

IPV - ESSV |



# Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de





## **Agradecimentos**

Este trabalho representa um extenuante trabalho pessoal e concretização de um sonho.

À Professora Doutora Paula Nelas e ao Professor Doutor João Duarte reconheço a dedicação, simpatia e agradeço a orientação no trabalho final.

Um profundo agradecimento a todos os estudantes que participaram neste estudo.

Aos meus pais, Manuela e João, agradeço por acreditarem em mim e pelo amor incondicional.

Aos meus colegas e amigos, a minha imutável gratidão pelo apoio emocional.

Ao Pedro por partilhar comigo a sua vida e pela paciência. E ao nosso rebento que motivou a conclusão deste trabalho.

Bem-haja a todos aqueles que implícitos ou explicitamente contribuíram para a conclusão deste trabalho e que não foram referidos.



## Resumo

**Enquadramento:** A emergente preocupação com a saúde sexual e reprodutiva dos jovens, conduz à necessidade de aprofundar temas como a contraceção, uma vez que se assiste a um crescente número de infeções sexualmente transmissíveis e gravidezes indesejadas.

**Objetivos:** Descrever as variáveis sociodemográficas, académicas, afetivas, contracetivas e sexuais da população em estudo; identificar os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção dos estudantes do ensino superior; identificar as relações existentes entre as variáveis sociodemográficas, académicas, afetivas, contracetivas e sexuais, e os conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção; Analisar a relação dos conhecimentos contracetivos nas atitudes preventivas contracetivas.

**Métodos:** Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo-correlacional, transversal, numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 293 estudantes de um Instituto Politécnico da região centro de Portugal. Aplicou-se um questionário sociodemográfico, académico, afetivo, contracetivo e sexual incluindo o Inventário sobre o Conhecimento Contracetivo (versão resumida e adaptada por Reis, 2006) e a Escala de Atitudes Contracetivas (versão adaptada por Reis, 2006).

**Resultados:** O sexo feminino demonstra simultaneamente melhores conhecimentos contracetivos ( $p=0,000$ ) e atitudes preventivas ( $p=0,003$ ). Aqueles que frequentam a escola superior de saúde ( $p=0,000$ ) revelam maiores conhecimentos contracetivos com significância estatística, enquanto os estudantes que pertencem à escola superior de artes ( $p=0,006$ ) são aqueles que evidenciam melhores atitudes preventivas face à contraceção. A maioria dos participantes demonstra bons conhecimentos contracetivos (37,2%) e atitudes pouco adequadas face à contraceção-prevenção do risco (62,1%) e os conhecimentos contracetivos parecem influenciar positivamente as atitudes preventivas, embora não se verifique significância estatística (coeficiente beta: 0,16).

**Conclusão:** O conhecimento sobre contraceção é fundamental para os jovens apresentarem atitudes mais consistentes na área da saúde sexual e reprodutiva. É importante assegurar gabinetes de enfermagem nas universidades de forma a capacitar os jovens na tomada consciente de decisões.

**Palavras-chave:** Conhecimentos, Atitudes, Contraceção, Jovens



## **Abstract**

**Background:** Growing concerns among young people about sexual and reproductive health, are creating a debate around contraception and other related issues. Further fuelling the discussion, is the increasing number of sexually transmitted infections and unwanted pregnancies.

**Objectives:** Describe sexual, contraceptive, academic, affectional and sociodemographic variables of the studied population; Access university student's knowledge about contraception, as well as the degree to which they use contraception; Identify sociodemographic, sexual and contraceptive variables, and the knowledge and preventive attitudes regarding contraception; Study the correlation between contraceptive knowledge and the employment of contraception's preventive attitudes.

### **Methods:**

A quantitative, descriptive-correlation, cross-sectional, study was conducted in a non-probabilistic sample of 293 students from a Polytechnic Institute in the central region of Portugal. A sociodemographic, academic, affective, contraceptive, and sexual questionnaire was applied, including the Inventory on Contraceptive Knowledge (resume and adapted by Reis, 2006), and the Contraceptive Attitudes Scale (adapted by Reis, 2006).

