

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO

ARLETE MASSAE INAGAKI YODONO

A ESCOLHA DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS: UM ESTUDO COM
UNIVERSITÁRIAS

Ribeirão Preto
2015

ARLETE MASSAE INAGAKI YODONO

A ESCOLHA DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS: UM ESTUDO COM
UNIVERSITÁRIAS

Dissertação apresentada à Universidade
de Ribeirão Preto como parte dos
requisitos para obtenção do título de
Mestre em Saúde e Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Sílvia Sidnéia da
Silva

Ribeirão Preto
2015

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento Técnico
da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

Y54e Yodono, Arlete Massae Inagaki, 1964-
A escolha dos métodos contraceptivos: um estudo com
universitárias / Arlete Massae Inagaki Yodono. - - Ribeirão Preto,
2015.
85 f.: il. color.

Orientadora: Profª Drª Sílvia Sidnéia da Silva.

**Dissertação (mestrado) – Universidade de Ribeirão Preto,
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2015.**

1. Mulheres. 2. Gravidez. 3. Contracepção. 4. Classe social.
I. Título.

CDD 610

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Miyoka e Noboru, a minha eterna gratidão pela formação íntegra e dentro dos mais rigorosos Princípios Éticos. Minha eterna gratidão!

Ao meu esposo Jorge pela compreensão, carinho e companheirismo nestes 25 anos de casamento.

Aos meus filhos Danilo e Marina, pelas ausências em alguns momentos de suas vidas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, inicialmente, a Deus pelo Dom da Vida, que propiciou toda a minha trajetória.

A minha Orientadora Profa. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva, que me recebeu e acolheu com todo o seu carinho, orientando com toda a sua paciência e dedicação, durante todo o meu trabalho.

As alunas dos cursos de graduação da UNAERP que prestaram a sua com sua valorosa contribuição, sem a qual não seria possível o trabalho.

Ao Prof. Dr. Edílson Carlos Caritá, pela dedicação com que realizou os cálculos estatísticos.

À Patrícia e a Joana, pelo incansável serviço de secretariado.

Aos Docentes do Mestrado, que com toda a sua sabedoria, tanto colaboraram na minha formação.

A todos os meus amigos e colegas que compartilharam as alegrias, ansiedades e angústias do Mestrado

A todos, meu muito Obrigada!

O conhecimento serve para encantar as pessoas.
Não para humilhá-las.

Mário Sérgio Cortella.

RESUMO

YODONO, A. M. I. A escolha dos métodos contraceptivos: um estudo com universitárias. 86p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, 2015.

Em todo o mundo, há pelo menos 4000 anos, as mulheres tentam evitar gravidezes indesejadas, mas apesar da contracepção ser uma questão muito antiga, somente a partir de 1960, o controle da natalidade passou por uma mudança significativa com o surgimento das pílulas de anticoncepcionais. O objetivo principal do estudo é identificar o tipo de método contraceptivo preferencial entre alunas matriculadas nos cursos de graduação de uma Universidade privada do interior paulista. Trata-se de estudo descritivo, de abordagem quantitativa, que foi realizado com alunas matriculadas nos cursos de graduação da Universidade em questão, no ano de 2014, na faixa etária de 18 a 45 anos. Houve preferência das entrevistadas pelo anticoncepcional oral (81,82%), pautadas no fato de acreditarem ser o método mais seguro, porém constatam-se conhecimentos superficiais sobre o produto, especialmente em relação falhas de contracepção ou interações medicamentosas. Também se ressalta a questão religiosa, pois 59,4% das entrevistadas declararam-se católicas, e suas escolhas são por métodos não naturais. Frente aos resultados obtidos, conclui-se que são necessárias ações educativas que contemplam o esclarecimento e estimule o aprendizado a respeito dos métodos contraceptivos, especialmente por 48,5% participantes serem futuras profissionais da área da saúde.

Descritores: Mulheres. Gravidez. Contracepção. Classe social.

ABSTRACT

YODONO, A. M. I. The choice of contraceptive methods: a study with university students. 86p. Dissertation (Professional Master's in Health and Education), University of Ribeirão Preto, Ribeirao Preto/SP, 2015.

All over the world, at least, 4000 years, woman have been trying to avoid unwanted pregnancies, but despite contraception being a very old matter, only in 1960, the birth control passed on for a significative change with appering of contraceptive pills. The principal objective about this study is to identify the preferential type of the contraception method between enrolled girls in graduation courses in the interior of São Paulo private university. This is a descriptive study, with a quantitative approach, that was made with enrolled girls in graduation courses in that University in question, on 2014, in the age group of 18 and 45 years old. There was a preference of the interviewed girls for the oral contraceptive (81,82%) for the fact that they believe being the most security method, but it was realized superficiais knowledge about the product, especially because of contraception fails or medication interaction. Also it is bounded the religion question, because 59,4% of the interviewed girls declared themselves catholic, and their choices are unnatural methods. In front of the results, concludes that are necessary educated actions that contemplate the clarification and stimulates the learning about contraception methods, specially because 48,5% of participants being future professionals of the health area.

Descriptors: Womens. Pregnancy. Contracepcion. Stratum (social classes).

LISTA DE FIGURAS

Figuras 1 e 2: Anticoncepcional injetável e pílulas, respectivamente.....	35
Figuras 3 e 4: Implante subcutâneo e adesivo, respectivamente.....	35
Figuras 5 e 6: Dispositivo intrauterino (DIU) e diafragma, respectivamente.....	36
Figuras 7 e 8: preservativos feminino e masculino, respectivamente.....	36
Figuras 9 e 10: Vasectomia e ligadura de trompas, respectivamente.....	36

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACH - Anticoncepcionais Hormonais
ACI - Anticoncepcionais Injetáveis
ACO - Anticoncepcionais Orais
AERP - Associação de Ensino de Ribeirão Preto
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMP - Acetato de Medroxi Progesterona
BENFAM - Sociedade Civil de Bem Estar Familiar no Brasil
CEPAIMC- Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança
COC- Contraceptivo Oral Combinado
CPMI- Comissão Mista Parlamentar de Inquérito
DIU- Dispositivo Intra uterino
DCV- Doença Cardiovascular
DST - Doença Sexualmente Transmissível
EAD- Ensino à Distância
EE- Etinil Estradiol
EEC- Estrógenos Equinos Conjugados
EUA- Estados Unidos da América
FEBRASGO- Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
HASC - Hipertensão Arterial Sistêmica Crônica
SIDA- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IDEB - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
INSPER - Instituto de Ensino e Pesquisa
ILE - Instituto de Línguas Estrangeiras
IPPF- *Internacional Planned Parenthood Federation*
GO - Ginecologia e Obstetrícia
LARC - *Long Acting Reversible Contraception*
MAC - Método Anticoncepcional
MT- Mato Grosso
mcg- Microgramas
ODM - Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
OMS- Organização Mundial da Saúde
ONE - Oficina Nacional de Estatísticas
PA - Pressão Arterial
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PIB - Produto Interno Bruto
PPGAR- Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco
PSF- Programa de Saúde da Família
SAE – Secretaria de Assuntos Estratégicos
SIU- Sistema Intra Uterino Liberador de Levonorgestrel
SOP- Síndrome dos Ovários Policísticos
SP- Estado de São Paulo
TA - Trombose Arterial
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEV- Tromboembolismo Venoso

TH - Terapia Hormonal

TPM - Tensão Pré-Menstrual

TOEFEL - *Test of English as a Foreign Language*

TVP - Tromboembolismo Venoso Profundo

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção das Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

UNAERP- Universidade de Ribeirão Preto

USP-Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	16
1.1 JUSTIFICATIVA	18
1.2 HIPÓTESE	20
1.3 OBJETIVO GERAL.....	20
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
2 REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1 CONTRACEPÇÃO: UM POUCO DE HISTÓRIA.....	21
2.2 EPIDEMIOLOGIA	24
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS E A SAÚDE DA MULHER	27
2.4 CONTRACEPTIVOS NO SÉCULO XXI: BENEFÍCIOS E RISCOS.....	30
2.5 A CONTRACEPÇÃO E A MULHER CONTEMPORÂNEA	35
2.6 A CONTRACEPÇÃO E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE	42
3 CASUÍSTICA E MÉTODO.....	47
3.1 NATUREZA DO ESTUDO	47
3.2 LOCAL DO ESTUDO	48
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	50
3.4 COLETA DE DADOS	51
3.4.1 Instrumento de Coleta de Dados.....	51
3.4.2 Procedimento de Coleta de Dados.....	52
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	52
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	53
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	54
5 CONCLUSÃO E CONSIDRAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS.....	67
APÊNDICE I.....	74
APÊNDICE II.....	76
APÊNDICE III.....	79
APÊNDICE IV.....	80
APÊNDICE V.....	81
ANEXO A	82
ANEXO B	83
ANEXO C	84

APRESENTAÇÃO

Em minha infância, o desejo de curar ou ajudar as pessoas a tornar melhor as suas vidas sempre me fascinou. Ao chegar à adolescência, passei a refletir a respeito de escolha e resolvi que faria Medicina, embora não tivesse ascendência ou exemplo familiar nessa área. Desta forma, deixei a residência dos meus pais, indo até a cidade de Uberaba, onde cursei a então Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, hoje curso integrante da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, ingressando no ano de 1982, graduando-me no ano de 1987.

Terminada a graduação, retornei a Ribeirão Preto, a fim de completar a minha formação especializada em Ginecologia e Obstetrícia, na Santa Casa de Ribeirão Preto, ocasião que comecei a ter contato com as primeiras dificuldades na contracepção e gravidezes indesejadas. No cotidiano de trabalho foi possível a vivência no atendimento de muitos casos de abortos provocados, graves infecções maternas e riscos de vida para as mulheres. Essas mulheres, frequentemente, eram muito jovens ou até mesmo adolescentes. Desta forma, o fato de mulheres terem o direito de planejarem suas gravidezes sempre me incomodou, mas na ocasião poucos métodos eram disponibilizados, possuindo o anticoncepcional oral, DIU de Cobre e algum anticoncepcional injetável, com poucos estudos na época, com praticamente nenhum acesso no Serviço Público, aos dois últimos métodos citados.

Iniciei nesta época o atendimento às primeiras pacientes em um ambulatório de Posto de Saúde da vizinha cidade de Brodowski, onde poucos métodos eram disponíveis, com uma população muito carente, fosse econômica ou culturalmente, onde o analfabetismo era muito frequente. Dispúnhamos somente de 2 tipos de contraceptivos orais e preservativos, onde o controle era tão rigoroso que a diferença na contagem dos mesmos poderia a vir dar problemas ao responsável da Unidade, lembrando que sequer se cogitava a possibilidade de dupla proteção.

Passados, então, pouco mais de 24 anos, já presencio muitas mudanças, seja no aspecto cultural, costumes, acesso às informações, melhora de escolaridade, oferta de produtos, nas dosagens dos contraceptivos, novas vias de administração, novos produtos lançados no mercado brasileiro e mundial, com melhora significativa da eficácia, diminuição a restrição de uso ou efeitos colaterais dos anticoncepcionais, desde os idos anos 80 e início da década de 90.

Nos últimos 10 anos, houve uma intensificação ainda mais acentuada da disponibilização destes produtos, sejam orais com novas composições, vias de administração e novos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração.

Hoje, praticando o exercício da minha profissão na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, no Serviço Público em uma Unidade Básica de Saúde, e em minha clínica privada, o fato do mercado brasileiro disponibilizar às mulheres os vários produtos anticoncepcionais, o acesso à informação, a aceitação aos novos métodos contraceptivos são aspectos que me inquietam, pois apesar de lançamentos de produtos diferenciados no mercado brasileiro como anel vaginal, adesivos, implantes subcutâneos e novos tipos de dispositivos intrauterinos, apenas uma pequena parcela da população parece conhecer tais produtos, embora estejam disponíveis há algum tempo. Estes novos métodos contraceptivos têm uma baixa adesividade e até mesmo uma parcela significativa da população parece desconhecê-los, mas outros produtos como alguns anticoncepcionais orais, apesar de custos próximos, parecem ter melhor aceitação.

A causa de minha inquietação com relação ao tema está na pergunta se o fator cultural, além do social, poderiam ser os responsáveis pela não aceitação destes novos métodos já que estes podem ter uma maior eficácia em comparação com outros métodos de maior popularidade entre as mulheres. O aspecto cultural também mostrar-se-à diferenciado no estudo proposto, já que as entrevistadas são universitárias.

Ao considerar os métodos contraceptivos, o Anticoncepcional Oral (ACO) ainda é o mais conhecido e aceito pela população, em geral, embora novas formulações e vias de contraceptivos tenham surgido no terceiro milênio. Existem muitos mitos, tabus e preconceitos quanto aos novos produtos e alguns equívocos são averiguados, com frequência, como a população acreditar que somente são eficazes os produtos ingeridos por via oral, ou então receio e dificuldades na manipulação da genitália.

Cabe ressaltar que, apesar dos Anticoncepcionais Injetáveis (ACI) e o Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre estar no mercado há mais de três décadas, apenas nos últimos tempos passaram a ter a credibilidade e aceitação das mulheres como método eficaz. No tocante ao conhecimento e aceitação dos novos produtos mostra-se necessária a explanação e abordagem adequadas às mulheres, pois à medida que são apresentados e oferecidos como novas alternativas de

contracepção. Nessa direção, alguns métodos, embora pouco aceitos em decorrência de algumas razões pessoais, começam a figurar como alternativas mais modernas e práticas, sem a necessidade de utilização diária, sem alguns riscos de interações medicamentosas ou outras restrições ao uso.

Cabe à equipe de saúde, expor de forma adequada e não impositiva, a abordagem a respeito dos métodos contraceptivos oferecidos pelo mercado brasileiro, com relatos de possíveis benefícios e riscos de cada produto, deixando livre a escolha do método pela usuária.

1 INTRODUÇÃO

A história da anticoncepção nos remete ao antigo Egito, onde há descrição sobre técnicas anticoncepcionais e abortivas nos antigos papiros. Lendas também foram criadas, como a história do condom, inventado pelo Doutor Condom para o rei Charles II, afim de proteção do órgão genital. Há ainda anotações sobre a introdução de pedras em útero de camelas nas travessias do deserto. Mais recentemente, o padre J. Ferin registra a importância da temperatura basal como referência para a contracepção (SOUZA, 2003; ARIE et al., 2009).

A história da anticoncepção inicia-se na Pré-História, onde o homem associou gravidez à ejaculação intravaginal, porém pouco se conhece dessa época, pois não havia a escrita (ARIE et al., 2009).

O histórico da anticoncepção divide-se em três momentos distintos, sendo o século XIX o divisor de águas, como descreveremos na revisão da literatura.

Constata-se que a partir do início do novo milênio novos produtos despontam no mercado, tanto em relação aos anticoncepcionais orais (ACO), pois novas drogas surgem como substâncias que têm ação anti-mineralocorticóide e, ainda outro estrogênio passa a ser incorporado aos ACO, o valerato de estradiol, que é um hormônio natural do organismo feminino (BLITZER, 2010), propiciando o alívio dos efeitos colaterais, até então evidenciados pelas mulheres.

Na última década, novas tecnologias foram incorporadas à produção destes produtos, como implantes subcutâneos, Anticoncepcionais Hormonais (ACH) combinados em adesivos e anéis vaginais, injetáveis de progestogênios, novos produtos como Sistema de Liberação Intra Uterino (SIU), dispositivos intrauterinos de progesterona, entre outros; porém, toda esta tecnologia fez com que houvesse a elevação no custo destes produtos.

Em estudo sobre a eficácia dos novos métodos hormonais, pílulas, adesivo e anel vaginal mostraram-se menos eficazes em comparação aos métodos de longa duração, como Acetato de Medroxi Progesterona (AMP), DIU e implante subcutâneo. Verificou-se a ocorrência de gravidezes em 4,55 por 100.000/mulheres/ano com o adesivo, anel vaginal e pílulas, comparado a 0,22 gravidezes por 100.000/mulheres ano com o uso de AMP e 0,27 gravidezes por

100.000/mulheres/ano para uso de DIU e Implantes (WINNER et al., 2007; GERLINGER et al., 2014).

Machado et al. (2013) ainda demonstram que o conhecimento das usuárias sobre estes métodos contraceptivos introduzidos no mercado brasileiro, poderá modificar a escolha dos métodos.

A escolha de novos métodos que não a via oral poderá diminuir a incidência de descontinuação dos métodos anticoncepcionais verificado por Bahamondes et al. (2011), onde detectou em seu trabalho que após 6 meses de prescrição dos ACO, em torno de 50% das mulheres, retornaram aos consultórios e, destas, apenas 63% das mulheres mantiveram o método.

Alguns estudos no campo da Saúde, como a dissertação de Silva (2003) mostram ainda que, apesar de conhecimento sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), alunas dos Cursos de Ciências da Saúde de duas Instituições de Ensino Superior no estado do Paraná, ainda utilizam pouco a dupla proteção. A maior parte das estudantes sexualmente ativas declarou ter usado método anticoncepcional em sua primeira relação sexual (SILVA, 2003).

A proporção foi significativamente maior em Curitiba (81%) e oito pontos percentuais menores entre as estudantes de Cascavel. Em Curitiba, 70% das estudantes declararam o uso de preservativo na primeira relação sexual, enquanto em Cascavel foram 64%, no entanto, esta diferença não foi estatisticamente significativa (SILVA, 2003).

Ainda, com relação à escolaridade, um estudo em 1996, concluiu que em sua maioria, as mulheres sem escolaridade, estão esterilizadas (37,9%) ou não fazem uso de métodos (41,4%). Apenas 20% das mulheres usam métodos reversíveis (6,9% utilizam pílula; 6,9% preservativos; 3,4% DIU e 3,4% coito interrompido (VIEIRA et al., 2001).

A frequência da esterilização feminina é alta entre mulheres com baixa escolaridade. De um ano a quatro anos de estudo, ela se encontra, respectivamente, em 43,9% e em 36,7% das mulheres ($\tau=0,7333$). A esterilização feminina diminui com a escolaridade, atingindo 26% entre as mulheres, com 12 ou mais anos de estudo (VIEIRA et al., 2001).

Em relação à esterilização masculina, ocorre, em menor proporção, o fenômeno inverso: ela aumenta com a escolaridade ($\tau=1,000$), não sendo utilizada por companheiros de mulheres com nenhuma escolaridade, mas cresce

proporcionalmente com a escolaridade até atingir o máximo de 13,7% entre as mulheres com mais de 12 anos de estudo. O mesmo ocorre com a abstinência periódica, cujo uso aumenta com a escolaridade ($\tau=0,8667$). Outros métodos, como o preservativo e o DIU ($\tau=0,7333$ e $\tau=0,3333$, respectivamente), também mostram tendência de aumento a partir de oito anos de escolaridade (VIEIRA et al., 2001; WANG, 2012).

