiros último ano*		0,014	0,133
Nenhum ou um	1	1	
Dois	0,59 (0,33-1,07)	0,64 (0,37-1,10)	
Três ou mais	0,56 (0,43-1,30)	0,63 (0,37-1,08)	
Uso de método contraceptivo*		0,019	0,003
Não	1	1	
Sim	1,62 (1,08-2,43)	2,30 (1,34-3,96)	

* Situação conjugal, religião, número de parceiros e uso de método contraceptivo ajustados entre si.

Tabela 3. Regressão Logística Multinomial de intenções reprodutivas (desejo de ter três filhos ou mais) de acordo com variáveis demográficas, socioeconômicas, discentes e reprodutivas. Universidade de Rio Verde, Goiás, 2019.

Variáveis	Análise bivariada		Análise múltipla	
	RP (IC 95%)	<i>p</i> -valor	RP (IC 95%)	<i>p</i> -valor
Idade (anos)		<i>0,724</i>		
18 a 20	1			
De 21 a 22	1,07 (0,64-1,80)			
De 23 a 24	1,45 (0,80-2,63)			
25 ou mais	0,93 (0,48-1,80)			
Cor da pele		<i>0,270</i>		
Branca	1			
Não Branca	0,79 (0,53-1,19)			
Situação conjugal		<i>0,447</i>		
Com companheiro	1			
Sem companheiro	0,71 (0,30-1,70)			
Moradia		<i>0,595</i>		
Com pais, companheiro, responsável	1			
Sozinha	1,03 (0,66-1,60)			
Com colegas, amigos	1,22 (0,64-2,33)			

Classe econômica		<i>0,174</i>	<i>0,382</i>
A	1		1
B	0,71 (0,45-1,10)		0,76 (0,47-1,22)
C\D\E	0,72 (0,35-1,50)		1,15 (0,50-2,66)

Variáveis	Análise bivariada	Análise múltipla
Curso*	<0,001	0,004
Medicina	1	1
Odontologia	0,51 (0,31-0,82)	0,53 (0,31-0,91)
Outros	0,30 (0,13-0,68)	0,29 (0,12-0,70)
Período do Curso (semestre)	0,941	
1º ao 6º	1	
7 ou mais	0,98 (0,65-1,50)	
Religião*	0,072	< 0,001
Católica	1	1
Protestante ou Evangélica	1,69 (0,98-2,92)	2,06(1,15-3,72)
Outras	0,69 (0,42-1,14)	0,63(0,37-1,06)
Sem religião	0,07 (0,08-0,66)	0,05 (0,01-0,46)
Sexarca (anos)	0,787	
Até 15	1	1
16 a 17	0,84 (0,46-1,55)	
18 ou mais	1,04 (0,56-1,92)	

Número de parceiros último ano		0,207	
Nenhum ou um	1		
Dois	0,59 (0,33-1,07)		
Três ou mais	0,75 (0,43-1,30)		
Uso de método contraceptivo*		0,042	0,007
Não	1	1	
Sim	1,59 (1,01-2,50)	1,94(1,20-3,16)	

1. *Curso, religião e uso de método contraceptivo ajustadas entre si.*