### **Results:**

Results have shown that female sex simultaneously demonstrates better contraceptive knowledge ( $p=0.000$ ) and preventive attitudes ( $p=0.003$ ). Health school students ( $p=0.000$ ) have revealed greater contraceptive knowledge based on statistical significance, while art school students ( $p=0.006$ ) have shown better preventive attitudes towards contraception. Most of the students demonstrated satisfactory contraceptive knowledge (37,2%), but a little inadequate attitude regarding contraception-risk prevention (62.1%). Students's contraceptive knowledge seemed to improve preventive attitudes positively, although no statistical significance was verified.

**Conclusion:** Young people's knowledge about contraception is crucial to demonstrate logical and rational consistent attitudes regarding sexual and reproductive health. The placement of nursing offices in universities is essential to enable young people in making aware decisions.

**Keywords:** Knowledge, Attitudes, Contraception, Young people



## SUMÁRIO

	p.
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
<b>1. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR.</b>	<b>21</b>
1.1. CONTRACEÇÃO.....	23
<b>1.1.1. Conhecimentos</b> .....	<b>26</b>
<b>1.1.2. Atitudes</b> .....	<b>27</b>
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....	31
<b>2. METODOLOGIA</b> .....	<b>33</b>
2.1. MÉTODOS .....	33
2.2. PARTICIPANTES .....	36
<b>2.2.1. Caracterização sociodemográfica e académica da amostra</b> .....	<b>36</b>
2.3. INSTRUMENTOS .....	39
<b>2.3.1 Questionário</b> .....	<b>39</b>
<b>2.3.2 Escalas</b> .....	<b>40</b>
2.4. PROCEDIMENTOS NA RECOLHA DE DADOS.....	42
2.5. ANÁLISE DE DADOS.....	42
<b>3. RESULTADOS</b> .....	<b>45</b>
3.1. ANÁLISE DESCRITIVA .....	45
<b>3.1.1. Caracterização afetiva e contraceiva da amostra</b> .....	<b>45</b>
<b>3.1.2. Caracterização das variáveis sexuais da amostra</b> .....	<b>51</b>
<b>3.1.3. Conhecimentos face aos métodos contraceivos</b> .....	<b>56</b>
<b>3.1.4. Atitudes preventivas face aos métodos contraceivos</b> .....	<b>67</b>
3.2. ANÁLISE INFERENCIAL.....	75
<b>3. DISCUSSÃO</b> .....	<b>89</b>
3.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA.....	89
3.2. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	90
<b>4. CONCLUSÕES E SUGESTÕES</b> .....	<b>99</b>
<b>LISTA DE REFERÊNCIAS</b> .....	<b>103</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>109</b>
ANEXO I – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	111
ANEXO II – PEDIDO PARA O USO DAS ESCALAS .....	123
ANEXO III – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSV .....	127
ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DE DADOS POR PARTE DO IPCB	131