Estudo realizado em inserção de Programa de Planejamento Familiar em São Paulo, concluiu que:

[...] dentro destas observações, encontrou-se apenas uma jovem que teve duas gravidezes reincidentes após inserção no programa. Dentre as razões apontadas para a ocorrência da gravidez, 50% referem que engravidaram por abandono do método ou má utilização deste. Estes dados expostos, comparados com o presente estudo, referem que apenas 15,4% das reincidentências das gravidezes foram desejadas, sendo que 7,7% (um caso) ocorreu por falha do método (DIU). A grande porcentagem encontrada de novas gravidezes (76,9%) foi decorrente da utilização errada do método (BERLOFI et al., 2006, p.199).

Outro trabalho ainda destaca a necessidade de capacitação de Médicos Residentes do Programa da Saúde da Família em Planejamento Familiar, pois ao realizar consultas médicas com abordagem em Planejamento Familiar, os autores consideram fundamental que médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, profissionais atuantes na área da Saúde tenham conhecimento prévio e adequado sobre contracepção e Planejamento Familiar. Enfatizam que ao abordar este aspecto é fundamental que as orientações sejam adequadas, afim da adesão e utilização correta do método, especialmente na população de baixo poder aquisitivo e carente de informações científicas (SANTOS; FREITAS, 2011).

Assim, para as pesquisadoras do estudo, o tema apresenta-se como atual e relevante para instalar-se um processo de investigação, especialmente, associando-se variáveis socioeconômicas e sociais das mulheres e a escolha para uso de anticoncepcionais.

1.1 JUSTIFICATIVA

Em todo o mundo, cerca de 75 milhões de mulheres, no ano de 2008, tiveram gravidezes indesejadas e este número torna-se mais significativo nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, especialmente, onde o acesso aos

métodos contraceptivos ou às informações são pouco acessíveis, pois necessariamente passam pelo conhecimento e educação sexual.

O presente estudo visa avaliar o conhecimento e escolha de métodos preferenciais, selecionados por alunas matriculadas nos cursos de Graduação da Unaerp, campus Ribeirão, no ano de 2014, visto que trata-se de uma parte da população com nível de informação considerado bom, para os padrões do país, onde a maior percentagem da população não alcança esse nível de instrução.

Ressalta-se que existe a necessidade de investimento em informação, principalmente, a respeito de novos métodos contraceptivos e suas respectivas eficácias. Ainda há a necessidade de informação quanto a diferenças entre uso ideal e uso típico, com a elevação significativa do índice de falhas dos contraceptivos sendo, portanto, imprescindível, a educação permanente em saúde (OSIS, 2004).

Além dos problemas citados acima, temos a questão de interferência dos contraceptivos orais com muitos produtos utilizados pelas mulheres como antibióticos, anticonvulsivantes, antifúngicos, dentre outros; além de situações temporárias como diarreia e vômitos (GERLINGER et al., 2014).

O uso adequado dos métodos contraceptivos compreende a educação em saúde, orientações a respeito de contracepção, conhecimento sobre uso correto, interações medicamentosas, dentre outras questões.

Em um estudo multicêntrico realizado por Egarter et al. (2013) acerca da escolha de métodos contraceptivos hormonais combinados, os autores constataram que 41,8% das mulheres escolheram algum tipo de anticoncepcional hormonal denotando, daí, a relevância da avaliação acerca da escolha de métodos contraceptivos.

No Brasil temos alguma carência com relação aos referidos estudos, tendo alguns com grupos específicos de contraceptivos como de Bahamondes et al. (2011) onde avaliaram fatores associados à descontinuação dos anticoncepcionais orais combinados ou trabalhos em adolescentes acerca do conhecimento de métodos anticoncepcionais, como a proposta de Silva et al. (2012).

Poucos estudos abordam a escolha de métodos contraceptivos, que compreendem vários métodos contraceptivos, sejam orais combinados ou de progestagênios, injetáveis combinados: mensal ou trimestral de progestagênios, anel vaginal, adesivo, métodos de barreira (feminino e masculino), DIU de cobre, SIU, implante subcutâneo e métodos definitivos (feminino e masculino).

Nessa direção, o presente estudo visa levantar a escolha de método contraceptivo preferencial pela entrevistada entre os vários métodos disponibilizados no mercado brasileiro.

1.2 HIPÓTESE

A hipótese formulada a respeito da escolha refere-se à situação de que apesar de muitos produtos existentes no mercado brasileiro, o método preferencial ainda é o contraceptivo oral?

Embora o custo, muitas vezes, seja significativo, este não parece influenciar de forma substancial no método escolhido entre as entrevistadas, mesmo que oriundas de diferentes classes socioeconômicas.

1.3 OBJETIVO GERAL

Identificar o tipo de método contraceptivo preferencial entre alunas matriculadas nos cursos de graduação de uma Universidade privada do interior paulista.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar o tipo de método contraceptivo escolhido por universitárias de diferentes classes socioeconômicas;
- Avaliar se existem diferenças na escolha dos métodos contraceptivos nas diferentes classes socioeconômicas identificadas no estudo;
- Avaliar se existem diferenças de tipos métodos contraceptivos escolhidos entre mulheres de diferentes religiões, seu estado civil e outros dados como idade, paridade e desejo de novas gestações.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Nesse tópico apresentaremos os aspectos pontuados na literatura, que as pesquisadoras julgam pertinentes para respaldarem o conhecimento acerca do tema e que acreditam fornecer fomento para a discussão inicial dos resultados que serão apresentados após a coleta de dados deste estudo.

2.1 CONTRACEPÇÃO: UM POUCO DE HISTÓRIA

A preocupação com a gravidez não planejada já tem seus primeiros registros no antigo Egito, onde há descrições sobre técnicas anticoncepcionais e abortivas nos antigos papiros.

Na Antiguidade, a distinção entre contracepção e métodos abortivos era confusa. Posteriormente, mais precisamente na Idade Média, existem alguns relatos como a citação de um padre a sua amante, onde referia ter uma erva capaz de impedir a gravidez. Nessa época, a Igreja Católica era dominante e acreditavam que a função do homem na terra era “crescer e multiplicar”. O estado por sua vez, adotava uma política pacífica ante a Igreja, não confrontando com a mesma e, além disso, “era preciso mão-de-obra e soldados” (GARCIA et al., 2005).

Assim sendo, temos a anticoncepção antes, durante e após o século XIX, onde muitas mudanças ocorreram. No campo tecnológico invenções como a lâmpada, telégrafo, telefone e eletricidade começaram a fazer parte do dia-a-dia da população, que migrou da zona rural para as cidades; a taxa de mortalidade caiu significativamente com os novos conhecimentos sobre Genética, Anestesia, estudos sobre bactérias e descoberta das vacinas e novas práticas de higiene e saneamento básico fizeram com que houvesse uma redução drástica da mortalidade infantil e, conseqüente, aumento populacional (ARIE et al., 2009).

Além disso, com a Revolução Industrial houve a mecanização das indústrias e substituição da mão-de-obra pelas máquinas, não necessitando mais de famílias numerosas. Surgiu então, uma preocupação maior com a contracepção, pois existe a inquietação do desemprego (ARIE et al., 2009).

No campo intelectual tivemos a Revolução Francesa, com seus ideais de Liberdade, Igualdade e Fraternidade, em que as feministas pregavam a igualdade

entre os sexos, inclusive, clamavam pela liberdade sexual, sem o peso da concepção (GARCIA et al., 2005). Nesta época surge a preocupação do sexo sem atrelamento à procriação, porém ainda não se dispunham de produtos ou métodos eficazes, mas surgem algumas propostas como da irrigação vaginal do Médico Charles Knowlton (1800-1850) e do Pastor e escritor Malthus, onde este propõe o casamento mais tardio e a continência sexual.

Em decorrência dos conhecimentos sobre Biologia, Embriologia e Genética, surgem métodos como os comportamentais (Ogino Knauss) e de barreira, como preservativos, capuz cervical moderno, porém de materiais mais refinados como látex. Novos conhecimentos sobre a anatomia e fisiologia femininas fazem surgir outros métodos como a primeira descrição de laqueadura tubárea e os primeiros ensaios sobre vasectomia em animais. Ainda no final do século XIX, surge a primeira clínica de planejamento familiar, fundada pela primeira médica formada na Holanda, Aletta Henriette Jacobs (1854-1929). Ela prescrevia o pessário de Mesinga, um capuz cervical de borracha galvanizada, conhecido como capuz holandês. Aletta foi uma das maiores feministas do século XIX (ARIE et al., 2009).

Mas, foi a partir do século XX e, especificamente a partir da década de 1960, que o Planejamento Familiar e a Contracepção mudaram definitivamente a história da humanidade.

A descoberta de hormônios pelo ginecologista vienense Emil Knauer (1876-1935) veio revolucionar a contracepção, pois foi a partir daí que novos produtos começaram a ser pesquisados.

Surgem também no início do século XX, as primeiras clínicas de planejamento familiar. A pioneira da anticoncepção foi a enfermeira americana Margareth Sanger (1879-1966), que devotou sua vida à legalização do planejamento familiar e para torná-lo universalmente utilizável. Em 1950, uniu-se a Katherina Mc Cormick (1865-1967) e induziram Rock e Pincus a desenvolverem a pílula anticoncepcional que, comercialmente, seria lançada 10 anos depois. A partir de então inicia-se a revolução sexual, que durou 20 anos, de 1960 a 1980, onde pregava-se o amor livre, paz e amor. No Brasil, esse período foi vivido durante o período de ditadura militar (SOUZA, 2003).

Com os novos métodos contraceptivos, especificamente os hormonais, surgidos a partir da segunda metade da década de 1960, houve uma grande revolução no aspecto do planejamento de gravidezes, sexo sem risco de gravidez e,

especialmente, no início do lançamento destes produtos houve, inclusive, a ampla disseminação do amor livre (GARCIA et al., 2005).

Apesar de muito eficazes, os ACH lançados nesta época, ainda dispunham de pouca tecnologia e dosagens hormonais muito altas, se comparadas aos produtos comercializados nos dias atuais, pois a dosagem de estrogênios era, em média, 5 vezes maior que as dosagens médias utilizadas atualmente. Ainda, assim, foi aprovada nos Estados Unidos da América (EUA) e introduzida em 1961. Nesta época também foi iniciada na Alemanha e na Europa ocidental, porém ainda com seu uso muito controverso, tendo sido inicialmente recomendada a mulheres casadas e para regularização de distúrbios menstruais, e a contracepção foi relatada com um efeito colateral decorrente, não o propósito oficial da medicação. O referido efeito colateral era apenas citado em bula, como a informação que não ocorreria a ovulação (GARCIA et al., 2005; BLITZER, 2010).

Entretanto, foi a partir de movimento estudantil de 1968 que as principais mudanças sociais associadas a uma alteração nas atitudes ocorreu, sendo que a partir de 1970, com a quebra dos tabus, uma nova liberdade para falar em sexo e a autodeterminação das mulheres na contracepção levou a uma rápida disseminação das pílulas. A pílula e os outros anticoncepcionais hormonais são parte integrante da vida das mulheres e cerca de 80 milhões de mulheres em todo o mundo utilizam os Anticoncepcionais Orais (ACO) e, após 50 anos depois da introdução da pílula, ainda novos produtos estão em constante pesquisa e desenvolvimento, afim de propiciar mais benefícios e menos efeitos colaterais às mulheres (SOUZA, 2003).

A evolução dos anticoncepcionais orais passou por muitos momentos. Inicialmente, entre as décadas de 1960 e 1970, os produtos comercializados continham 50mcg de etinil estradiol e 4mg de acetato de noretisterona (Anolvlar), mas entre 2000 e 2009, conta-se com produtos em torno de 15 a 30 mcg de etinil estradiol. Desta forma, muitas mulheres tinham efeitos colaterais significativos que inviabilizaram parcialmente o seu uso por algum tempo (BLITZER, 2010).

Foi a partir da década de 1970, com o advento das pílulas de baixas dosagens, em torno de 30 mcg de etinil estradiol, que os ACO passaram a ser amplamente utilizados e com boa tolerância, considerados muito eficazes pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Outra formulação também foi introduzida nesta época, as minipílulas, que continham apenas progestogênios, porém por

tempo limitado, pois com o padrão e sangramento irregular, foram pouco aceitas pelas mulheres (BLITZER, 2010).

Mas, foi a partir do início do novo milênio, que novos produtos surgiram no mercado e, na última década, novas tecnologias foram incorporadas à produção destes produtos, como implantes subcutâneos, Anticoncepcionais Hormonais Combinados (ACH) em adesivos e anéis vaginais, injetáveis de progestogênios, novos produtos como SIU de progesterona, entre outros (MERKI FELD; GRUBER, 2014).

Contudo, a tecnologia encareceu estes produtos e o custo no Brasil ainda encontra-se muito acima do poder aquisitivo da brasileira, de classe média, principalmente. Porém, este estudo propõe verificar se nas classes mais diferenciadas da população, onde a razão econômica não se mostra como fator impeditivo à aquisição destes produtos, se estes novos métodos contraceptivos são conhecidos e escolhidos entre estas mulheres, já que o fator escolaridade é constante, sendo elas, universitárias.

2.2 EPIDEMIOLOGIA

Em todo o mundo, as mulheres tentam evitar gravidezes indesejadas há pelo menos 4000 anos. Este tópico torna-se relevante nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, devido ao fato de estar ligado aos problemas sociais complexos como a educação, saúde pública, produtividade econômica, religião e cultura. Apesar de a contracepção ser uma questão muito antiga, a partir de 1960, o controle da natalidade passa por uma mudança significativa, pois surgem as pílulas de anticoncepcionais (GARCIA et al., 2005).

Em todo o mundo, cerca de 80 milhões de mulheres utilizam o ACO, sendo a maioria das usuárias residentes nos Estados Unidos da América (EUA) e Europa (BLITZER, 2010).

Um dos objetivos do milênio, pactuado junto as Nações Unidas, foi a redução da mortalidade materna que, impreterivelmente, inclui o planejamento familiar, que pressupõe a educação e acesso à informação e aos métodos contraceptivos, já que este é o responsável direto por evitar gravidezes indesejadas e, com isso, reduzir o risco por que passam diariamente milhares de mulheres em todo o mundo

ao tentarem o abortamento clandestino, além dos riscos e complicações em partos e procedimentos obstétricos mal assistidos ou sem assistência (SOUZA, 2013).

Aproximadamente 75 milhões de mulheres, em todo o mundo, tiveram gestações não planejadas, no ano de 2008. Em torno de 40% de todas as gestações nos países em desenvolvimento tratavam-se de gestações não planejadas, em 2008 (SING, 2009).

Em estudo realizado em 2012, apesar de diminuição relativa da mortalidade materna, este índice ainda se apresenta alto, mesmo com o declínio de 541.000 em 1990 para 355.000 em 2008, e dentre estas vítimas, apenas 5% viviam em região desenvolvida tendo, portanto, importância esse fato, especialmente, na África subsaariana. O risco de morte materna caiu em decorrência do cálculo ser feito por meio de índice de nascidos vivos e, com a queda no número de nascimentos, o índice também diminuiu (ROSS; BLANC, 2012).

Ao abordarmos a questão de gravidezes indesejadas, não podemos deixar de abordar os abortamentos provocados em decorrência de complicações que possam advir desses procedimentos (BORSARI et al., 2013).

Em pesquisa realizada em uma comunidade pobre no município de São Paulo, compararam-se abortos realizados na referida cidade e em Cuba, onde o aborto é legalizado e realizado com segurança. Em comum, nos dois países citados, temos apenas o perfil da idade e o estado civil (FUSCO; ANDREONI; SILVA, 2008).

Em Cuba, de acordo com o perfil estatístico de 2000, pela Oficina Nacional de Estatísticas (ONE) foram registrados entre 1968 e 1996 cerca de 5,6 milhões de nascidos vivos, contra 3,2 milhões de abortos, na mesma época e, somente no ano de 2002 foram interrompidas 21,5 gestações a cada 100 partos (FUSCO; ANDREONI; SILVA, 2008), porém a usuária recebe toda a assistência necessária, além de acompanhamento.

Neste trabalho citado procurou-se realizar a comparação entre as condições de abortamentos realizados em Cuba, onde é legal e provido de assistência adequada, com os abortamentos na cidade de São Paulo. No referido estudo entrevistaram-se 375 mulheres, com um total de 144 abortos e 93 mulheres (24,4%) referiram ter sofrido algum tipo de aborto, com a média de 1,55 abortos/mulher. Deste total de 144 abortos, 82 foram declarados como provocados, por 51 mulheres. Estes abortos, especialmente os provocados, mostraram-se muito inseguros, pois foram realizados na maioria das vezes no próprio domicílio, sem qualquer tipo de

higiene, assepsia/cuidados ou assistência, em grande parte, pela própria gestante. Apenas 6, dos 82 abortos provocados, foram realizados em clínicas, porém de abortos clandestinos (PACAGNELLA, 2013).

Outra investigação realizada em uma universidade paulista junto às universitárias e funcionárias da referida instituição, cujo instrumento de coleta foi um questionário enviado pelo correio e com respostas com garantia de anonimato, mostrou que quase 10% das estudantes e cerca de 25% das funcionárias responderam que tiveram algum aborto. Destes números, aproximadamente 9% das alunas e 13% das funcionárias declararam ter tido ao menos 01 aborto provocado. Em se tratando de abortos provocados, nas entrevistadas que estiveram grávidas pelo menos uma vez, 65,9% das alunas responderam ter sofrido ao menos um aborto, sendo que destes, 59,4% foram provocados. Entre as funcionárias, 38,25% sofreram aborto, sendo 20,35% provocados.

No trabalho supracitado concluiu-se que apesar de parecer que funcionárias apresentaram maior porcentagem de abortamentos e abortos provocados, ao avaliar a idade, verifica-se que funcionárias tiveram maior tempo e maior idade para a referida experiência, porém, ao analisar a experiência de abortos e abortos provocados, o cenário muda, passando as alunas a apresentarem maior proporção desses eventos, quando comparadas às funcionárias. Entre as alunas houve maior tendência ao aborto, quando da ocorrência da gravidez. Além disso, quanto menor a idade em que ocorreu a gravidez, as alunas tiveram maior tendência a resultar em aborto provocado (HARDY; REBELLO; FAUNDES, 1993).

Como verificado, o percentual de abortamentos provocados tem dados pouco fidedignos, pois boa parte das coletas ocorre em hospitais, onde a usuária sente-se constrangida, acuada, teme por punições e, muitas vezes, não revela a verdadeira identidade do aborto (DOMINGOS; MERIGHI, 2010).

Existe relação direta, como exposta previamente, entre gravidezes indesejadas, abortos provocados e mortalidade materna. Este, o aborto, ainda tem índices pouco explorados nos levantamentos devidos, especialmente, às dificuldades de se realizar investigação em óbitos de mulheres em idade fértil, onde a partir da declaração de óbito, realiza-se o resgate de informações junto aos prontuários médico-hospitalares e laudos de necropsias (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004). Outro estudo que vem ao encontro de nossa investigação foi realizado em 2012, em que após o resgate de informações, foram recertificados 3

óbitos como óbitos maternos, num grupo de 4 óbitos ocorridos no ciclo gravídico puerperal (RIBEIRO et al., 2012).

Conclui-se, desta forma, que apesar dos dados epidemiológicos existentes, poderão haver subnotificações ou erros nas reais causas da mortalidade materna no Brasil, sendo muitas vezes necessário o resgate de informações, devido ao fato de os campos 43 e 44 da Certidão de óbito, específicos da causalidade, apresentarem-se incompletos.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS E A SAÚDE DA MULHER

Durante um longo período, desde a época do Brasil Colônia até a década de 30, do século passado, o controle da natalidade esteve sob domínio ideário da Igreja, onde a mesma desejava uma sociedade cristã e portuguesa, onde as mulheres tinham a missão da procriação e servidão aos homens. A partir da década de 30, iniciou-se uma Política pró-natalista, por parte do estado de Getúlio, com a criação do salário família e auxílio natalidade. Enquanto isso, no cenário mundial, propagavam-se as teses do Reverendo Thomas Malthus (1766-1834) a respeito de uma superpopulação e o não crescimento na produção de alimentos (ALVES, 2004).

O Planejamento familiar no Brasil passa por vários momentos históricos, tendo como marco inicial por volta de 1964-1965, ocasião em que criou-se a Sociedade Civil do Bem e Familiar no Brasil (BENFAM) e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Saúde da Mulher e à Criança (CPAIMC) (COSTA, 2009).

A BENFAM foi criada em 1965 com a finalidade de treinar profissionais de saúde para a prática de planejamento familiar e a prestação direta de assistência exclusiva em ações contraceptivas, por meio de unidades próprias ou conveniadas com prefeituras, sindicatos, secretarias de saúde, universidades, entre outras. O financiamento de tal serviço deu-se com capital internacional, filiado ao *Internacional Planned Parenthood Federation (IPPF)* com sede em Londres e cuja fundadora é Margareth Sanger, que contava com o apoio de várias entidades interessadas em planejamento familiar (COSTA, 2009).

Foi durante a Ditadura Militar que a política controlista tomou vulto, tendo sido citado até mesmo por general que a sub-raça de brasileiros sequer atingia as condições mínimas físicas e de saúde para o ingresso no Serviço Militar, indicando a necessidade e controle de nascimentos desta subespécie. Em 1977 foi criado o

Programa de Prevenção de Gestação de Alto Risco (PPAGAR) onde o planejamento familiar mostrava-se tímido e sob o nome de paternidade responsável. Foi um programa muito questionado pelos movimentos sociais que a consideraram o programa como controlista, tendo sido utilizados como critérios de risco, porém basicamente encaminhavam pobres, negros e populações “descartáveis” (COSTA, 2009).

A partir da década de 60 que as mulheres começaram a comparecer ao mercado de trabalho, necessitando gradativamente de controle de natalidade, porém nesta época apenas órgãos como BENFAM ou CPAIM forneciam contraceptivos (ALVES, 2004).

Após Reforma Sanitária Brasileira foi criado o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), com a atenção voltada aos direitos reprodutivos do cidadão, seja em anticoncepção, seja em infertilidade (COSTA, 2009).

A consagração do direito ao planejamento familiar está explícita na Constituição Federal de 1988, no parágrafo 7 do art. 226, onde estão descritas as diretrizes a serem obedecidas pelo legislador ordinário, que não deve vincular direito e acesso aos serviç os de planejamento familiar, às políticas de controle demográfico. Entre essas diretrizes figuram claramente a liberdade de decisão do casal e a responsabilidade do Estado em prover recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito (ALVES, 2004).

No entanto, em 1986, após a divulgação de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em que o país tomou conhecimento de que 27% das mulheres em união que utilizavam algum método contraceptivo estavam esterilizadas, contra 4% a 6% em países da Europa. Além disso, a taxa mortalidade materna era de 150/100.000 nascidos vivos, verificou-se que boa parte dessas mulheres que eram submetidas a esterilização o faziam através de cesareana, que poderia contribuir para o aumento de complicações maternas, por se tratar de parto operatório, elevando ainda mais mortalidade materna. E muitas mulheres eram laqueadas muito jovens, com poucos conhecimentos sobre o método, com risco de arrependimento futuro (BERQUÓ, 2014).

Em resposta a esta esterilização maciça e sem critérios, o Congresso Nacional instalou, em 1991, uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI), e investigou a esterilização em massa e chegou-se ao Consenso da necessidade de

regulamentação de esterilização, onde a mesma passaria a legalidade (ALVES, 2004).

Outro aspecto relevante apurado pela comissão diz respeito ao uso inadequado de ACO, onde 50% da população usuária de algum tipo de contracepção utilizavam este método, porém existem muitas restrições ao uso, desconhecimento quanto ao uso correto e interações medicamentosas.

Nos anos 90 temos o início dos programas de implantação de aborto legal, onde vítimas de estupro, já podiam receber assistência com interrupção legal da gestação advinda deste ato.

Finalmente, institui-se a Lei 5061 de 2005, que regulamenta a esterilização cirúrgica definitiva, onde mulheres e homens com mais de 25 anos ou pelo menos 2 filhos vivos e com capacidade civil plena, poderão se candidatar ao procedimento de forma voluntária (PROJETO DE LEI DEPUTADO JOÃO BATISTA, 2005).

Cabe ressaltar que candidatos à esterilização definitiva são desencorajados ao procedimento, com várias entrevistas incluindo a participação de equipe multidisciplinar. É vedado o procedimento em demais condições de parto ou aborto; o período mínimo permitido de espera é de 42 dias. Existe a necessidade de vontade expressa por escrito e aguardar o período mínimo de 60 dias, entre a manifestação expressa do desejo do método até a data da realização do procedimento. O projeto citado foi alterado com o art. 10 da lei 9263 de 12 de janeiro de 1996, onde prevê exceções à Lei 5061, em casos de cesarianas anteriores sucessivas ou quando existe uma doença materna grave, que coloca sua vida em risco no caso de nova gestação (PROJETO DE LEI DEPUTADO JOÃO BATISTA, 2005).

Como exposto, estas Políticas são as atuais, onde todos devem seguir o mesmo protocolo, seja o serviço público ou a saúde suplementar.

Existem alguns projetos, em escassas cidades, onde se disponibilizam métodos diferenciados para determinados grupos de usuárias, como no caso da Secretaria Municipal de Ribeirão Preto. Nesse município existe projeto para disponibilizar os implantes subcutâneos a alguns grupos como usuárias de drogas, moradoras de rua, pacientes psiquiátricas com graves comprometimentos de percepção de autocuidado. O implante subcutâneo é um produto de alta eficácia e sem alguns inconvenientes como interações medicamentosas, necessidade de uso diário, semanal ou mensal ou mesmo trimestral, onde estes grupos têm muita

dificuldade de manutenção destes métodos. A necessidade nestes grupos por este tipo de método faz-se em decorrência de complicações em caso de gravidezes e, ao mesmo tempo em que a utilização de alguns contraceptivos encontram-se com a eficácia comprometida em decorrência de interações medicamentosas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- OMS, 2007).

A Política de Planejamento Familiar no município de Ribeirão Preto, em decorrência de o município ter assumido a gestão plena, é disponibilizado pelo próprio município e encontra-se em atividade desde o ano de 2000, contemplando casais que não desejam filhos ou que não queiram engravidar temporariamente (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

Aos casais com prole definida, são ofertados métodos definitivos como vasectomia e laqueadura. Os métodos reversíveis disponibilizados são contraceptivos orais de 0,03 de etinil estradiol e 0,15 de levonorgestrel, injetáveis mensal e trimestral, ACO isolado com noretisterona e DIU de cobre. Preservativos são disponibilizados pelo programa de DST- Aids e Hepatites, mas anteriormente disponibilizado no Programa de planejamento familiar. Cabe ressaltar que o programa é realizado em conjunto com o Ministério da Saúde, que após a promulgação e regulamentação da Lei de contracepção definitiva, passou a ofertar tais métodos (RIBEIRÃO PRETO, 2012).

2.4 CONTRACEPTIVOS NO SÉCULO XXI: BENEFÍCIOS E RISCOS

Existem vários riscos ao uso de contraceptivos, que vão desde riscos relacionados especialmente ao sistema cardiovascular - com restrições por sérios riscos como tromboembolismo seja venoso ou arterial, acidentes vasculares cerebrais, piora de dislipidemias, com graves riscos como pancreatites por hipertrigliceridemia - entre outros. Além disso, muitos produtos especialmente os medicamentos com metabolismo no citocromo P450, competem com os mesmos receptores, deixando mais moléculas disponíveis, fazendo com que estes sejam degradados com maior velocidade, diminuindo sua ação. Esta interação se faz de ACO com alguns grupos de substâncias como os antibióticos, anticonvulsivantes, hipnóticos e antifúngicos, dentre outros (FONSECA, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2007) existem critérios de elegibilidade dos métodos contraceptivos, levando-se em consideração a idade,

paridade, doenças de base como hipertensão e outras doenças cardiovasculares, diabetes, antecedentes de tromboembolismo, tabagismo, obesidade, uso associado de medicamentos que podem levar a interações medicamentosas, lactação, pós-abortamento, doenças neurológicas como enxaquecas e epilepsias, afecções do aparelho reprodutor, como doenças inflamatórias pélvicas, endometriose, cistos ovarianos, mal formações da genitália feminina, entre outros podem ser restrições a alguns métodos contraceptivos específicos.

A seguir são descritos os critérios médicos de elegibilidade para uso dos métodos anticoncepcionais, de acordo com a OMS (2007):

- Categoria 1 - não existe restrição ao uso, podendo ser utilizado em quaisquer circunstâncias;
- Categoria 2 - de um modo geral, use o método;
- Categoria 3 - em geral, não se recomenda o método a menos que outros métodos recomendados não estejam disponíveis, ou sejam aceitáveis. Os riscos ainda são menores ou menos prejudiciais;
- Categoria 4 - o método não deve ser utilizado, os riscos suplantam os benefícios.

Quanto às interações medicamentosas dos anticoncepcionais orais, segundo Yazle (2003) poderão ocorrer, especialmente no uso concomitante de produtos que utilizam algumas enzimas hepáticas para a metabolização. A aceleração da síntese ou redução da degradação poderão interferir na ação do produto prescrito. Dentre estas substâncias citadas, o citocromo P450 parece ter importância, pois trata-se de uma enzima que, em concomitância com algumas substâncias, que levam à aceleração da síntese, abreviando o tempo de ação da droga no organismo ou ainda transformar drogas em metabólitos ativos, elevando o tempo de ação das mesmas, aumentando a toxicidade dos produtos (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - FEBRASGO, 2009).

Algumas substâncias administradas concomitantemente com os anticoncepcionais orais poderão interferir, segundo Fonseca (2008), dentre elas:

- Antibióticos - aceleram o metabolismo dos hormônios favorecendo a eliminação da droga em menor tempo, diminuindo assim a sua eficácia (são exemplos de antibióticos cloranfenicol, sulfametoxipiridina, eritromicina, quinolonas, tetraciclina e rifampicina);

- Anticoagulantes - em usuárias de anticoagulantes a associação com anticoncepcionais poderá levar a diminuição da eficácia do produto;
- Anticonvulsivantes - estas drogas podem acelerar a síntese do metabolismo dos hormônios do anticoncepcional e além disso os componentes da pílula podem diminuir a eficácia dos anticonvulsivantes (dentre eles estão hidantoína, difenil hidantoína, carbamazepina, etosuximida e primidona);
- Antifúngicos - um dos produtos abordados é a griseofulvina, onde verificou-se aumento do número de gravidezes em usuárias desse medicamento associado as anticoncepcionais;
- Antihipertensivos e hipoglicemiantes associados aos anticoncepcionais poderão levar a uma diminuição da ação dos antihipertensivos e hipoglicemiantes, porém sem perda de eficácia dos anticoncepcionais;
- Antiparasitários - o metronidazol pode levar a uma diminuição da absorção dos anticoncepcionais orais pela mudança da flora intestinal e, conseqüente, prejuízo da eficácia contraceptiva;
- Antiretrovirais - o nelfinavir poderá diminuir a concentração dos níveis circulantes dos hormônios dos contraceptivos e o retrovir poderá levar a um aumento na velocidade do metabolismo dos anticoncepcionais, levando dessa forma a uma diminuição da eficácia contraceptiva;
- Hipnóticos - foram estudados clordiazepóxido, alprazolam, diazepam e nitrazepam, onde verificou se a aceleração do metabolismo dos anticoncepcionais orais quando associados a algumas destas drogas ou mesmo o retardo da velocidade de eliminação sendo, portanto, como incerta a associação.

Alguns riscos estão relacionados ao uso de contraceptivos hormonais, sendo os maiores riscos os cardiovasculares, tendo algumas recomendações, que são enumeradas a seguir, de acordo com Vieira, Oliveira e Sá (2007):

- Para contracepção, o risco de trombose é maior em preparações com dose de Etil Estradiol (EE) superior ou igual a 50 microgramas (mcg). Não se sabe se doses ultrabaixas (20 – 15 mcg) reduzem o risco de Trombose Venosa Periférica (TVP), comparadas a 30 mcg;

- Os progestogênios alteram o risco de tromboembolismo venoso (TEV) de um contraceptivo oral combinado (COC) sendo que as evidências atuais sugerem que aqueles que contêm o levonorgestrel possuem menor risco de TEV, pois as evidências demonstram que quanto mais androgênico um progestogênio associado ao EE, menor o risco de TEV em sua contracepção. Para terapia hormonal (TH) não existem evidências de que a progesterona micronizada e os derivados pregnanos possam apresentar menor risco para TEV;
- Os contraceptivos apenas de progesterona não estão associados a risco de TEV sendo, desta forma, indicados para pacientes de risco para TEV ou história pessoal prévia de TEV;
- A via de administração transdérmica em terapia Hormonal (TH) parece estar associada a menor risco de TEV quando comparada a via oral;
- Já a via não oral (transdérmica ou vaginal) de administração hormonal de contracepção combinada não difere da oral no risco de TEV, não sendo recomendada para pacientes de risco para TEV ou história pessoal de TEV;
- O risco de TEV aumenta após 4 meses de uso de um contraceptivo e não é cumulativo, com o tempo de uso; assim, evitar trocas desnecessárias de contraceptivo sem indicação clínica;
- Não há evidências consistentes favoráveis ao rastreamento universal de trombofilias previamente à prescrição de COC; recomenda-se previamente a prescrição de COC, procurar fatores de risco para TEV como obesidade, e história familiar de TVP.

Em consenso ainda, Brito e colaboradores (2011) discorrem ainda sobre as doenças arteriais, e ressaltam que os benefícios do uso dos anticoncepcionais hormonais (ACH) ultrapassam os riscos associados a esses medicamentos. Um bom aconselhamento contraceptivo a essas mulheres deve incluir todos os aspectos benéficos e possíveis eventos adversos para, nesse contexto, proporcionar uma escolha mais apropriada para cada caso.

A seguir apresentamos o resumo de algumas recomendações que devem ser consideradas na escolha contraceptiva de mulheres com fatores de risco para Doenças Cardiovasculares (DCV), de acordo com Brito, Nobre e Vieira (2011):

- Os COC aumentam o risco de TEV e trombose arterial (TA) mesmo em mulheres saudáveis, porém esse risco é baixo;
- As preparações disponíveis atualmente (EE<50mcg) são consideradas de baixo risco para TEV e TA em pacientes sem risco;
- Em pacientes com múltiplos fatores de risco ou para TA opta-se por contraceptivos não hormonais ou somente com progesterona (excetuando a injetável trimestral);
- Os riscos para TEV e TA são independentes de via de administração para o COC;
- Os COC, por conterem EE sempre alteram a Pressão Arterial (PA) mesmo em doses iniciais baixas. Em mulheres saudáveis, essa alteração não traz repercussões clínicas, porém deve se evitar seu uso em hipertensas. Assim, em mulheres com Hipertensão Arterial Crônica preferir os Métodos anticoncepcionais não Hormonais não hormonais ou somente com progestogênio, pois o etinil estradiol (EE) potencializa o risco de TA e altera a PA nessas pacientes.

Cabe fazer um adendo que na atualidade existem COC que têm na sua formulação Valerato de estradiol e não EE, porém não parece haver consenso quanto ao uso do mesmo para hipertensas (VIEIRA; OLIVEIRA; SÁ, 2007).

Outro aspecto a ser abordado na orientação contraceptiva é em relação ao risco de tromboembolismo observado no ciclo gravídico puerperal, onde encontra-se muito elevado em relação ao período não gravídico (PÉREZ, 2010).

O risco maior no período pós-parto encontra-se nas seis primeiras semanas, sendo os maiores riscos associados as portadoras de fator V de Leiden e as portadoras da mutação 29021 A da protrombina, em relação a mulheres também portadoras dessas mutações, mas fora do período gravídico puerperal (ROSENDAAL, 2008).

Quanto aos benefícios secundários proporcionados pelo uso dos ACO, podemos enumerar alguns, como melhora de acnes e sinais periféricos de hiperandrogenismo, diminuição de fluxo menstrual e dismenorrea, melhora da Tensão Pré Menstrual (TPM), diminuição de hiperestímulo ovariano, portanto, diminuindo o risco teórico de câncer de ovário e endométrio, dentre outros (MACHADO et al., 2011).

Perez (2010) descreve alguns dos efeitos verificados com uso de ACO em Dermatologia, onde utiliza contraceptivos com a finalidade primária de contracepção, por ocasião de uso de produtos com moléculas antiandrogênicas, como isotretinoína, quando a gestação é totalmente contraindicada pelo risco de mal formações fetais (PERÉZ, 2010).

Outra indicação de uso em Dermatologia refere-se especificamente aos casos de Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), onde existe hiperandrogenismo clínico, como acnes, seborreia e hirsutismo (MACHADO; FERNANDES; MELO, 2009). São utilizados ACO combinados, com a associação etinil estradiol e alguma progesterona, dentre as enumeradas como preferenciais temos a ciproterona, clormadinona, ou drospirenona. Tal efeito se verifica pelo fato de haver aumento na proteína carreadora de andrógenos, a diminuição da atividade da 5alfa redutase e bloqueio do receptor androgênico, fazendo assim a diminuição dos níveis de testosterona circulante. Estes benefícios são mais notados a partir de uso por 6 meses e o trabalho aborda especificamente os ACO (PERÉZ, 2010).