## Lista de Tabelas

	p.
Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade em função do sexo. ....	36
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica e académica em função do sexo.....	38
Tabela 3 – Namoro e tempo de namoro em função do sexo.....	46
Tabela 4 – Consultas de planeamento familiar/ginecologista em função do sexo .....	47
Tabela 5 – Uso de método contraceptivo e método utilizado no último mês em função do sexo .....	48
Tabela 6 – Perceção sobre os conhecimentos contraceptivos em função do sexo .....	48
Tabela 7 – Interlocutor preferencial sobre informação acerca de métodos contraceptivos em função do sexo .....	49
Tabela 8 – Educação sexual escolar em função do sexo.....	49
Tabela 9 – Relação entre a caracterização da educação sexual na escola em função do sexo.....	50
Tabela 10 – Vida sexual em função do sexo.....	51
Tabela 11 – Estatísticas relativas à idade da primeira relação sexual em função do sexo... ..	52
Tabela 12 – Método contraceptivo utilizado na primeira relação sexual em função do sexo.. ..	53
Tabela 13 – Relações sexuais ocasionais e uso de preservativo em função do sexo .....	54
Tabela 14 – Infecção Sexualmente Transmissível em função do sexo .....	54
Tabela 15 – Método contraceptivo de emergência em função do sexo.....	55
Tabela 16 – Gravidez indesejada em função do sexo.....	55
Tabela 17 – Caracterização dos conhecimentos dos métodos contraceptivos da amostra ....	57
Tabela 18 – Relação entre as respostas corretas em função do sexo .....	58
Tabela 19 – Conhecimentos face à contraceção em função do sexo.....	58
Tabela 20 – Conhecimentos sobre métodos contraceptivos em função das variáveis sociodemográficas e académicas .....	61
Tabela 21 – Classificações e riscos das previsões corretas e incorretas para as variáveis sociodemográficas e académicas .....	64
Tabela 22 – Relação entre os conhecimentos acerca de métodos contraceptivos em função do tempo de namoro.....	64
Tabela 23 – Classificações e riscos das previsões corretas e incorretas para as variáveis de contexto afetivo, contraceptivo e sexual .....	66
Tabela 24 – Estatísticas relativas às atitudes preventivas face à contraceção em função do sexo.....	67
Tabela 25 – Atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos em função das variáveis sociodemográficas e académicas .....	69
Tabela 26 – Classificações e riscos das previsões corretas e incorretas para as variáveis sociodemográficas e académicas .....	71
Tabela 27 – Atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos em função do namoro... ..	71
Tabela 28 – Atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos em função da assiduidade nas consultas de planeamento familiar/ginecologista.....	72

Tabela 29 – Atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos em função da educação sexual .....	72
Tabela 30 – Teste U de Mann-Whitney entre o sexo e os conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção.....	76
Tabela 31 – Teste ANOVA entre a idade e os conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção .....	77
Tabela 32 – Teste U de Mann-Whitney entre a residência e os conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção.....	77
Tabela 33 – Teste U de Mann-Whitney entre o estado civil e os conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção.....	78
Tabela 34 – Teste Kruskal-Wallis entre a instituição de ensino e os conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção.....	78
Tabela 35 – Teste Kruskal-Wallis entre o curso e os conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção.....	79
Tabela 36 – Teste t de student para diferenças de médias entre o namoro e os conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção.....	80
Tabela 37 – Teste U de Mann-Whitney entre o tempo de namoro e os conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção .....	80
Tabela 38 – Teste U de Mann-Whitney entre frequência de consulta de planeamento familiar/ginecologista e os conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção .....	81
Tabela 39 – Teste U de Mann-Whitney entre uso de método contraceptivo e os conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção.....	81
Tabela 40 – Teste Kruskal-Wallis entre a perceção dos participantes sobre os conhecimentos contraceptivos e os conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção .....	82
Tabela 41 – Teste t de student para diferenças de médias entre existência de educação sexual e os conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção.....	82
Tabela 42 – Teste U de Mann-Whitney entre início da vida sexual e os conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção .....	83
Tabela 43 – Teste U de Mann-Whitney entre uso de método contraceptivo na primeira relação sexual e os conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção.....	83
Tabela 44 – Teste t de student para diferenças de médias entre existência de relações sexuais ocasionais e os conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção .....	84
Tabela 45 – Teste U de Mann-Whitney entre existência de IST e os conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção .....	84
Tabela 46 – Teste U de Mann-Whitney entre uso de método contraceptivo de emergência e os conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção.....	85
Tabela 47 – Teste U de Mann-Whitney entre gravidez indesejada e os conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção .....	85
Tabela 48 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável atitudes contraceptivas com as variáveis preditoras (modelo ajustado) .....	87