Outros benefícios também são verificados com o regime estendido, em que a usuária utiliza 28 comprimidos, sem pausa, visando a supressão da menstruação e com isso a melhora nos sintomas como dismenorreia, cefaleia e edema, que são as principais indicações ao regime, além do possível efeito sobre doenças menstruais relacionadas, uma vez que ocorre mudança do padrão de sangramento (MACHADO et al., 2011).

Outro método contraceptivo, o Sistema Intra Uterino de (SIU) de levonorgestrel, poderá ter seu benefício secundário verificado ao ser utilizado em mulheres com adenomiose, onde as principais queixas eram de dismenorréia e menorragia. Verificou-se melhora do quadro, embora o volume uterino não tenha mostrado significativa redução no volume (média de 142,6 ml antes contra 136,4 ml após a inserção). O padrão de sangramento foi uma maior parte de oligomenorréia entre 3 a 6 meses, levando os autores a concluírem que o método mostra-se adequado a redução dos sintomas de adenomiose (BRAGHETTO et al., 2007).

2.5 A CONTRACEPÇÃO E A MULHER CONTEMPORÂNEA

Atualmente, uma ampla variedade de contraceptivos modernos é encontrada nos países industrializados. Isso inclui os contraceptivos hormonais (como, por

exemplo, os injetáveis, pílulas, implantes subcutâneos, dispositivos intrauterinos, anel vaginal e adesivos), métodos de barreira como preservativos feminino e masculino, DIU de cobre e métodos definitivos, como laqueadura e vasectomia (Figuras 1 a 10). Entretanto, apesar da ampla variedade de contraceptivos disponíveis, os métodos não são acessíveis a todas as mulheres. Algumas delas não conseguem o acesso aos mesmos, seja por desconhecimento, as culturais, econômicos, religiosos, entre outros (MACHADO et al., 2012).

Secura et al. (2010) verificaram que apenas 3% das mulheres nos EUA utilizavam método contraceptivo reversível de longa duração, denominado *Long Acting Reversible Contraception* (LARC). Neste trabalho recrutaram-se 10.000 mulheres entre 14 a 45 anos, que não desejavam engravidar nos próximos doze meses e que optaram por um método de longa duração e que não dependesse de participação frequente da usuária. Deste montante, foram eleitas 2500 mulheres para participarem do projeto CHOICE, sendo que destas, quase dois terços (67%) participantes optaram por uso de um LARC, sendo distribuídos como DIU (56%) e implante subcutâneo (11%).

Este projeto durou 3 anos e os autores concluíram que estes métodos são adequados, com altos índices de eficácia e boa aceitação, se houver investimento em esclarecimentos desde o momento da oferta, acolhimento adequado e esclarecimentos a respeito dos métodos, elucidando a eficácia, autonomia das mulheres, dentre outros fatores. Ressalta-se que os métodos foram oferecidos gratuitamente à população, excluindo a questão econômica como fator limitante para realização da pesquisa.

Figuras 1 e 2: Anticoncepcional injetável e pílulas, respectivamente.



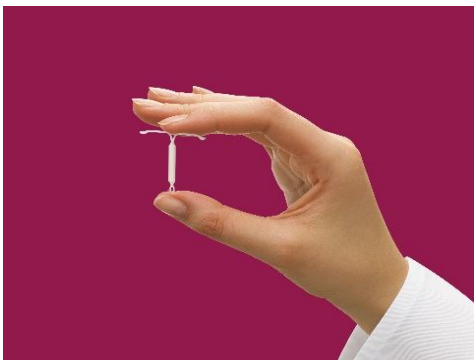
Fonte: Disponível em: <http://www.gineco.com.br/saude-feminina/metodos-contraceptivos/diu-e-siu/>

Figuras 3 e 4: Implante subcutâneo e adesivo, respectivamente.



Fonte: Disponível em: <http://www.gineco.com.br/saude-feminina/metodos-contraceptivos/diu-e-siu/>

Figuras 5 e 6: Dispositivo intrauterino (DIU) e diafragma, respectivamente.



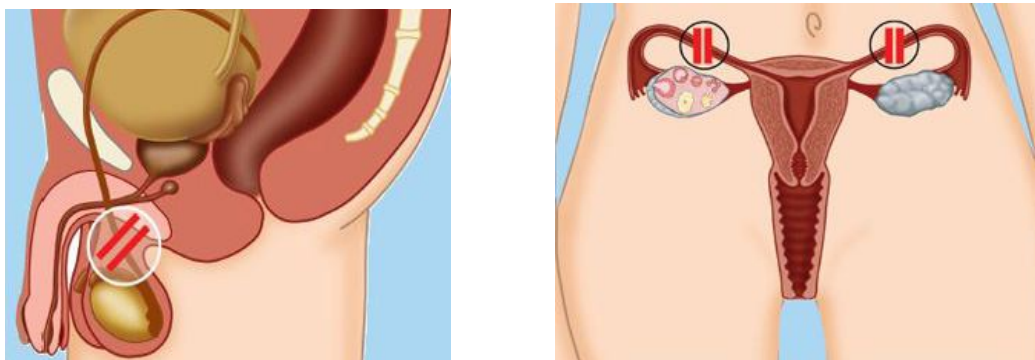
Fonte: Disponível em: <http://www.gineco.com.br/saude-feminina/metodos-contraceptivos/diu-e-siu/>

Figuras 7 e 8: Preservativos feminino e masculino, respectivamente.



Fonte: Disponível em: <http://www.gineco.com.br/saude-feminina/metodos-contraceptivos/diu-e-siu/>

Figuras 9 e 10: Vasectomia e ligadura de trompas, respectivamente.



Fonte: Disponível em: <http://www.gineco.com.br/saude-feminina/metodos-contraceptivos/diu-e-siu/>

De acordo com o Manual de Planejamento Familiar da OMS (2007) e Instituto Johns Hopkins (2007), os métodos contraceptivos são classificados gradativamente como menos eficazes, quando ocorrem cerca de 30/gravidezes por 100 mulheres ano; e os mais eficazes quando há menos de 1/gravidez por 100/mulheres ano. De acordo com este manual temos a classificação em:

- Métodos pouco eficazes: coito interrompido e espermaticidas;
- Métodos moderadamente eficazes: preservativos, métodos comportamentais e diafragmas com espermaticidas;
- Métodos eficazes: contraceptivos hormonais orais combinados, contraceptivos orais de progesterona, injetáveis mensais, injetáveis de progestogênio, anel vaginal combinado e adesivo combinado;
- Métodos muito eficazes: implantes subcutâneos, DIU com cobre, DIU de levonorgestrel, vasectomia e laqueadura.

Cabe ressaltar que no mercado brasileiro temos dificuldades na aquisição e uso do diafragma, assim como espermaticidas isoladamente. Os espermaticidas são encontrados apenas nos preservativos masculinos (OMS, 2007).

Correa, em 2012, realizou um trabalho acerca do padrão de utilização de métodos contraceptivos orais. A autora realizou um estudo transversal e descritivo, utilizando dados secundários provenientes da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) que coleta informações sobre os fatores de risco e proteção para as doenças crônicas da população brasileira por meio de entrevistas telefônicas. Neste trabalho, a autora realizou um inquérito telefônico junto a mulheres de 18 a 45 anos, acerca de

utilização de métodos contraceptivos e concluiu que o ACO era o método mais utilizado, em torno de 33,8%. Também detectou usos inadequados de métodos, onde a hipertensão e diabetes eram as restrições mais prevalentes, sendo de 15,5% e 12,2%, respectivamente.

Foram utilizados dados de mulheres de 26 estados e o Distrito Federal, portadoras de linha telefônica fixa, no ano de 2008. A interpretação dos resultados obedeceu a um intervalo de confiança de 95% e o uso inadequado dos ACO foi definido como presença de um ou mais dos seguintes fatores: hipertensão e ou tabagismo em mulheres com mais de 35 anos e/ou doença cardiovascular. A escolaridade foi utilizada com o *proxy* de condição socioeconômica para análise de inequidades.

Ainda no mesmo estudo, quanto aos resultados, conclui-se que:

- Em torno de 70% das mulheres utilizam algum tipo de método contraceptivo;
- O ACO é o método mais utilizado (cerca de 33,8%);
- A hipertensão estava presente em 15,5% das usuárias e o tabagismo em torno de 12,2%, sendo os principais fatores de risco cardiovascular;
- O uso inadequado do ACO foi verificado em 13,1% da população brasileira;
- A hipertensão e diabetes eram as restrições mais prevalentes sendo de 15,5% e 12,2%.

Em estudo multicêntrico realizado por Bahamondes et al. (2011) para a avaliação de fatores associados a descontinuação do uso dos anticoncepcionais orais, 400 ginecologistas de todo o país, recrutaram inicialmente 3465 mulheres, das quais apenas 1699 mulheres retornaram após o sexto mês de início do ACO.

Ainda para Bahamondes et al. (2011), um fator limitante quanto ao baixo percentual de retorno das pacientes para reavaliação após seis meses, talvez tenha sido o fato dos médicos avaliadores não terem experiência prévia em pesquisa, porém a amostra foi considerada adequada para o estudo. Concluiu-se que das usuárias que retornaram para reavaliação do método, após o período citado, 63% continuavam em uso do método iniciado. Entretanto, entre aquelas que descontinuaram, 36,5% referiram o desejo de gravidez e 57,3% descontinuaram devido a efeitos colaterais (cefaleia 37,6%, sangramento uterino irregular 23,6%,

aumento de peso 16,6%). A conclusão acerca de descontinuidade do método é de que neste estudo a maior porcentagem das entrevistadas eram nuligestas e manifestaram o desejo de gravidez.

A observação feita pelo autor e também apresentado por outros autores é a orientação dispensada pelo médico no momento da prescrição do produto. A qualidade da orientação oferecida parece ser significativa na adesão e aceitabilidade do método, inclusive, a manutenção do método em médio e longo prazo (FERREIRA et al., 2014).

Em trabalho realizado por Egarter et al. (2013), em *BMC Womens Health* com contraceptivos combinados, foram abordadas 18778 mulheres em 11 países europeus, onde foram aplicados questionários acerca da escolha do contraceptivo combinado, que compreendeu anel vaginal, adesivo e anticoncepcionais orais. O referido questionário foi aplicado em 8 países da União Europeia, além de Israel, St. Petersburgo e Moscou (regiões da federação Russa) e Ucrânia.

Este trabalho foi dividido em 2 etapas, sendo a parte inicial, a escolha pela mulher e a segunda onde havia a escolha após orientação do profissional da saúde. A percepção das entrevistadas acerca da escolha do método foi variada, principalmente levando-se em conta as características demográficas de cada região. Na Rússia e Ucrânia, as mulheres escolheram os anticoncepcionais orais porque foram indicados por seus médicos e as que escolheram outros métodos como anel e adesivo, fizeram porque achavam que não era perigoso (EGARTER et al., 2013).

Na Bélgica, Israel e Holanda, mulheres não escolheram a pílula anticoncepcional porque tinham que utilizar diariamente. Na Polônia, mulheres rejeitaram o método do anel porque não estavam interessadas em método mensal. Na Holanda as mulheres que escolheram o adesivo, gostaram pelo fato de não terem que manipular o corpo. Na Áustria, as mulheres escolheram o método de acordo com a sua conveniência. Na República Tcheca e Slovakia, os métodos escolhidos foram, respectivamente, adesivo e anel pelo fato da praticidade. Na Rússia e na Ucrânia a preferência aparece ter sido por anticoncepcionais orais, pois as mulheres alegaram que o adesivo ocasionava irritações na pele e também não sentiam-se bem com o uso do anel devido ao fato de não sentirem-se confortáveis (EGARTER et al., 2013).

Em contraste com esta percepção, mulheres da Suécia, Suíça e Bélgica tiveram problemas como rejeição com o anel. Na Ucrânia, as mulheres não

gostaram do anel. Entretanto, algumas limitações foram verificadas neste estudo como, por exemplo, o estudo só contemplava anticoncepcionais combinados, não considerando outros métodos usuais, como seria de se esperar. Além disso, seriam necessários segmentos para acompanhar casos de descontinuação ou satisfação. O questionário pode ter sido também um fator limitante, pois deveria haver mais perguntas e o espaço para respostas era limitado. O estudo, porém, conclui que é preciso ter métodos alternativos além das pílulas e, em alguns países as mulheres já têm essa visão e relatam a facilidade no uso, controle adequado do ciclo, porém as escolhas são variáveis de acordo com o país (EGARTER et al., 2013).

Uma pesquisa feita por Winner, Jeffrey e Zhao (2007), nos Estados Unidos (região de St. Louis), com contraceptivos reversíveis de longa duração com o objetivo de avaliar a eficácia desses métodos, tendo sido estudados anticoncepcionais orais, adesivo transdérmico, implante subdérmico, anel vaginal, acetato de medroxiprogesterona, DIU de levonorgestrel e DIU de cobre. Foram recrutadas 9256 participantes que tinham risco de engravidar, porém que não desejassem engravidar por um período mínimo de 1 ano. Os autores concluem neste trabalho que as mulheres que utilizaram pílulas, adesivo ou anel vaginal o risco de ocorrência de gravidezes era de 4,55 por 100 mulheres/ano, enquanto que esse índice no uso de acetato de medroxi progesterona era de 0,22 e no implante ou DIU de levonorgestrel era de 0,27. Concluem ainda que a idade média das usuárias de pílula, adesivo ou anel vaginal tinham em torno de 21 anos e tinham risco aumentado de 2 vezes em relação as usuárias de outros métodos, que eram mulheres mais velhas.

Um estudo multicêntrico avaliou a satisfação das usuárias de adesivo contraceptivo semanal transdérmico em comparação ao método anteriormente utilizado. A adesividade, o controle de ciclo, a segurança e a eficácia foram também variáveis avaliadas. Neste trabalho os autores concluem que o método é eficaz, de utilização simples, seguro, ocorrendo alta satisfação com o seu uso. Além disso, o uso esteve associado a um bom controle de ciclo, maior bem estar físico e emocional e melhora dos sintomas pré-menstruais e perfil lipídico (FERRIANI, 2006).

Em estudo multicêntrico realizado por Machado, em 2013, a respeito do impacto de intervenção dos ginecologistas quanto às orientações sobre o uso de métodos hormonais combinados, verificou-se que o método preferencial é o ACO

combinado, mas uma parcela das entrevistadas mudou sua opção após intervenção pelo ginecologista.

Este estudo foi realizado com 952 ginecologistas do Brasil, selecionados ao acaso. Cada profissional recrutou 15 pacientes que tinham indicação de uso de contraceptivo hormonal combinado e a elas era dada a opção de escolha de método hormonal combinado preferencial (pílulas, adesivo, anel vaginal ou injetável), antes da abordagem médica. Após a explanação do médico sobre os métodos existentes em questão, durante a consulta, nova avaliação foi realizada a respeito da escolha do método contraceptivo de escolha (MACHADO et al., 2013).

Os resultados mostraram que inicialmente, das 9507 mulheres entrevistadas, 66,5% escolheram a pílula, 17,9% preferiram injetáveis, 8,9% elegeram o adesivo e 6,7% escolheram o anel vaginal. Na segunda avaliação, após as devidas explicações médicas, a porcentagem de escolhas ficou distribuída em 53,7% escolheram a pílula, 16,3% os injetáveis, 14% elegeram o adesivo e 16% optaram por anel. Concluiu-se que apesar do método preferencial ser a pílula, após a explanação sobre os diversos métodos existentes pelo médico, a proporção de mulheres que optaram por anel e adesivo aumentou, enquanto as escolhas por ACO diminuiu (MACHADO et al., 2013).

Frente aos dados da literatura cabe comentar que muitos métodos contraceptivos lançados no Brasil, nos últimos anos, merecem ainda uma explanação e abordagem adequadas, afim de que as mulheres passem a conhecer melhor estes produtos e a terem uma percepção adequada a respeito dos mesmos, sendo necessária a educação na saúde.

2.6 A CONTRACEPÇÃO E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Quanto aos aspectos educacionais, a Educação em Saúde mostra-se relevante, considerando os aspectos de conhecimentos sobre contraceptivos, seu uso correto, restrições relativas e absolutas, assim como informações a respeito de novos produtos, novas vias de administração, com suas respectivas indicações e contra indicações (COSTA; GUIHLEM; SILVER, 2006).

Foi demonstrado que, embora universitários da área da saúde, dispunham de vasto acesso às informações sobre DST, a grande maioria associa o uso de preservativos à prevenção de gravidezes e não como proteção contra DST/ AIDS e

outras DST (TEIXEIRA et al., 2006). Conclui-se, desta forma, que mesmo com uma ampla rede de informações, os universitários não têm a percepção exata da necessidade e proteção, associando basicamente o preservativo à contracepção e não a prevenção de DST. É desejável que tais universitários conscientizem-se a respeito dos riscos de contaminação por DST, com orientações adequadas e que tenham a percepção do método como prevenção também para doenças e que estes jovens também passem a ser multiplicadores do conhecimento, pois afinal estes graduandos serão responsáveis, no futuro, pelas informações na área da Saúde (LEITE, 2007).

Em Uganda, verificou-se a percepção de usuárias de duas clínicas de assistência a soropositivas para HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) a respeito de proteção de si mesma e de seus futuros filhos, sendo que em mulheres que já tinham filhos, não desejavam tê-los mais, pois temem que os próximos possam ser infectados. Porém, nas mulheres sem filhos ou adolescentes havia o desejo da maternidade, ao menos um filho, especialmente, por pressões e cobranças socioculturais, preferencialmente por crianças do sexo masculino (WANYENZE et al., 2013).

Ainda nesse estudo, quanto ao método preferencial foram escolhidos entre condom, pílulas, injetáveis, dispositivos intrauterinos e implantes. Estes últimos podem ter um custo mais elevado. Em pacientes que são soro-discordantes, especialmente o adulto do sexo masculino, querem ter ao menos um filho, preferentemente do sexo masculino, porém temem em ter filhos infectados. A experiência sobre a decisão de ter filhos pode ser negativa, pois deseja ter filhos saudáveis. Outro aspecto verificado também diz respeito ao conhecimento sobre a utilização de preservativos, onde basicamente é utilizado como método contraceptivo e não como meio para evitar DST e, especialmente, HIV (WANYENZE et al., 2013).