## Lista de Figuras

	p.
Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica .....	35
Figura 2 – Árvore 1: Árvore CHAID dos conhecimentos face à contraceção em função das variáveis sociodemográficas e académicas .....	63
Figura 3 – Árvore 2: Árvore CHAID dos conhecimentos face à contraceção em função das variáveis afetivas, contracetivas e sexuais.....	65
Figura 4 – Árvore 3: Árvore CHAID das atitudes preventivas face à contraceção em função das variáveis sociodemográficas e académicas.....	70
Figura 5 – Árvore 4: Árvore CHAID das atitudes face à contraceção em função das variáveis afetivas, contracetivas e sexuais .....	74
Figura 6 – <i>Output</i> simples gráfico da regressão linear simples sobre os conhecimentos e atitudes preventivas face aos métodos contracetivos .....	86



## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

ANOVA – Análise de variância a um fator

APF – Associação para o Planeamento da Família

Artº - Artigo

Cf. – Conforme

CHAID – CHi-squared Automatic Interaction Detection

CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

CO – Contraceptivos Orais

CRP – Constituição da República Portuguesa

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DIU – Dispositivo Intrauterino

DGS – Direção-Geral da Saúde

D.L – Decreto-Lei

DST – Doença Sexualmente Transmissível

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPCB – Instituto Politécnico de Castelo Branco

ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

HBSC – Health Behaviour in School - aged Children

MS – Ministério da Saúde

N.º – Número

OM – Ordenações Médias

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

VIH – Vírus de Imunodeficiência Humana

vs. – Versos

WHO – World Health Organization

## INTRODUÇÃO

Atualmente os relacionamentos sexuais não se limitam à reprodução, existem outros aspetos fundamentais, tais como a necessidade de procura de prazer e a criação de laços afetivos com outro indivíduo (Ribeiro & Fernandes, 2009). Este aspeto torna os jovens um grupo particularmente vulnerável relativamente a comportamentos sexuais de risco (Matos, Reis, Ramiro, & Equipa Aventura Social, 2011). Verifica-se, desta forma, a necessidade de refletir sobre os cuidados de saúde sexual e reprodutiva dos jovens adultos.

A Associação para o Planeamento da Família (APF, 2015a) lembra que os métodos contraceptivos são um instrumento indispensável na prevenção da gravidez indesejada e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Nos últimos anos têm-se verificado alterações face ao comportamento e atitudes relativas à sexualidade, por exemplo quanto à antecipação da idade da primeira relação sexual, nos dois sexos (Matos, Simões, Camacho, Reis & Equipa Aventura Social, 2015). Além disso, o grau de conhecimentos relacionados com a saúde sexual tem sofrido alterações nos últimos anos (Matos et al., 2011).

Estes aspetos evidenciam a importância da educação sexual nas escolas. Existe uma necessidade crescente da presença de serviços apropriados e acessíveis a todos os estudantes nas universidades (Silva & Meneses, 2010; APF, 2015a). Contudo, Matos et al. (2015, p.207) alertam que a educação sexual deve, além de incidir sobre a prevenção do risco, "(...) abordar a sexualidade em termos de competências pessoais, de relações interpessoais, de equidade de género e de direitos humanos."

Os agentes educativos não se devem limitar à transmissão de informação sobre a sexualidade. "É necessário sensibilizá-los para a temática e relevância da saúde sexual e reprodutiva e para as escolhas mais convenientes e adequadas com uma atitude responsável na contraceção." (APF, 2015a, p. 17)

Existe uma crescente necessidade, não só de abordar o tema saúde sexual e reprodutiva em contexto de sala de aula, mas também em cooperação com serviços de saúde e outros serviços, como por exemplo linhas telefónicas de ajuda (APF, 2008).

Perante a problemática apresentada questionamo-nos sobre de que forma os conhecimentos sobre métodos contraceptivos influenciam positivamente as atitudes preventivas face aos mesmos.