Em 1992, Schor realizou um trabalho no município de São Paulo, cuja finalidade foi verificar o conhecimento das mulheres sobre métodos contraceptivos. A pesquisadora entrevistou mulheres de 10 a 49 anos, isto é, mulheres em idade fértil, tendo o trabalho sido dividido em 2 partes, sendo a primeira com resposta espontânea, onde a entrevistada enumera os métodos contraceptivos de seu conhecimento e, em seguida, o entrevistador enumerou os métodos não citados, sendo a resposta denominada de estimulada (SCHOR et al., 2000).

Quanto aos resultados, 86,4% das mulheres referiram conhecer algum tipo de método anticoncepcional e 13,6% nunca tinham ouvido falar em métodos contraceptivos (vale ressaltar o aspecto de jovens de 10 a 14 terem um índice muito baixo de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais, em torno de 48,3%, provavelmente pelo fato de não terem iniciado vida sexual). Quanto ao conhecimento sobre os métodos, 95,3% relataram conhecer preservativos masculinos e 92,6% relataram conhecer o anticoncepcional oral. Outros métodos relatados foram a laqueadura, 78,4%, “tabelinha” 70,1%, vasectomia 66,6% e o DIU 64,8% (SCHOR et al., 2000).

Carvalho e Schor (2005) entrevistaram 31 mulheres esterilizadas em seu trabalho e concluiu que algumas experiências negativas que as entrevistadas tiveram com o uso de métodos reversíveis incluem as razões principais de descarte de métodos reversíveis e opção por método definitivo.

As principais razões de rejeição aos métodos reversíveis apontados são efeitos colaterais como cefaleia, irritabilidade, ganho de peso, elevação da pressão arterial, varizes, náuseas, para os ACO; no condom, a maior rejeição se deu por rejeição do parceiro, que não quer utilizá-lo; o coito interrompido foi apontado como método com alto índice de falhas, apesar de ser o mais utilizado mundialmente; nos injetáveis a queixa maior é em relação à irregularidade menstrual, com vários padrões de sangramento, que foram relatados como imprevisíveis; ao DIU, a queixa maior é com relação ao sangramento aumentado e a sua dependência do serviço de saúde para com a sua manutenção e ou interrupção de uso; a tabelinha deve ser praticada por casais que tenham um bom conhecimento do ciclo menstrual, utilizando método complementar durante o período fértil ou abstinência periódica, sendo esta principal razão pelo qual foi apontada como experiência negativa; o diafragma foi pouco aceito devido a necessidade de manipulação da genitália, onde as mulheres relataram dificuldades na auto manipulação (CARVALHO; SCHOR, 2005).

A situação da assistência à saúde reprodutiva no Brasil é, quantitativa e qualitativamente insuficiente, e a garantia de informação e acesso a todos os métodos contraceptivos ainda não contempla de forma satisfatória a todas as usuárias, não sendo convincente o suficiente para que as usuárias reflitam sobre novos métodos a serem experimentados. Outra razão que parece ser ainda mais significativa é a opção do método definitivo por mulheres que já têm sua prole

definida, levando-se em conta fatores socioeconômicos e culturais com sobrecarga do sexo feminino na responsabilidade contraceptiva do casal (SHEEREN, 2006).

Em outra pesquisa, Moura e Silva (2005), avaliaram equipes de saúde e usuários de 8 municípios no estado do Ceará, tendo detectado várias vulnerabilidades na orientação sobre métodos contraceptivos, sendo os principais apontados como decorrentes da falta de sistematização do trabalho em equipe, o que gera distorções na qualidade do atendimento. Foram entrevistados enfermeiros e usuários. A falta de informação e treinamento adequados geraram várias distorções como considerar inadequados métodos hormonais para adolescentes, necessidade de pausas periódicas, necessidade obrigatória de citologias antes da inserção de DIU, conhecimento sobre restrições e contra indicações relativas e ou absolutas, embora, não existam comprovações científicas para tais atitudes.

Outros fatores que contribuem para o uso inadequado de métodos referem-se ao desconhecimento ou falta de recursos para a aquisição ou ao acesso de métodos, pois muitas vezes, não são abordados ou oferecidos devido à irregularidade na distribuição estando ora disponíveis, ora não; como é o caso dos injetáveis. A falta de conhecimento de contraindicações e restrições ao uso por parte das usuárias também foi apontada como fator de uso inadequado, pois foi relatado por um enfermeiro que seria melhor fornecer o ACO, embora a usuária fosse hipertensa grave, pois solicitou o método e relatou que compraria, se não fosse fornecido. Assim, devido ao receio de perda do seguimento da usuária, a profissional continua a fornecer o método (MOURA; SILVA, 2005).

Embora 72,4% dos enfermeiros tivessem participado de alguma capacitação sobre contracepção, quase que a totalidade informou alguma debilidade no desempenho de suas funções. É necessária a participação de toda a equipe de saúde, centralizando a oferta desses serviços a médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, notadamente os dois primeiros. Neste trabalho as autoras sugerem que a equipe de saúde deva ter sistematizações no trabalho em equipe, com atribuições de tarefas. Outra proposta também diz respeito a criação de instrumento da metodologia de melhoria da qualidade como ferramenta de apoio ao processo de educação continuada em anticoncepção, afim de melhorar na qualidade da assistência (MOURA; SILVA, 2005).

Em síntese, muito há que se fazer em relação à percepção por parte dos profissionais atuantes na área da saúde no tocante a orientação e abordagem das

usuárias em relação a métodos contraceptivos. Deve ser pontuada sua utilização adequada, restrições ao uso de alguns produtos, interações medicamentosas, dentre outros aspectos, afim de que se possa proporcionar uma melhor assistência à saúde reprodutiva, assim como reduzir as taxas de gravidezes indesejadas e suas complicações (SANTOS; FREITAS, 2011).

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de estudo transversal, de caráter descritivo e abordagem quantitativa, realizado com população definida a partir do número total de universitárias matriculadas no ano de 2014, na Universidade de Ribeirão Preto, Campus Ribeirão Preto, nos cursos de graduação, das áreas do Saber Saúde, Exatas e Humanas.

O presente estudo compreendeu três etapas, sendo que na primeira houve a validação do instrumento de coleta, a segunda contemplou a coleta de dados junto às alunas matriculadas nos cursos de graduação da UNAERP - Campus Ribeirão Preto, e a terceira etapa a análise dos dados coletados, correlacionando o tipo de método contraceptivo escolhido com a idade das participantes, paridade, estado marital, renda familiar, religião, situação laboral, origem, o curso a que pertence a entrevistada e razão da escolha do método contraceptivo.

No estudo transversal é possível investigar “causa” e “efeito” de maneira simultânea e averiguar a associação existente entre a exposição e a doença, o que reforça a necessidade de se conhecer suas principais características, vantagens e desvantagens (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Ainda em 2003, para os mesmos autores, concebem a pesquisa transversal como “é o estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico e, atualmente, tem sido o mais empregado”. Assim, ocorreu a abordagem das entrevistadas durante o período de coleta, no período de agosto a outubro de 2014, num único momento (por ocasião da entrevista), com coleta de dados e armazenamento das informações.

A abordagem quantitativa tem como característica estudos objetivos para a busca de explicação dos fenômenos, com ênfase na avaliação numérica e tem a sua maior aplicação na saúde (TURATO, 2005). No caso desse estudo pretende-se levantar se universitárias de classes socioeconômicas diferentes têm escolhas distintas quanto à escolha de seus métodos contraceptivos, vislumbrando identificar percentuais que evidenciem as variáveis que merecem intervenção, de forma mais específica, a partir da coleta dos dados deste estudo.

O estudo descritivo visa à observação, análise, registro e correlação dos fenômenos ou fatos, porém não interfere no ambiente analisado (PEREIRA, 1995; GORDI, 1996), como realizado nessa pesquisa. Ainda possuem como objetivo a descrição detalhada das variáveis através da observação direta e sistemática (PEREIRA, 1995; GORDI, 1996).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A cidade de Ribeirão Preto ocupa uma área de 1057 Km² dos quais 477 Km² correspondem ao perímetro urbano, onde se localiza o município sede, e 174 Km² pertencem ao distrito de Bonfim Paulista, totalizando 651 Km² de área urbana (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE CIDADES@, 2012).

A história de Ribeirão Preto tem seu começo em 1815, que em 19 de junho de 1856 foi reconhecido como cidade (IBGE- CIDADES@, 2012).

Ribeirão Preto é o centro regional de referência do Sistema Único de Saúde (SUS) de toda região. São atualmente dezesseis hospitais, dos quais nove são hospitais gerais, com um total aproximado de três mil leitos (IBGE- CIDADES@, 2012).

Conta com uma população estimada de 619.746 habitantes, segundo projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2012 (censo demográfico IBGE de 2010), considerados 330.000 como sendo a população economicamente ativa, conforme dados da Secretaria Municipal de Planejamento. Em 2007, abrigava 18.723 estabelecimentos comerciais (varejistas, atacadistas e automotivos), 11.078 prestadoras de serviços e 2067 indústrias¹.

Ribeirão Preto possui também com um complexo educacional que atrai estudantes de municípios vizinhos e de outros estados, destacando-se como um polo educacional importante no interior. Em 2009, contava com 398 estabelecimentos pré-escolares e 472 escolas de 1º e 2º graus. Tem dez instituições de ensino superior, sendo uma mantida pelo governo estadual e nove instituições privadas (IBGE, 2012).

¹Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/>. Acessado em 13/12/2012.

De acordo com o *site* da Universidade de Ribeirão Preto, em acesso realizado no ano de 2014, a UNAERP surgiu como Associação de Ensino de Ribeirão Preto, em 1924, quando um grupo de profissionais idealistas criou a Associação de Ensino de Ribeirão Preto, momento em que não existiam outras instituições de ensino superior no interior do estado. Com a riqueza do café, aqui brotaram escolas, faculdades e universidades que tiveram participação direta no desenvolvimento da cidade. Uma dessas instituições, a Sociedade Escola de Pharmacia e Odontologia, criada em 1924, foi responsável pela implantação do primeiro curso superior da região. Em 1928, a sociedade passou a chamar-se AERP – Associação de Ensino de Ribeirão Preto e continuou sua trajetória de pioneirismo.

A Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP foi reconhecida como Universidade em 1985, consolidada como uma das mais importantes do Estado. Atualmente, a UNAERP conta com 27 cursos de graduação, vários programas de pós-graduação *lato* e *stricto* sensu, um colégio tecnológico, cursos superiores de tecnologia, cursos na modalidade de educação a distância (EAD) e conservatório musical nos campi Ribeirão Preto e Guarujá.

São cursos nas três áreas do saber: saúde, exatas e humanas. A UNAERP congrega aproximadamente 8.000 estudantes, 440 professores. Desenvolve aproximadamente 200 projetos de pesquisa e 29 programas de extensão, com apoio de laboratórios, equipamentos, biblioteca, recursos tecnológicos avançados e programas de intercâmbio com importantes centros, institutos e empresas de pesquisa e tecnologia do Brasil e do mundo.

A Área de Saúde contempla os cursos de Ciências Farmacêuticas, Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia. Sendo oferecidos no campus Guarujá os cursos de Educação Física, Enfermagem e Fisioterapia.

A Área de Exatas possui 05 cursos, Engenharia Civil (campus Ribeirão Preto e Guarujá), Engenharia de Computação, Engenharia Química, Engenharia de Produção (campus Ribeirão Preto e Guarujá) e Sistemas de Informação.

A Área de Humanas possui 08 cursos, Administração (campus Ribeirão Preto e Guarujá), Publicidade e Propaganda (campus Ribeirão Preto e Guarujá), Direito (campus Ribeirão Preto e Guarujá), Pedagogia (campus Ribeirão Preto (EAD) e Guarujá (EAD e presencial)), Relações Internacionais e Comércio Exterior (campus

Ribeirão Preto e Guarujá), Serviço Social (campus Ribeirão Preto e Guarujá), Jornalismo (campus Ribeirão Preto) e Música (campus Ribeirão Preto).

Os cursos superiores de Tecnologia, considerados de graduação pela Lei 9.394/96 e Resolução CNE/CP 3, de 18 de dezembro de 2002, são: Biotecnologia (campus Ribeirão Preto), Tecnologia em Produção Sucroalcooleira (campus Ribeirão Preto), Tecnologia em Gestão Ambiental (campus Guarujá), Tecnologia em Gestão Portuária (campus Guarujá) e Tecnologia em Logística (campus Guarujá). Na modalidade EAD são oferecidos nos dois campi os cursos de Pedagogia e Gestão da Produção Industrial.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população abordada foram as alunas dos cursos de graduação (Bacharelado e Licenciatura) presenciais, da UNAERP - campus Ribeirão Preto, regularmente matriculadas segundo semestre do ano de 2014, compreendendo o período de coleta de agosto a outubro de 2014.

As participantes foram selecionadas de forma intencional e estratificada por curso, considerando o número total de universitárias, determinado em cada curso (Anexo A), abordadas nas dependências da Universidade de Ribeirão Preto, exceto em salas de aulas, conforme autorização da Coordenadora Geral de Graduação (ANEXO B). As coordenações de curso foram notificadas sobre essa abordagem das alunas e o objetivo do estudo, mesmo sendo realizados, apenas em ambientes externos às salas de aulas.

A amostra se constituiu de 1414 universitárias entrevistadas, considerando o erro amostral de 2% e intervalo de confiança de 95%. O tamanho da amostra foi calculado considerando a população finita (N) de 3306 indivíduos, de acordo com o relatório do número de alunas matriculadas na Universidade de Ribeirão Preto (Anexo A), encaminhado pela Divisão de Assuntos e Registro Acadêmico, na data de 11 de abril de 2014.

Os critérios de inclusão contemplaram as mulheres de 18 a 45 anos, matriculadas nos cursos de graduação (Bacharelado e Licenciatura), na modalidade presencial da UNAERP, campus Ribeirão Preto, independente da Área de Saber, no ano de 2014, que aceitaram participar do referido estudo, assinando o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II), após ciência dos objetivos da pesquisa.

Os critérios de exclusão incluíram as mulheres fora da faixa etária - anteriormente citada, hysterectomizadas ou que não desejaram participar do estudo, e universitárias dos cursos na modalidade à distância e tecnológicos.

Os critérios de descontinuidade compreenderam as mulheres que manifestaram desejo de sua retirada da pesquisa, mesmo já tendo iniciado sua participação no estudo.

A suspensão do estudo ocorreria se durante a coleta de dados apresentasse algum risco à saúde da população abordada ou riscos à violação do Código de Bioética, considerando a Resolução 466/12, porém não houve essa situação.

3.4 COLETA DE DADOS

3.4.1 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento de coleta utilizado possui oito questões, com respostas de múltipla escolha, composto de partes A e B (Apêndice I). A primeira parte (parte A) refere-se aos dados pessoais: identificação e a segunda (parte B), trata especificamente de questões relativas ao tema.

O instrumento contemplou as iniciais do nome da entrevistada, data de nascimento, situação marital, número de gestações, se teve abortos, pretende ter mais filhos, religião, cidade de origem e renda familiar, em salários mínimos – valor vigente à época, e participação na composição na renda familiar, na primeira parte. O referido documento ainda incluiu o método contraceptivo eleito pela mulher e a razão da sua escolha, na parte B.

Após consultar a literatura, se atendo ao objetivo desse estudo, constatou-se que não havia instrumento validado com as mesmas inquietações da autora. Desta forma, as questões foram sugeridas a partir de perguntas que foram construídas com foco no objetivo, além de preocupar-se com a clareza/didática para fazer a pergunta, utilizando linguagem de fácil entendimento, sem conotações ambíguas ou que necessitassem de conhecimento prévio/técnico sobre o assunto.

A validação do instrumento de coleta foi realizada por meio da avaliação de sete médicos especialistas em Ginecologia e Obstetrícia (GO), atuantes na cidade

de Ribeirão Preto, sendo seis destes, formados há mais de 10 anos, com exercício efetivo da profissão. Unanimemente, os sete profissionais consultados consideraram adequado o instrumento e não fizeram acréscimos e/ou alterações no documento. Ainda como parte da validação do instrumento foi realizado um piloto com sete estudantes do curso de graduação em Enfermagem da UNAERP, e estes responderam sem dificuldades ao instrumento. Em tempo, enfatizamos que essas alunas não fizeram parte da amostra do estudo em questão.

3.4.2 Procedimento de Coleta de Dados

A coleta foi realizada por meio de entrevista com preenchimento de instrumento pelas pesquisadoras, com os dados já citados anteriormente. As universitárias foram abordadas de forma aleatória, considerando o número total de universitárias, determinado para cada curso da área de saúde (Anexo A), nas dependências da Universidade de Ribeirão Preto, exceto em salas de aulas, conforme autorização da Coordenadora Geral de Graduação (Anexo B).

Foi fornecido às participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice II, que descreve os objetivos da pesquisa. Não houve situação de risco para os participantes durante o estudo, uma vez que elas somente responderam às questões do instrumento após terem concordado com os objetivos do estudo, e assinado o TCLE.

As informações coletadas foram armazenadas em um banco de dados administrado pelo gerenciador de banco de dados *Access 2012*, da empresa *Microsoft Corporation*.

Ressalta-se que o método contraceptivo de escolha poderia não ser o de seu uso, no momento, tratando-se do método preferencial.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram analisados quanto ao método escolhido como preferencial, fazendo a sua avaliação do tipo de método eleito pelas entrevistadas, de acordo com o seu nível socioeconômico. Secundariamente, avaliaram-se também outros aspectos como situação marital, paridade e origem da entrevistada.

A análise quantitativa dos dados ocorreu com o uso do *software* Excel 2012 da empresa *Microsoft Corporation* por meio da funcionalidade de “tabela dinâmica”, onde foi possível correlacionar as informações por meio de um cubo dinâmico, apresentando as frequências relativas e absolutas, expressas nas tabelas apresentadas nos resultados.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este estudo foi conduzido de acordo com os princípios estabelecidos pelo 18º Congresso Médico Mundial e todas as alterações subsequentes, obedecendo todas as leis e regulamentos internacionais, as leis e regulamentos nacionais, assim como a todas as diretrizes aplicáveis, com foco na Resolução 466/12.

A pesquisa foi desenvolvida após autorização da Coordenadora Geral de Graduação (Anexo B), bem como de cada Coordenador de curso da Universidade de Ribeirão Preto – Campus Ribeirão Preto, de acordo com solicitação (Apêndice IV), além da autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto (Anexo C), sob número 660.303, conforme solicitação a esse órgão (Apêndice V).

Houve benefícios diretos desta pesquisa para a participante, que pôde obter novos conhecimentos, e suas informações foram extremamente valiosas no sentido de planejamentos futuros acerca de orientações para a população feminina, especialmente, na Universidade de Ribeirão Preto.

À participante foi garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo na Instituição de Ensino Superior do estudo respaldando-se, inclusive, nos conteúdos preconizados na Resolução 466/12, onde está assegurada, inclusive, a privacidade dos sujeitos.

Também não foram oferecidos riscos advindos da participação nessa investigação, pois cada sujeito respondeu apenas às questões previamente formuladas, e puderam retirar-se do estudo no tempo em que lhe convier.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando o objetivo do presente estudo foram entrevistadas 1414 universitárias, de 21 cursos de graduação, da modalidade presencial, matriculadas no ano de 2014 (Tabela 1), com idades compreendidas na faixa etária de 18 a 45 anos (Tabela 2).

Participaram da pesquisa, estudantes de 08 cursos da área de Saúde, 05 da Exatas e 08 da Humanas. Os cursos da área de Saúde e Humanas compuseram a amostra na mesma quantidade, representando 76,2%, quando associados.

Tabela 1: Distribuição das universitárias matriculadas nos cursos de graduação, presenciais, de diversas áreas do Saber, no ano de 2014, Ribeirão Preto/SP, 2015.

CURSOS	TOTAL
Administração	78
Arquitetura e Urbanismo	13
Bacharel em Nutrição	52
Ciências Farmacêuticas	71
Direito	241
Educação Física	52
Enfermagem	32
Engenharia Civil	30
Engenharia da Computação	8
Engenharia de Produção	44
Engenharia Química	91
Fisioterapia	50
Jornalismo	33
Licenciatura Plena em Música	16
Medicina	207
Odontologia	125
Psicologia	115
Publicidade	63
Relações Internacionais	47
Serviço Social	41
Sistemas de Informação	5
Total Geral	1414

Fonte: Autora.

Dantas (2012), em reportagem para o Jornal Estadão Economia, comenta que pesquisas do Censo 2000 e 2010, realizadas no Centro de Políticas Públicas do Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER) e Universidade de São Paulo sinalizam que os “jovens estudam humanas, e o mercado pede exatas”. As profissões das áreas de exatas e técnicas possuem alta demanda no Brasil, mas não temos profissionais para atender a essa necessidade de mercado.

Para Czelusniak (2012) esse fato demonstra que a escolha pelas profissões tem desconsiderado o mercado, pois faltam profissionais de exatas que possuem melhor remuneração e maior possibilidade de emprego. Suscita que esse cenário pode justificar-se, ao consultar especialistas da área de recursos humanos, devido à deficiência no ensino de matemática, por exemplo, na educação básica o que provoca aversão dos candidatos pela área de exatas.

Outro dado relevante, ainda da pesquisa com dados do Censo 2010, refere-se ao fato de aparecer no topo das remunerações, entre todas as profissões, a Medicina e Odontologia, além de graduados em academias militares e Engenharia Civil. Os dois primeiros cursos citados são da área de saúde e no contexto universitário mantêm-se como profissões de alta procura pelos futuros profissionais; corroborando os achados da presente pesquisa.

Ainda como dados de identificação da amostra, na Tabela 2 constata-se que há predomínio de universitárias na faixa etária de 18 a 23 anos, 868 (61,39%) da amostra, seguidas de 389 (27,51%) com idades entre 23 a 28 anos.

Tabela 2: Distribuição das universitárias, segundo a faixa etária, matriculadas nos cursos de graduação, presenciais, de diversas áreas do Saber, no ano de 2014, Ribeirão Preto/SP, 2015.

FAIXA ETÁRIA	TOTAL
18 --- 23	868
23 --- 28	389
28 --- 33	96
33 --- 38	38
38 --- 43	17
43 --- 48	6
Total Geral	1414

Fonte: Autora.

Verifica-se que quanto menor a faixa etária das estudantes, maior o número de participantes, dado que evidencia a presença maciça de mulheres jovens e adultas jovens (faixa etária de 18 a 33 anos), cursando o nível superior - 1257 (88,9% entrevistadas), em detrimento do menor número de universitárias adultas com 33 a 45 anos - 157 (11,1%).

A distribuição das universitárias, de acordo com a faixa etária, encontra-se em conformidade com o trabalho realizado por Correa et al. (2011), na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, onde constataram que 67,3% das ingressantes ao curso de licenciatura em Enfermagem pertenciam a faixa etária de 19 a 25 anos.

Outro estudo que vem a corroborar, foi realizado por Nardelli et al. (2012), em uma Universidade Federal, com ingressantes de cursos da área da saúde (Biomedicina, Enfermagem, Educação Física, Medicina, Fisioterapia, Nutrição e Terapia Ocupacional), sendo que as autoras chegaram a um resultado semelhante, ao presente trabalho, com média de ingresso na referida universidade, em torno de 18 anos.

Embora nos trabalhos, anteriormente citados, verifica-se faixa etária similar ao perfil do presente estudo, Santos et al. (2014), ao avaliar o perfil socioeconômico de ingressantes ao curso presencial de licenciatura em Ciências Biológicas, no período noturno da Faculdade Barão do Rio Branco, localizada no município de Rio Branco (AC), constatou que a maior parte dos ingressantes (63%) tinha acima de 20 anos.

Considerando a faixa etária das universitárias, apropriando-se dos dados da literatura e da vivência cotidiana, evidenciam-se mulheres de diversas idades ingressando nas universidades, informação que corrobora a ponderação de Streck (2012) quando aponta que a mulher, independente da idade, vem buscando o acesso às universidades.

Na Tabela 3, ainda evidencia-se que a maioria das estudantes não possui filhos (95,3%). Dentre as mulheres que já são mães, esse número varia de 1 a 4, sendo que somente 0,8% possui 4 filhos. Ressalta-se, ainda que 1398 (98,9%) entrevistadas negaram ter sofrido abortos e 720 (50,91%) relataram que pretendem ter mais filhos, inclusive, a mulher que possui 4 filhos.

▬ Tabela 3: Distribuição das universitárias, matriculadas nos cursos de

Tabela 3: Distribuição das universitárias, matriculadas nos cursos de graduação, presenciais, de diversas áreas do Saber, no ano de 2014, segundo número de filhos. Ribeirão Preto, 2015.

QUANTOS FILHOS	TOTAL
0	1347
1	42
2	20
3	3
4	1
Não respondeu	1
Total geral	1414

Fonte: Autora.

Um estudo realizado por Somba et al. (2014) verificou que 15,8% das mulheres já tiveram gestações e, dessas, 27% tiveram gravidezes indesejadas, sendo que 54,65% tiveram aborto induzido.

Outra pesquisa realizada por Hardy, Rabello e Faúndes (1993), entre alunas e funcionárias de uma universidade do interior do estado de São Paulo, constatou que 9,7% das alunas e 25,4% das funcionárias tiveram algum aborto e, dentre estes, 9% das alunas e 13% das funcionárias responderam ser pelo menos um aborto provocado. Nesse cenário, contudo, entre as alunas, o percentual de abortos provocados mostra-se comparativamente maior, à medida que a gravidez mostra-se mais precoce.

Ao perguntarmos sobre a situação marital, inquirimos se possuíam relacionamento estável, no momento da coleta de dados da pesquisa, e 740 (52,33%) afirmaram ter um(a) parceiro(a), com a maioria tendo seu sustento provido por responsáveis (59,97%), seguida daquelas que estudam e trabalham (33,3%) (Tabela 4).

Santos et al. (2014) verificaram no trabalho realizado em uma Instituição privada de Ensino Superior em Rio Branco, no estado do Acre, que 66% dos ingressantes exerciam algum tipo de atividade remunerada e, em 43% dos casos, o trabalho tinha a função de compor a renda familiar, sendo que entre estes, em 60% dos casos, os entrevistados começaram a trabalhar entre 16 a 20 anos.

Tabela 4: Distribuição das universitárias, matriculadas nos cursos de graduação, presenciais, de diversas áreas do Saber, no ano de 2014, segundo situação laboral. Ribeirão Preto/SP, 2015.

SITUAÇÃO LABORAL	TOTAL
estudante e desempregada	53
estudante e do lar	29
estudante e trabalhadora	471
estudante(o meu sustento é provido pelos responsáveis)	848
Outros	13
Total geral	1414

Fonte: Autora

Ainda na pesquisa supracitada, os autores verificaram que em 66% dos entrevistados a renda familiar é composta por rendimentos de duas pessoas e, a metade dos alunos vive com renda familiar de R\$501,00 a R\$1000,00. A baixa classe média é definida pela Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE) (2013), como sendo aquela com renda familiar entre R\$441,00 a R\$1764,00 sendo, portanto, a metade dos alunos oriundos da classe média baixa.

Nardelli et al. (2012), ao analisarem o perfil dos ingressantes aos cursos da área da saúde de uma Universidade Federal do interior de Minas Gerais, verificaram que 21% de entrevistados tinham renda familiar de até 3 salários mínimos. O presente trabalho demonstrou certa similaridade, considerando a faixa de renda salarial, pois 18,38% das entrevistadas encontram-se nessa faixa de renda e, desta forma, o perfil socioeconômico dos ingressantes aos cursos da instituição pública citada anteriormente, se aproxima do verificado no presente estudo, ainda que esta se apresente como universidade particular.

Outro trabalho realizado por Alves e Lopes (2008), em uma Universidade estadual do interior do estado de São Paulo, obteve resultados divergentes em relação ao presente estudo e de Nardelli et al. (2012), pois os entrevistados não trabalhavam em 92,2% dos casos, viviam com a família ou amigos em 82,1% e tinham a renda familiar entre 6 a 10 salários mínimos ou mais, para 59,3% estudantes. Cabe ressaltar que a referida Universidade oferta em torno de 70% de suas vagas no período diurno, dado que difere da Universidade onde realizamos o estudo, pois possui oferta de cursos no período integral, manhã, tarde e noturno.

Quanto à renda familiar, considerando o salário mínimo vigente à época (valor de R\$724,00), houve predomínio da faixa de renda familiar entre 3 a 6 salários

mínimos – 391 (27,65%), representando renda entre R\$2172,000 a R\$ 4344,00. Saliencia-se que os percentuais nas faixas de renda de 06 a 10 salários, acima de 10 e até 3 salários foram similaridades, sendo 278 (19,6%), 254 (17,96%) e 260 (18,39%); respectivamente. Ainda 231 (19,33%), não souberam informar sobre a renda familiar (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição das universitárias, matriculadas nos cursos de graduação, presenciais, de diversas áreas do Saber, no ano de 2014, segundo a renda familiar (salário mínimo R\$ 724,00). Ribeirão Preto/SP, 2015.

RENDA FAMÍLIA	TOTAL
3 a 6 salários mínimos	391
6 a 10 salários mínimos	278
acima de 10 salários mínimos	254
até 3 salários mínimos	260
não sabe informar	231
Total geral	1414

Fonte: Autora.

Poncet et al. (2013), em estudo realizado com imigrantes na França, no ano de 2008-2009, mostrou que o uso de anticoncepcionais entre mulheres imigrantes e imigrantes de segunda geração foi significativamente mais baixo quando comparadas a mulheres não imigrantes, razão essa dada, possivelmente, aos baixos níveis de escolaridade e desemprego. Enfatiza-se, contudo, que na avaliação do uso de não imigrantes, no tocante ao uso de contraceptivos, este mostra-se significativamente maior quanto menor o nível de escolaridade.

Inferre-se, desta forma, que o uso de contraceptivos nestas populações esteja possivelmente ligado a fatores culturais.

Na Tabela 6 está demonstrada a religião das entrevistadas, e enfatiza-se que 840 (59,4%) mulheres da amostra são católicas, bem como a citação de 138 (9,76%) relatando não terem religião. As universitárias espíritas e evangélicas apresentaram-se em números homogêneos, sendo 176 (12,44%) e 195 (13,79%), embora saliente-se que a religião evangélica tem conquistado espaço na sociedade, especialmente ao constatarmos maior número de evangélicos quando comparados aos espíritas, pois estes últimos vinham se apresentando, no Brasil, como a segunda religião mais praticada.

Observa-se ainda a presença de multicrenças no país, uma vez que foram pontuadas a existência de budista, protestantes e religiões originárias da África.

Segundo Streck (2012) houve uma mudança significativa na sociedade e nas famílias no tocante ao núcleo patriarcal, e a igreja tem um desafio especial, afim de que se dê espaços e acolham os divorciados, solteiros e homossexuais, não cabendo somente às famílias tradicionalmente constituídas. É citado pela autora, um exemplo, onde 80% dos alunos de uma escola particular são provenientes de lares cujos pais são separados, e estes passam o fim de semana em outra residência, tendo que se readaptarem ao lar, na segunda-feira.

Tabela 6: Distribuição das universitárias, matriculadas nos cursos de graduação, presenciais, de diversas áreas do Saber, no ano de 2014, de acordo com a religião. Ribeirão Preto, 2015.

RELIGIÃO	TOTAL
Budista	1
Católica	840
Espírita (Kardecista)	176
Evangélica	195
Não tenho religião	138
Outros	40
Protestante	15
Religiões originárias da África	9
Total Geral	1414

Fonte: Autora

Streck (2012) ainda aborda alguns aspectos que devem ser considerados nos últimos cinquenta anos, especialmente no tocante aos movimentos sociais desencadeados nos anos 60, entre eles, o movimento dos direitos humanos (das mulheres, dos negros, homossexuais e estudantes), fazendo com que as mulheres invadam o mercado de trabalho e as universidades. Outro ponto é o avanço da biotecnologia, onde a pílula anticoncepcional permite às mulheres planejarem a sua vida e evitar as gravidezes indesejadas, além de proporcionar outras implicações na vida das famílias, como fertilização *in vitro*, experiências com células tronco, mapeamento do código genético e clonagem humana, num futuro não distante.

Quanto aos aspectos éticos das diversas religiões, o kardecismo, segundo Franco (1994, p. 323)

o homem deve regular a sua reprodução de acordo com as suas necessidades. Não se deve opor-se sem necessidade. A

ação inteligente do homem é um contrapeso que Deus dispôs para reestabelecer o equilíbrio entre as forças da Natureza e é ainda isso que o distingue dos animais, porque ele obra com conhecimento de causa. Os mesmos animais, porém também concorrem para a existência desse equilíbrio, porquanto o instinto de destruição que lhes foi dado faz com que, prevendo a própria conservação, obstem ao desenvolvimento excessivo, quiçá perigoso, das espécies animais e vegetais de que se alimentam. Há espécies de seres vivos, animais e plantas, cuja reprodução indefinida seria nociva a outras espécies e das quais o próprio homem acabaria por ser vítima.

Sgrecia (1997), em Manual de Bioética, aborda o aspecto da linha doutrinal do Magistério Católico que segundo a Doutrina, o ato conjugal deverá permanecer aberto à procriação, devendo os cônjuges reafirmar a legitimidade da responsabilidade procriadora, buscando meios “não artificiais”. Consequentemente, condena a contracepção, o aborto, a esterilização contraceptiva e a procriação artificial. Embora, a moral da igreja católica seja contestada num primeiro momento, foi reconhecida por diversas partes devido ao peso educativo de suas posições. Ainda, quando o casal no exercício da sexualidade, retiram o potencial da procriação através do exercício da contracepção, eles atribuem um poder que, em última instância pertence a Deus, a determinação da vinda de uma nova vida humana.

Segundo a Igreja Evangélica Pentecostal Deus é Amor “A Igreja aconselha os casais que não desejam ter filhos a procurar métodos naturais” (SALMOS 127:3; 128:3), acrescentando, inclusive, que “A Igreja aconselha aos membros a não realizarem a esterilização cirúrgica para evitar a gravidez” (SALMOS 127:3; 128:3). (ROSS, 1985).

As diversas crenças, oriundas de cada religião, associadas às mudanças sociais e à oferta de novos contraceptivos, de acordo com a vivência profissional exige, no mínimo, um repensar das doutrinas que poderão nortear a direção de novos posicionamentos religiosos.

Após identificação da amostra, as questões apresentadas às universitárias referiram-se ao tema. Inicialmente foi perguntado a elas sobre qual método anticoncepcional escolheriam, dentro os relacionados na questão, esclarecendo que poderia não se tratar do método que utilizava naquele momento.

Dentre os métodos anticoncepcionais selecionados pela amostra, a maioria optou por anticoncepcional oral (comprimidos) 1157 (81,82%), em segundo lugar apontaram os preservativos masculino e feminino 76 (5,37%).

Ainda foi citada como método a Tabela 8 (0,56%) e o coito interrompido 2 (0,14%), embora em número pequeno, foram citados como selecionados, mesmo representando maiores riscos de gravidez ou aquisição de doenças de caráter sexual (Tabela 7).

Tabela 7: Distribuição das universitárias, matriculadas nos cursos de graduação, presenciais, de diversas áreas do Saber, no ano de 2014, de acordo com o método anticoncepcional escolhido, entre os apresentados pela pesquisadora. Ribeirão Preto/SP, 2015.

MÉTODO ANTICONCEPCIONAL ESCOLHIDO	TOTAL
Adesivo (Evra)	19
Anel Vaginal (Nuvaring)	10
Anticoncepcional Injetável mensal	53
Anticoncepcional Injetável trimestral	29
Anticoncepcional Oral (comprimidos)	1157
Coito Interrompido	2
DIU de cobre	7
DIU de progesterona (Mirena)	28
Implante Subcutâneo (Implanon)	17
Laqueadura	4
Outros	4
Preservativos (Feminino ou Masculino)	76
Tabela 8	8
Total geral	1414

Fonte: Autora.

Em estudo realizado por Somba et al. (2014), em duas universidades da Tanzânia, os resultados mostram-se divergentes em relação ao presente estudo, pois na citada pesquisa, os autores verificaram que os métodos mais conhecidos eram o preservativo (24,3%) e a pílula (16,8%), ainda que os mais populares fossem o preservativo, abstinência ou abstinência periódica.

Outra pesquisa realizada por Neumann et al. (2011), entre universitárias de um curso de Medicina de Santa Catarina, no ano de 2010, mostrou que 57,5% das universitárias elegeram os contraceptivos orais, como o método mais utilizado,

porém seguido pelo uso associado de preservativo masculino e contraceptivos orais, em 27,5% dos casos, dado não verificado no presente estudo.

Alves e Lopes (2008) verificam que após aplicar um questionário a 295 adolescentes universitários identificou-se uma atitude positiva em relação a contracepção, pois 92,6% opinaram que deve ser usado algum método contraceptivo, porém, apenas 82% responderam que utilizavam algum método contraceptivo naquele momento. Ao serem inquiridos a respeito do método a ser utilizado, 50,7% afirmaram empregar dupla proteção (ACO e preservativo masculino) e 36,1% apenas ACO. Ainda pontuaram que em relacionamento estável e instável, 52,8% valiam-se da dupla proteção, 41,6% somente preservativos e apenas 2,8% o ACO, isoladamente.