Desta forma, as questões de investigação que formaram o ponto de partida para a realização do estudo são:

- **Que conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção possuem os alunos do ensino superior?**

- **Quais as variáveis sociodemográficas e académicas que influenciam os conhecimentos e as atitudes face à contraceção-prevenção do risco?**
- **Quais as variáveis afetivas, contraceptivas e sexuais que influenciam os conhecimentos e as atitudes face à contraceção-prevenção do risco?**
- **Qual a relação entre os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção dos estudantes do ensino superior?**

De forma a responder às questões de investigação foram delineados dois objetivos descritivos: descrever as características sociodemográficas, académicas, afetivas, contraceptivas e sexuais da população em estudo e identificar os conhecimentos e as atitudes face à contraceção-prevenção do risco dos estudantes do ensino superior, E dois objetivos inferenciais: identificar as variáveis sociodemográficas, académicas, afetivas, contraceptivas e sexuais que influenciam os conhecimentos e atitudes face à contraceção-prevenção do risco e analisar a relação dos conhecimentos contraceptivos nas atitudes face à contraceção-prevenção do risco.

Este enquadramento reconhece a necessidade de desenvolver o tema deste estudo “Contraceção em estudantes do ensino superior: conhecimentos e atitudes”.

A metodologia do presente trabalho insere-se num estudo quantitativo, transversal, do tipo descritivo-correlacional, de forma a analisar a influência dos conhecimentos nas atitudes face aos métodos contraceptivos.

Foram selecionados para este estudo os estudantes de uma instituição de ensino superior da região centro de Portugal, composta por seis unidades orgânicas.

O estudo apresentado encontra-se organizado em duas partes fundamentais. A primeira expõe a fundamentação teórica, onde analisamos diversa literatura referente à saúde sexual e reprodutiva dos estudantes do ensino superior, é caracterizada a saúde sexual e reprodutiva e explicados os direitos reprodutivos. Posteriormente aborda-se o tema contraceção e planeamento familiar, é descrito ainda o contributo dos profissionais de saúde, particularmente o enfermeiro, quanto ao uso de métodos contraceptivos. Por fim, num último subcapítulo, reflete-se sobre o estado da arte quanto aos conhecimentos contraceptivos nos jovens, assim como as atitudes face aos métodos contraceptivos.

Na segunda parte descrevemos a investigação empírica, na qual apresentamos a metodologia, o tipo de investigação, os participantes, os instrumentos de recolha de dados e respetivos procedimentos e análises. Procedemos à apresentação e análise dos resultados, seguindo-se a discussão dos mesmos e, por fim, apresentamos as conclusões, refletindo sobre a temática em estudo, assim como as sugestões que servem de linhas orientadoras a desenvolver em futuros estudos de investigação.

## **PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**



## 1. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

A mudança para o ensino superior está carregada de desafios e inúmeros fatores de *stress*. Os estudantes são colmatados por exigências pessoais, sociais e acadêmicas, apelando a níveis adequados de autonomia e maturidade, que garantam a sua adequada adaptação e sucesso (Araújo & Ponte, 2011).

O início da idade adulta é uma fase suscetível a comportamentos sexuais de risco, não só devido ao desenvolvimento psicosssexual, mas também do contexto acadêmico, onde surgem oportunidades para a atividade sexual, associado ao consumo de álcool, drogas e relações sexuais com parceiros ocasionais (Cunha-Oliveira, Cunha-Oliveira, Pita, & Massano-Cardoso, 2009; Matos, et al., 2011). Tal facto justifica-se, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), por ser na adolescência e na idade adulta jovem que se concentra metade das infeções por Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) em todo o mundo (Nogueira, Saavedra, & Costa, 2008).

Atendendo às necessidades de transição para a vida adulta, fase repleta de ambiguidade, *stress* e risco, Reis, Ramiro, Matos e Diniz (2013a) consideram que os jovens do ensino superior são uma parcela da população negligenciada nas intervenções de educação para a saúde, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

A saúde sexual e reprodutiva e os respetivos direitos são conceitos recentes que representam a luta pela cidadania e pelos direitos humanos e ambientais. Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada na cidade de Cairo, em 1994, ficou assinalado o conceito de saúde sexual e reprodutiva e estabeleceram-se acordos internacionais assumidos por quase duas centenas de países (Corrêa, Alves, & Jannuzzi, 2006). Sendo assim, em 1994 a saúde reprodutiva ficou definida como: “um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social e não apenas a ausência de doença ou disfunção em tudo o que se relaciona com o sistema reprodutivo, as suas funções e processos”. (United Nations, 2014, p.59)