Ao apropriarmos da literatura e também considerarmos a vivência profissional o que se constata é o uso de métodos contraceptivos sem a devida ciência e orientação de sua eficácia, e a ausência desse conhecimento, entre outros fatores, tem incorrido no uso inadequado dos produtos.

Na Tabela 8 constata-se que 496 (35,07%) estudantes referiram ter escolhido o método por acreditar ser mais seguro (não tem o problema de esquecer), e ainda 215 (15,2%) relataram que sua escolha é mais eficaz (não sofre interferências ao associar outros produtos).

Em terceiro lugar 185 (13%) foram citados outros motivos para além daqueles relacionados no estudo. Os motivos listados como outros foram variados, como “não quero me expor ao utilizar comprimidos”, “acho que mancha a pele”, “acho que dá dor nas pernas, ganho de peso, risco de trombose”, dentre outros.

Gomez e Clark (2013) realizaram uma pesquisa, através da Web, junto a mulheres jovens, com idades entre 18 a 29 anos, a respeito de conhecimentos sobre contraceptivos, atitudes e práticas, e analisaram o método eleito como ideal por 414 mulheres que tiveram relações sexuais nos últimos 6 meses da ocorrência da pesquisa.

O trabalho em questão versou sobre as características ideais dos anticoncepcionais, frente à preferência, da escolha das entrevistadas. De acordo com a preferência de escolha, este produto deveria ter as seguintes características, segundo as entrevistadas: o método não deveria interferir no prazer sexual (88,7%); o método deveria reduzir o sangramento menstrual (81,4%); diminuir a dismenorreia (79,7%); ter eficácia em torno de 99%, sem a realização de ações complementares

(78%); não depender de uso diário ou deveria agir sem que tenha que se pensar nisso (67,4%); proteger o casal contra Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e ser facilmente reversível para 50,2% mulheres.

Na investigação supracitada os autores ainda verificaram que menos de 35% das entrevistadas utilizavam o produto com as características enumeradas, tendo sido relatadas como usuárias 19,8% de ACO e 30,1% de anel vaginal. Ressalta-se, porém, que são resultados advindos de avaliação regional e não nacional, sendo necessários mais estudos (GOMEZ; CLARK, 2013).

Tabela 8: Distribuição das universitárias, matriculadas nos cursos de graduação, presenciais, de diversas áreas do Saber, no ano de 2014, de acordo com o motivo que levou à escolha do método anticoncepcional, Ribeirão Preto/SP, 2015.

MOTIVO QUE LEVOU A ESCOLHA DO MÉTODO	TOTAL
Conheço muitas pessoas que usam e falam bem do produto	124
Conheço várias pessoas que utilizam e parece ser bom	63
É mais barato	19
Mais eficaz (não sofre interferências ao associar outros produtos)	215
Mais prático (não é preciso utilizar todos os dias)	99
Mais seguro (não tem o problema de esquecer)	496
Outros	185
Tem poucos efeitos colaterais como dor de cabeça, inchaço, dor nos seios, dor de estômago, entre outros	158
Tenho receio de utilizar anticoncepcionais mais modernos	54
(vazio)	1
Total geral	1414

Fonte: Autora.

Ainda com relação à avaliação a respeito de conhecimento e uso correto de anticoncepcionais por estudantes universitárias, especialmente, por alunas dos cursos da área da saúde, uma vez que 48,5% das entrevistadas são alunas matriculadas nos cursos da área da saúde. Souza et al. (2015), realizaram uma pesquisa com estudantes do curso de Enfermagem de uma Universidade em Barra do Garças (MT), afim de avaliar se houve progressão do conhecimento ao longo da graduação, entrevistando alunas do 2º e 4º anos, do referido curso.

No trabalho supracitado, os autores concluem que apesar do maior percentual de acertos das questões pelas alunas do 4º ano da graduação em comparação às

do 2º ano, ainda uma porcentagem das entrevistadas do último ano demonstrou não estar ciente de questões que denotam a necessidade de se investir em formação adequada.

As perguntas versaram sobre efeitos colaterais, dia do início do ciclo menstrual, dia correto para o início do ACO, ocorrência de período fértil durante o uso dos ACO, mecanismo de ação dos ACH, tempo de esquecimento permitido para manutenção da eficácia, possibilidade de gravidez no período de pausa e possibilidade de atrasar o sangramento de privação pela pausa e interações medicamentosas.

Na presente pesquisa constata-se que 50,27% universitárias selecionaram o método contraceptivo, apontando-o como de primeira escolha, pautadas em conceitos inadequados que parecem ser decorrentes da ausência de conhecimento e uso correto dos anticoncepcionais disponíveis, atualmente, no mercado.

5 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da expressiva preferência das entrevistadas pelo ACO (81,82%) constatam-se conhecimentos superficiais sobre o produto quando as universitárias defendem que seu uso diário é mais seguro porque não têm problemas de esquecimento. No estudo, 496 (35,07%) universitárias pautaram-se nesse conceito, e enfatizaram que este método é a melhor escolha por ser mais seguro, de forma equivocada.

Como segunda razão da escolha, 215 (15,2%) entrevistadas acham que o método não sofre interferências com outros produtos ou medicamentos (interações medicamentosas) e, em terceiro lugar, são enumeradas outras razões que são particulares.

Poucas entrevistadas parecem ter o conhecimento a respeito dos motivos que podem levar a falhas de contracepção ou interações medicamentosas, indo na contramão das tendências atuais, mundiais, onde tem se investido muito na questão das LARC.

Outro aspecto a considerar refere-se à questão religiosa, pois 59,4% das entrevistadas declararam-se católicas, e suas escolhas são por métodos não naturais, não orientados pela referida religião.

Frente aos resultados obtidos, conclui-se que são necessárias ações educativas que contemplem o esclarecimento e estimule o aprendizado a respeito de falhas e descontinuidade do método escolhido, especialmente pelo fato de as alunas dos cursos da área da saúde, serem as futuras profissionais, responsáveis por cuidar da saúde da nossa população, enfatizando a necessidade de educação e informação, além de atualização relativa ao uso de contraceptivos.

Em síntese, a escolha do método contraceptivo pelas mulheres não foi determinada pela condição socioeconômica que possuem, pois no cenário universitário onde ocorreu o presente estudo, embora a faixa etária e salarial, além de religiões fossem distintas houve predomínio da escolha pelo ACO, pautadas no fato de acreditarem ser o método mais seguro.

REFERÊNCIAS

- ALVES, J. E. D. Políticas populacionais e direitos reprodutivos: o choque de civilizações versus progressos civilizatórios. In: CAETANO, A. J.; ALVES, J. E. D.; CORREA, S. (Org). **Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade direitos reprodutivos no Brasil**. Campinas: ABEP/UNFPA, 2004, 1, p. 21-47.
- ALVES, A. S.; LOPES, M. H. B. M. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. **Rev. bras. enferm**, Campinas, v. 61, n. 1, p. 11-17, 2008.
- ARIE, W. M.; FONSECA, A. M.; BAGNOLI, V. C.; BARACAT, E. C. **História da Anticoncepção**. São Paulo: Casa, 2009.
- BAHAMONDES, L.; PINHO, F.; MELO, N. R.; OLIVEIRA, E.; BAHAMONDES, M. V. Fatores associados a descontinuação do uso de anticoncepcionais orais combinados. **Rev. Bras. de Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, jun 2011.
- BATISTA, J. D. **Projeto de Lei 5061**, alterado pela Lei 9263 de 12 de janeiro de 1996. Sala das sessões, abril de 2005, deputado João Batista- PFL/SP.
- BERQUÓ, E. Sobre a Política de Planejamento Familiar no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.**, Campinas/SP, v. 4, n. 1, p. 95-103, 2014.
- BERLOFI, L. M; ALKIMIN, E. L. C.; BARBIERI, M.; GUAZZELLI, C. A. F.; ARAÚJO, F. F. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 2, n. 19, p. 196-200, 2006.
- BLITZER, J. **Contraceptivos orais em perspectiva**. Bayer Health Care Bayer Schering Pharma AG corporate Communications, MullerstraBe 178 133 53 Berlin, Alemanha. Disponível em: <http://www.bayerscheringpharma.de>- publicado em outubro de 2010. Acessado em 05/03/2014.
- BORSARI, C. M. G.; NOMURA, R. M. Y.; BENUTE, G. R. G.; LUCIA, M. C. S.; FRANCISCO, R. P. V. Aborto provocado em mulheres da periferia da cidade de São Paulo; vivência e aspectos socioeconômicos **Rev. Bras. Ginecol. Obst.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 27- 32, 2013.
- BRAGHETO, A. M.; CASSERTA, N.; BAHAMONDES, L.; PETTA, C. A. Effectivess of levonorgestrel – realising intrauterine system in the treatment of adenomiosis diagnosed and monitored by magnetic resonance imaging. **Contracepcion**, Netherlands, v. 76, n. 3, p. 195-199, sep. 2007.
- BRITO, M. B.; NOBRE, F.; VIEIRA, C. S. Contracepção hormonal e sistema cardiovascular. **Arq.bras.cardiol.**, São Paulo/SP, v. 96, n. 4, p. 81-89 abr 2011.

CARVALHO, M. L. O; SCHOR, N. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo/SP, v. 39, n. 5, p. 788-94, 2005.

CORREA, D. A. S. **Uso de Contraceptivos orais entre mulheres de 18 a 45 anos:** inquérito populacional. 95p. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem.), Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012. Disponível em: Biblioteca Virtual da UFMG. Acessado em 04/08/2013.

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA- CONEP. **Resolução 466/12-** Disponível em www.conselho.saude.gov.br Acessado em 23/07/2014

COSTA, A. M.; GUIHLEM, D.; SILVER, L. D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 1, p.75-84, Jan/mar 2006.

COSTA, A. Planejamento Familiar no Brasil. **Rev. Bioet.**, Brasília, v. 4, n. 2, nov. 2009. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/416/379. Acessado em 13/04/2014.

CORREA, A. K. et al. Perfil de estudantes ingressantes em licenciatura: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo/SP, v. 45, n. 4, p. 933-938, ago. 2011. .

CZELUSNIAK, A. **Escolha por profissão deixa o mercado em 2º plano.** 2012. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/educacao/escolha-por-profissao-deixa-o-mercado-em-2-plano-007915nuanoxuztji75lo7i32> Acessado em 14 out 2015.

DANTAS, F. **Jovens estudam humanas, e o mercado pede exatas.** Disponível em: <http://economia.estadao.com.br/noticias/geral,jovens-estudam-humanas-mercado-pede-exatas,128800e> Acessado em 14 out 2015.

DOMINGOS, R. S. F.; MERIGHI, M. A. B. O aborto como causa de mortalidade materna; um pensar para o cuidado de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev. Enf**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 177-181, jan-mar. 2010.

EGARTER, C.; TIRRI, B. F.; BLITZER, J.; KAMINSKY, V et al. Women's perceptions and reasons for choosing the pill, patch, or ring in the CHOICE study; a cross-sectional survey of contraceptive method selection after counseling. **BMC Womens Health**, European, v. 13, n. 1., p. 9, 2013.

FRANCO, D. P. **SOS família** - por diversos Espíritos. Salvador: Leal. v. 2, p. 62-65, 1994.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - FEBRASGO. **Manual de Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS para o Uso de Métodos Anticoncepcionais.** 4. ed. Genebra: OMS, 2009.

FERREIRA, J. M; NUNES, F. R; MODESTO, W.; GONÇALVES, M. P.; BAHAMONES, L Reasons for Brazilian women to switch from different contraceptives to long acting reversible contraceptives **Contracepcion**, Netherlands, v. 89, n. 1, p. 17-21, 2014.

FERRIANI, R. A. et al. Estudo multicêntrico brasileiro-adesivo contraceptivo transdérmico semanal: preferência e satisfação das usuárias. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 63, n.4, p. 144-151, 2006.

FONSECA, A. **Interações medicamentosas em Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro: JBM, 2008.

FUSCO, L. C. B.; ANDREONI, S.; SILVA, R. S. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza- favela de Inajar de Souza, São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 78-88, 2008.

GARCIA, R. S.; LIMA, A. P.; ABDO, C. H. N.; LOPES, G. P.; MAGALHÃES, J. et al. **Anticoncepcionais, uma liberdade de escolha**. São Paulo: O nome da rosa, 2005.

GERLINGHER, C; TRUSSEL, J.; MELLINGER, U.; MERZ, M.; MARR, J.; BANNERMERSCHULT, I; SCHELLSCHIMIDT, I.; ENDRIKAT, J; Different Pearl Indices of I contraceptives in the United States: impact of study population **Contracepcion**, Netherlands, v. 90, n. 2, p. 142-1467, 2014.

GOMEZ, A.; CLARK, J. Method mismatch: discrepancies between young women's contraceptive preferences and current method choice. **Contracepcion**, Netherlands, v. 88, n. 3, p. 459-460, 2013.

GORDIS, L. **Epidemiology**. W.B. Baltimore, Philadelphia: Daunders Company, 1996.

HARDY, E; REBELLO, I; FAÚNDES, A. Aborto entre alunas e funcionárias de uma universidade brasileira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 113-116, 1993.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades@**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=354340&search=%7Cribeirao-preto>. Acessado em 04/04/2014.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 440-60, 2004.

LEITE, M. T. F. et al. Universitários- Saber e prática contraceptiva e prevenção de DST/HIV/AIDS em universitários da área da saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 4, p 434- 438, july/aug. 2007.

MACHADO, R. B.; FERNANDES, C. E.; MELO, N. R. Propriedades antiandrogênicas dos contraceptivos orais combinados no tratamento da síndrome dos ovários policísticos. **RBM**, São Paulo, v. 66, Supl. 3, p. 3-10, 2009.

MACHADO, R. B.; MAGALHÃES, J.; POMPEI, L.; MAIA FILHO, H. Anticoncepcionais orais combinados em regime estendido. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 10, p. 471-477, out. 2011.

MACHADO, R. B.; MELO, N. R.; PROTA, E.; LOPES, G. P.; MEGALE, A. Women's knowledge of health effects of oral contraceptives in five Brazilian cities **Contraception**, Netherlands, v. 86, n. 6, p. 698-703, dec 2012.

MACHADO, R.B; POMPEI, L .M.; GIRIBELA, A. de MELO, N. R. Impact of standardized information provided by gynecologists on women`s choice of combined hormonal contraception. **Ginecol. Endocrinol.**, Brasília, v. 29, n. 9, p. 855-858, set 2013.

MERKI-FELD, G.; GRUBER, I. M.L. Broad Counseling for Adolescents About Combined Hormonal contraceptive Methods:The Choice Study. **J. adolescent health**, Califórnia, v. 54, n. 4, p. 404-409, 2014.

MOURA, E. R. F; SILVA, R. M. Competência profissional e assistência em anticoncepção. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 795-801, 2005.

NARDELLI, G. G. et al. Perfil dos alunos ingressantes dos cursos da área da saúde de uma universidade federal. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 2, n. 1, p. 3-12, 2013.

NEUMANN, A F et al. Perfil da sexualidade feminina em universitárias de um curso de medicina de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 40, n. 1, p. 57, 2011.

PONCET, L. C. et al. Contraceptive use and method among immigrant women in France: Relationship with socioeconomic status. **The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care**, França, v. 18, n. 6, p. 468-479, 2013

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisas Johns Hopkins. Escola Bloomberg de Saúde Pública Centro de Programas de Comunicação Projeto INFO Agência para o desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos - Divisão de saúde Global. **Planejamento Familiar** – um manual global para profissionais e serviços de saúde. Escritório de População e Saúde Reprodutiva, 2007.

OSIS, M. J. D. Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1586-1594, nov-dez 2004.

PACAGNELLA, R. C. Novamente a questão de aborto no Brasil: ventos de mudança? **Rev. Bras. Ginecol. Obst.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 1-4, 2013.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia** - teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 1995.

PERÉZ, B. S. El uso de anticonceptivos em dermatologia. **Más Dermatol.**, Espanha, v. 1, n. 11, p. 14-18, 2010.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Ribeirão Preto. **Programa de assistência integral à saúde da Mulher (PAISM)**. Secretaria Municipal de Ribeirão Preto, 2009.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. **Rede Municipal de Saúde**. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/rede/i16apresentacao.php> Acessado em: 05 out 2012.

RIBEIRO, V. S et al. Mortalidade Neonatal em localidade do Nordeste do Brasil Neonatal Moratlity in region of Northwest/od Brazil. **Revista de Pesquisa em Saúde**, Espírito Santo, v. 13, n. 2, p. 32-37, 2012.

ROSENDAAL, F. R. Pregnancy, the ´postpartum period and prothrombotic defects: risk of venous thrombosis in the MEGA study. **J. thromb.haemost.**, Holanda, v. 6, p. 632-637, 2008.

ROSS, J.; BLANC, A. Why Aren't There More Maternal Deaths? A Decomposition Analisis. **Matern Child Health J.**, Washington, DC - EUA, New York EUA, v. 16, p. 456-463, 2012.

ROSS, P. J. D. "**Criação dos filhos segundo a Bíblia**" - um estudo dos princípios bíblicos para a educação e o treinamento dos nossos filhos. São Paulo, 1985. Disponível em: www.obreiroaprovado.com. Acesso em 04/03/2013.

ROUQUARYOL, M. Z., ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p. 736.

SANTOS, M. A; VIEIRA, E. A. Aconselhamento em contracepção: grupo de capacitação de profissionais médicos do Programa de Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 263-270, 2001.

SANTOS, J. C.; FREITAS, P. M. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento; Family planning under the view of development. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 1813-1820, 2011.

SANTOS, J. C.; FREITAS, P. M. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.1813-1820, mar. 2011.

SANTOS, R. S. et al. Perfil socioeconômico e expectativa docente de ingressantes no Curso de Licenciatura em Ciências Biológicas. **Revista Eletrônica de Educação**, Rio Branco, v. 8, n. 2, p. 293-303, 2014.