Tendo em conta a definição supra citada, que resulta da definição geral de saúde pela OMS, os direitos reprodutivos indicam que todos os indivíduos sejam capazes de ter uma vida sexual satisfatória, segura e possam decidir se, quando e com que frequência têm filhos. Além disso, pressupõe que homens e mulheres tenham o direito de serem informados e tenham acesso a métodos de planeamento familiar eficazes, aceitáveis e exequíveis. Implica ainda que tenham o direito ao acesso a serviços e cuidados de saúde adequados e eficazes, que capacitem as mulheres para a gravidez e parto e que proporcionem aos casais melhores oportunidades para terem filhos saudáveis, mas também a prevenção de ISTs e acesso à Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) em condições legais e de segurança (United Nations, 2014).

Os direitos reprodutivos são essenciais para que a população exerça os seus direitos de autonomia e tenham acesso a serviços de saúde de qualidade, com privacidade, informação relevante, livre escolha, confidencialidade e respeito (Corrêa, et al., 2006). Para que a saúde sexual seja atingida, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e satisfeitos (WHO, 2015a).

Outra questão importante na origem dos direitos reprodutivos é que estes incluem também os homens, e não se restringem apenas às mulheres, uma vez que estes têm as suas próprias responsabilidades e capacidade de decisão no âmbito da reprodução e de regulação da fecundidade (Corrêa, et al., 2006).

A relação sexual e reprodutiva exige o total respeito pela integridade física, respeito mútuo e responsabilidade pelas consequências do comportamento sexual (United Nations, 2014).

A compreensão da sexualidade e comportamentos sexuais tem vindo a ganhar destaque em diversos estudos nacionais e internacionais devido a problemas como: o VIH, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), gravidez indesejada, aborto inseguro, infertilidade, violência de género, disfunção sexual e discriminação com base na orientação sexual (WHO, 2006).

Para uma melhor compreensão do conceito, a OMS redefiniu a sexualidade como:

um aspeto central do ser humano ao longo da vida que abrange sexo, identidades e papéis de género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experimentada/vivenciada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis/funções e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem todas são sempre vivenciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (WHO, 2015b, p. 16).

Aqueles que estão privados, ou que não conseguem aceder à informação e a serviços relacionados com a sexualidade e saúde sexual, estão vulneráveis a doenças sexuais. De facto, a capacidade dos indivíduos atingirem o bem-estar e saúde sexual está dependente do acesso a esses serviços, da compreensão acerca dos riscos que podem correr, da sua vulnerabilidade às consequências adversas resultantes da sua atividade sexual, ao acesso a cuidados de saúde e a um ambiente que promova a saúde sexual (WHO, 2015a).

## 1.1. CONTRACEÇÃO

Em Portugal, de acordo com a APF (2015b), o planeamento familiar e o uso eficaz de contraceção constituem uma ferramenta fundamental na prestação de cuidados em saúde sexual e reprodutiva. Desta forma, os serviços de planeamento familiar têm como objetivo promover a vivência sexual gratificante e segura, preparar a maternidade e paternidade saudáveis, prevenir a gravidez indesejada, reduzir taxas de mortalidade e morbidade materna, perinatal e infantil e ainda reduzir o número de ISTs. Em suma, o planeamento familiar tem por objetivo informar, aconselhar e educar através dos profissionais de saúde na prestação de cuidados em saúde sexual e reprodutiva.

Aconselham-se os profissionais de saúde a estarem corretamente informados para que transmitam corretamente a utilização, eficácia, vantagens e desvantagens, efeitos secundários, riscos e benefícios dos diversos métodos contraceptivos. O aconselhamento é fundamental para uma boa adesão a um método de contraceção (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, Sociedade Portuguesa da Contraceção, & Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução, 2011).