- SCHERREN, H. B. **Educação e Saúde**: diálogo com “elas” e “eles” sobre planejamento familiar. 102p. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.
- SCHOR, N. et al. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 377-384, abr-jun 2000
- SECURA, Gina M. et al. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 203, n. 2, p. 115, p.111-115, 2010.
- SGRECCIA, E. **Manual de bioética**: II. aspectos médico-sociais. Local: Loyola, 1997.
- SILVA, A. M. M. **Comportamento sexual e fatores associados à conduta sexual de risco em estudantes universitárias** - estudo comparativo. 106p. 2003. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia), Programa de Pós Graduação da Universidade Federal do Paraná, 2003.
- SILVA, K. L et al. Métodos contraceptivos: estratégia educativa com adolescentes. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 1, p..145-151., 2012.
- SINGH, S. et al. **Adding It Up**: Costs and Benefits of Investing planning and Newborn Healt Gutt macher institute and UNPRA , 2009.
- SOMBA, M. J. et al. Sexual behaviour, contraceptive knowledge and use among female undergraduates' students of Muhimbili and Dar es Salaam Universities, Tanzania: a cross-sectional study. **BMC women's health**, Muhimbili/Tanzânia, v. 14, n. 1, p. 94, 2014.
- SOUZA, J. B. **Mulher e contracepção Evolução e Conquista**. São Paulo: Alaúde Editorial, 2003
- SOUZA, R. Q. de M et al. Avaliação do conhecimento e da prática anticoncepcional de universitárias de enfermagem relacionando com o nível de formação. **Revista Panorâmica**, Barra do Garças, v. 17, p. 65-80, 2015.
- SOUZA, J. P. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obst.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 533-535, 2013.
- STRECK, V. S. Famílias em transição: desafios para a sociedade e Igreja. **Estudos Teológicos**, São Leopoldo, v. 47, n. 1, p. 25-42, 2012.
- TEIXEIRA, A. M. B.; KNAUTH, D.R.; FACEL, J. M. G.; LEAL, A. F. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, jul 2006.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO – UNAERP. **A Universidade**. Disponível em <http://www.unaerp.br/index.php/ensino/> Acessado em 23/07/2014

VIEIRA, E. M; BADIANI, R.; DAL FABRO, A; RODRIGUES JUNIOR, A.L. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 263-270, 2001.

VIEIRA, C. S.; OLIVEIRA. L. C. O; SÁ, M. F. S. Hormônios femininos e hemostasia. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, Oct 2007.

WANG, C. Trends in contraceptive use and determinants of choice in China: 1980-2010. **Contraception**, Netherlands, v. 85, p. 570-579, 2012.

WANYENZE, R. et al. Fertility and contraceptive decision-making and support for HIV infected individuals; client and provider experiences and perceptions at two clinics in Uganda- **BMC. Public Health Published online**, EUA., v. 13, p. 98, 2013.

WINNER. B.; JEFFREY, F. P.; ZHAO, Q. et al Effectiveness of Long –Acting Reversible Contraception. **N. Engl J med.**, (St Louis region), v. 366, p. 1998-2012, 2007.

APÊNDICE I

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Parte A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- 1-NOME(INICIAIS)_____ ORIGEM_____ EST ())
- (Obs: origem é local de nascimento e vivência da maior parte de sua vida)
- 2- DATA DE NASCIMENTO:___/___/___ IDADE_____ANOS
- 3-HISTÓRICO FAMILIAR
- 3.1 quantos filhos tem? _____

3.2 teve abortos? _____

3.3 pretende ter mais filhos? () sim () não

4 - SITUAÇÃO MARITAL

Você possui relacionamento estável no momento? ()sim () não

5 - SITUAÇÃO LABORAL (RENDA)

- () estudante(o meu sustento é provido pelos responsáveis)
- () estudante e trabalhadora
- () estudante e do lar
- () estudante e desempregada
- () outros

6 - QUAL É SUA RENDA FAMILIAR? (incluir a renda de todos os familiares) Salário mínimo vigente: 724,00.

- () até 3 salários mínimos (2172,00)
- () 3 a 6 salários mínimos(2173,00 a 4344,00)
- () 6 a 10 salários mínimos(4345,00 a 7240,00)
- () acima de 10salários mínimos (acima de 7240,00)
- () não sabe informar

7 - QUAL É A SUA RELIGIÃO?

- () católica
- () evangélica
- () protestante
- () espírita (kardecista)
- () religiões originárias da África
- () muçulmana
- () budista
- () não tenho religião
- () outros

Parte B – QUESTÕES RELATIVAS AO TEMA

8a) QUAL O MÉTODO ANTICONCEPCIONAL VOCÊ ESCOLHERIA, DENTRE OS ABAIXO?

- anticoncepcional oral (comprimidos)
- anticoncepcional injetável mensal
- anticoncepcional injetável trimestral
- adesivo (Evra)
- anel vaginal (Nuvaring)
- implante subcutâneo (Implanon)
- pílula pós coital (do dia seguinte)
- DIU de cobre
- DIU de progesterona (Mirena)
- preservativos (feminino ou masculino)
- tabelinha
- diafragma
- coito interrompido
- muco vaginal
- laqueadura
- vasectomia
- outros

8b) QUAL O MOTIVO QUE LEVOU VOCÊ A ESCOLHER ESTE MÉTODO?

- mais seguro (não tem o problema de esquecer)
- mais prático (não é preciso utilizar todos os dias)
- mais eficaz (não sofre interferências ao associar outros produtos)
- conheço muitas pessoas que usam e falam bem do produto
- é mais barato
- conheço várias pessoas que utilizam e parece ser bom
- tenho receio de utilizar anticoncepcionais mais modernos
- tem poucos efeitos colaterais como dor de cabeça, inchaço, dor nos seios, dor de estômago, entre outros
- outros

MUITO OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO.

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO: “Mulheres de diferentes classes socioeconômicas utilizam diferentes métodos contraceptivos?”

RESPONSÁVEL PELO PROJETO: Arlete Massae Inagaki Yodono

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Silvia Sidnéia da Silva

Eu, _____
RG.: _____ CPF: _____ Residente à
Rua/Av. _____ concordo
em participar da pesquisa supracitada, após estar absolutamente esclarecido(a) dos propósitos da mesma.

1- JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Em estudo multicêntrico realizado por Egarter et al. (2013) acerca de escolha de métodos contraceptivos hormonais combinados, os autores constataram que 41,85 das mulheres escolherem algum tipo de anticoncepcional hormonal, denotando aí a relevância acerca da escolha dos métodos contraceptivos pelas mulheres.

No Brasil ainda temos alguma carência com relação aos referidos estudos, tendo sido avaliados alguns grupos específicos de contraceptivos, especialmente os orais, que é o tipo mais utilizado em nosso país.

Poucos estudos abordam a preferência dos contraceptivos pelas mulheres, especialmente os métodos lançados no mercado brasileiro mais recentemente, como anel vaginal, adesivo, implantes subcutâneos, SIU. Apesar do vasto tempo disponível no mercado brasileiro ainda verificamos alguma carência em trabalhos acerca de escolha de outros métodos como barreira (preservativos masculino e feminino).

Este presente estudo pretende, através da aplicação de um instrumento de coleta (questionário a ser aplicado com as entrevistadas), levantar o tipo de método contraceptivo preferencial pelas entrevistadas, contribuindo posteriormente para a melhora da percepção das mulheres acerca da utilização adequada do método, restrições ao uso em caso de patologias ou interações medicamentosas, avaliação quanto a restrição de acesso a métodos dentre outras.

2 - OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1 GERAL

Identificar o tipo de método contraceptivo preferencial entre alunas matriculadas nos cursos de graduação de uma Universidade privada do interior paulista.

2.2 ESPECÍFICOS

- Levantar o tipo de método contraceptivo escolhido por universitárias de diferentes classes socioeconômicas;
- de diferentes religiões e seu estado civil
- Avaliar se existem diferenças na escolha dos métodos contraceptivos nas diferentes classes socioeconômicas identificadas no estudo;
- Avaliar se existem diferenças de tipos de métodos contraceptivos escolhidos entre mulheres.
-

3 - PROCEDIMENTOS A QUE VOCÊ SERÁ SUBMETIDO

A pesquisa será realizada através da aplicação de um questionário contendo 8 questões de múltipla escolha, aplicados por um entrevistador, com duração média de 10 a 15 minutos.

Você tem a garantia do sigilo e do caráter confidencial das informações que estará prestando à pesquisadora, e está garantida a sua privacidade.

Haverá benefícios diretos desta pesquisa para você e para as mulheres que poderão obter novos conhecimentos, e suas informações serão extremamente valiosas no sentido de planejamentos futuros acerca da percepção da escolha de métodos contraceptivos pelas mulheres.

4 - ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa baseada em sua participação através da aplicação do questionário contendo respostas diretas, portanto, não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado a você ou a qualquer outro indivíduo. No entanto, por tratar-se de informações pessoais e de caráter sigiloso, o seu consentimento livre e esclarecido é necessário.

5 - OUTRAS INFORMAÇÕES

É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo.

Será mantida a confidencialidade. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Será garantido à(o) Sr^a ou Sr. o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa.

Comprometo-me a utilizar os dados somente nesta pesquisa.

Não há despesas para a participação em qualquer fase do estudo, mas também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Ribeirão Preto, ____/____/____

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste indivíduo para a participação deste estudo.

Prof^a Dr^a Silvia Sidnéia da Silva

RG: 20907158

CPF 144427278-05

Arlete Massae Inagaki Yodono

RG: 12284642

CPF 08143612856

Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)
Av. Costábile Romano, n. 2201, Bairro Ribeirânia, Ribeirão Preto-SP
Fone: (16) 3603-6840 e 3603-6801

APÊNDICE III

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA À COORDENADORA DE GRADUAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO

Ilma Sra.

Profa. Me. Sonia Maria dos Santos Camargo

Coordenadora de graduação da Universidade de Ribeirão Preto

Solicitamos junto a Vossa Senhoria a autorização para realizar um estudo que pretende, através da aplicação de um questionário contendo 8 questões de múltipla escolha, de respostas diretas, com o propósito de avaliar o tipo de método contraceptivo escolhido preferencialmente por estudantes dos cursos de graduação presencial da Universidade de Ribeirão Preto – Campus Ribeirão e correlacionar com outros dados como estado civil, religião, idade, número de filhos, crença religiosa, renda familiar.

Os estudos são relativamente recentes, mas diante dos contraceptivos existentes no mercado brasileiro, torna se relevante o estudo do método contraceptivo preferencial, pois com frequência detecta se dificuldades na percepção das mulheres a respeito do uso adequado desses produtos.

Assim, esse estudo pode trazer contribuições valiosas às mulheres onde após a verificação do método escolhido secundariamente analisaremos as principais restrições e uso inadequado nas escolhas. Posteriormente, tal estudo poderá auxiliar as mulheres na percepção a respeito de esclarecimentos a respeito do uso adequado, orientações sobre restrições de uso, falhas, entre outros aspectos.

Diante da importância reservada às questões de pesquisa dentro da instituição, reiteramos tal solicitação nos comprometendo a cumprir todas as questões éticas envolvidas na ação e resultados. Sem outro assunto de momento, apresentamos os nossos sinceros agradecimentos, acrescentando que nos encontramos disponíveis para prestar quaisquer esclarecimentos que considere pertinente.

Atenciosamente,

Profª Drª Sílvia Sidnéia da Silva
Pesquisadora responsável - orientadora

Arlete Massae Inagaki Yodono - Pesquisadora

APÊNDICE IV

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA À COORDENADORA DO CURSO DE GRADUAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO

Ilma Sra.

Profa. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva

Coordenadora curso de – Campus Ribeirão Preto

Universidade de Ribeirão Preto

Solicitamos junto a Vossa Senhoria a autorização para realizar um estudo que pretende, através da aplicação de um questionário contendo 8 questões de múltipla escolha, de respostas diretas, com o propósito de avaliar o tipo de método contraceptivo escolhido preferencialmente por estudantes dos cursos de graduação presencial da Universidade de Ribeirão Preto – Campus Ribeirão e correlacionar com outros dados como estado civil, religião, idade, número de filhos, crença religiosa, renda familiar.

Os estudos são relativamente recentes, mas diante dos contraceptivos existentes no mercado brasileiro, torna se relevante o estudo do método contraceptivo preferencial, pois com frequência detecta se dificuldades na percepção das mulheres a respeito do uso adequado desses produtos.

Assim, esse estudo pode trazer contribuições valiosas às mulheres onde após a verificação do método escolhido secundariamente analisaremos as principais restrições e uso inadequado nas escolhas. Posteriormente, tal estudo poderá auxiliar as mulheres na percepção a respeito de esclarecimentos a respeito do uso adequado, orientações sobre restrições de uso, falhas, entre outros aspectos.

Diante da importância reservada às questões de pesquisa dentro da instituição, reiteramos tal solicitação nos comprometendo a cumprir todas as questões éticas envolvidas na ação e resultados. Sem outro assunto de momento, apresentamos os nossos sinceros agradecimentos, acrescentando que nos encontramos disponíveis para prestar quaisquer esclarecimentos que considere pertinente.

Atenciosamente,

Profª Drª Sílvia Sidnéia da Silva
Pesquisadora responsável - orientadora

Arlete Massae Inagaki Yodono - Pesquisadora

APÊNDICE V

CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO/SP

Ilma Sr^a
Prof^a Dr^a Luciana Rezende Alves Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UNAERP
Universidade de Ribeirão Preto – Campus Ribeirão Preto

Venho pelo presente encaminhar o Projeto intitulado: Mulheres de diferentes classe socioeconômicas utilizam diferentes métodos contraceptivos? a ser desenvolvido pelo Mestrando – Arlete Massae Inagaki Yodono do Curso de Mestrado em Saúde e Educação, tendo como orientadora a Prof^a Dr^a Sílvia Sidnéia da Silva, coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, para a apreciação deste comitê.

As atividades serão desenvolvidas no município de Ribeirão Preto/SP, com universitárias da Universidade de Ribeirão Preto.

Atenciosamente,

Prof^a Dr^a Sílvia Sidnéia da Silva – Pesquisadora Responsável

Ribeirão Preto, 04 de dezembro de 2013

ANEXO A

Número total de universitárias, determinado para cada curso da área de saúde, nas dependências da Universidade de Ribeirão Preto, 2014.

Quantidade de alunos do sexo FEMININO em 2014/1 - Campus Ribeirão Preto - Graduação							
Curso	Nome do Curso	Manha	Noite	Integral	Total		
1B	DIREITO	297	275	0	572	17,30%	241
1E	SERVICO SOCIAL	0	96	0	96	2,90%	40
1T	ADMINISTRACAO	86	92	0	178	5,38%	75
1U	RELACOES INTERNACIONAIS	101	7	0	108	3,27%	45
1W	ENGENHARIA CIVIL	7	63	0	70	2,12%	29
2C	ENGENHARIA QUIMICA	10	206	0	216	6,53%	91
2M	ENGENHARIA DA COMPUTACAO	13	0	0	13	0,39%	5
3K	LICENCIATURA PLENA EM MUSICA	0	38	0	38	1,15%	16
3P	PUBLICIDADE E PROPAGANDA	85	58	0	143	4,33%	60
3Q	JORNALISMO	0	78	0	78	2,36%	33
4H	PSICOLOGIA: BEL-FORM.PSICOLOGO	0	0	226	226	6,84%	95
5B	FISIOTERAPIA	117	0	0	117	3,54%	49
5C	ODONTOLOGIA	0	0	298	298	9,01%	125
5F	CIENCIAS FARMACEUTICAS	78	92	0	170	5,14%	72
5G	MEDICINA	0	0	477	477	14,43%	201
5J	BACHAREL EM NUTRICAO	123	0	0	123	3,72%	52
5K	ENFERMAGEM	44	32	0	76	2,30%	32
7C	ENGENHARIA DE PRODUCAO	0	104	0	104	3,15%	44
7D	SISTEMAS DE INFORMACAO	0	9	0	9	0,27%	4
7E	EDUCACAO FISICA - BACHARELADO	3	46	0	49	1,48%	21
7F	EDUCACAO FISICA - LICENCIATURA	1	72	0	73	2,21%	31
7L	ARQUITETURA E URBANISMO	25	0	0	25	0,76%	11
7M	PSICOL.PROC.CLIN.E EDUCACION.	0	0	26	26	0,79%	11
7N	PSICOL.PROC.INTERV.INSTIT.ORG.	0	0	21	21	0,64%	9
Total		990	1268	1048	3306		1391

ANEXO B**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA DA COORDENADORA DE GRADUAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO**

DIRETORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO -
GRADUAÇÃO

Mem. 043/2013/DEPE-G/SMCS

De: Profª SONIA MARIA CAMARGO SANTOS
Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão - Graduação

Para: Profa. Sílvia Sidnéia da Silva
Coordenadora do Curso de Pós Graduação Stricto Sensu em Educação e Saúde

Data: 06/12/2013.

Assunto: Parecer sobre a realização de pesquisa no Campus Ribeirão

Prezada Profa. Dra. Sílvia,

Atendendo solicitação de V.Sa. para aplicação de questionário com o objetivo de avaliar o método contraceptivo escolhido por estudantes dos Cursos de Graduação presencial da Universidade de Ribeirão Preto / Campus Ribeirão, a DEPE – Graduação posiciona-se favoravelmente tendo em vista que esse levantamento será efetuado nas áreas de convivência da Instituição e não abordará os alunos em sala de aula.

Cordialmente,


Profª SONIA MARIA CAMARGO SANTOS
Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão-Graduação

13/01/14-13

ANEXO C

AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO

Página 1

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MULHERES DE DIFERENTES CLASSES SOCIOECONÔMICAS UTILIZAM DIFERENTES MÉTODOS CONTRACEPTIVOS?

Pesquisador: Sílvia Sidnéia da Silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 25961013.5.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 660.303

Data da Relatoria: 17/06/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto apresenta seus elementos essenciais e atende as questões acadêmicas.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar o tipo de método contraceptivo preferencial entre alunas matriculadas nos Cursos de graduação da Universidade de Ribeirão Preto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Atendem aos critérios éticos e não apresenta risco aos voluntários da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sugiro uma melhor revisão da Literatura, pois se tratando de um projeto de mestrado o número de 9 citações/referências é insuficiente diante do assunto a ser estudado.

No resumo do projeto a pesquisadora comenta que o trabalho compreende 3 etapas, entretanto ao longo do projeto não descreve e nem explica as 3 etapas, melhorar e REVER estes aspectos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atentar que a coleta deve ser realizada nas áreas de convivência comuns do Campus, conforme autorização da Coordenadoria das Graduações e não em salas de aula, uma vez que o MODELO para autorização dos COORDENADORES foi apresentada, mas isto não está autorizado.

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRÃO CEP: 14.096-380
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3603-6779 Fax: (16)3603-6817 E-mail: etica@unaerp.br

Página 2

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



Continuação do Parecer: 660.303

Recomendações:

Descrever detalhadamente as 3 ETAPAS do trabalho inclusivo mostrando os prévios dados do piloto ou do que estão chamando de validação do instrumento.

Rever projeto, pois cita etapas diferentes e não estão descritas ao longo do texto.

Melhorar a revisão da Literatura.

Rever o n amostral, justificando se são somente mulheres ingressantes no 1 semestre de 2014.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram atendidas e justificadas obedecendo a Resolução 466/12 do CNS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto de pesquisa está aprovado.

RIBEIRAO PRETO, 25 de Maio de 2014

Assinado por:
Luciana Rezende Alves de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6779 Fax: (16)3603-6817 E-mail: cotica@unaerp.br

Página 02 de 02