A APF (2015b) defende que “o sucesso na escolha de um método contraceptivo depende de decisão voluntária e esclarecida sobre a segurança, a eficácia, os custos, os efeitos secundários e reversibilidade dos métodos disponíveis”.

O enfermeiro neste sentido tem um papel fundamental. Na atual sociedade a vivência da sexualidade exige que os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, estabeleçam novas estratégias e modelos de intervenção na educação sexual. É exemplo disso a Lei n.º 60 de 2009 de 6 de agosto, que veio estabelecer a educação sexual em meio escolar (Flora, Rodrigues, & Paiva, 2013, p. 126).

Neste sentido, o enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, no domínio das suas competências, promove a saúde no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional (Regulamento n.º127/2011). Sendo assim, Matos, et al. (2011) apontam para a necessidade da existência de serviços de saúde com gabinetes de atendimento em contexto académico, constituídos por equipas multidisciplinares com formação adequada, com recurso à *internet* e inovação como *mHealth* (serviço de mensagens curtas nos telemóveis).

A distribuição gratuita de métodos contraceptivos conduz à redução, a curto prazo, dos gastos do SNS, comparativamente ao regime de participação, bem como à redução, a médio e longo prazo, das perdas individuais, sociais e dos gastos em saúde associados às gravidezes indesejadas (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2010 p.2)

A legislação portuguesa em vigor contempla aspetos relacionados com a saúde sexual e reprodutiva dos jovens, garantindo o acesso gratuito às consultas de planeamento familiar (Lei n.º 120/99), assim como a distribuição gratuita de métodos contraceptivos (Decreto-Lei n.º 259/2000) e o acesso livre à contraceção de emergência (Lei n.º 12/2001) em todas as unidades de saúde, quer de Cuidados de Saúde Primários (CSP), quer hospitalares (Portugal, MS, DGS, 2010).

Este dado parece não ser suficiente para o uso consistente de métodos contraceptivos. Um estudo recente mostra que 26,1% dos adolescentes refere não usar preservativo por acharem que são muito caros (Matos, et al., 2015). Um outro estudo revela que mais de metade da amostra (57,3%) adquire métodos contraceptivos na farmácia (Santos, Ferreira, & Ferreira, 2015). Estes dados encontrados nos estudos são reveladores de que a amostra ignora que os preservativos são distribuídos gratuitamente nos serviços de saúde. Tal como está descrito por Portugal, MS, DGS (2008 p.6) nas consultas de planeamento familiar, os profissionais de saúde têm o dever de "(...) facultar informação completa, isenta e com fundamento científico sobre todos os métodos contraceptivos". Contudo, num inquérito realizado pela DGS a profissionais de saúde, que laboram em CSP e hospitais, são identificados como obstáculos ao recurso aos serviços de saúde, nomeadamente no que reporta ao medo da quebra de confidencialidade (62,0%), o desconhecimento do tipo de oferta dos serviços (59,0%), o pouco tempo disponível por parte dos profissionais (44,0%) e o desinteresse dos jovens (40,0%) (Prazeres, Laranjeira, & Oliveira, 2004). Outros autores sustentam que os serviços de saúde que estão programados especificamente para jovens e adolescentes, têm uma procura reduzida (Cunha-Oliveira, et al., 2009).

Também uma elevada percentagem de estudantes universitários nunca recorreu aos serviços de saúde sexual e reprodutiva (69,9%). Estes apontam a garantia do anonimato e confidencialidade como umas das preocupações demonstrada pelos jovens e um fator que condicionou a procura dos serviços de saúde sexual e reprodutiva (Santos, et al., 2015).

Num estudo retrospectivo recente, que procurou avaliar o comportamento de adolescentes que recorreram a um Centro de Atendimento a Jovens, relativamente à sua saúde sexual e reprodutiva e escolha contraceptiva, concluiu que houve um aumento da procura da consulta do Espaço Jovem. Os motivos de atendimento mais frequentes foram: o início da contraceção hormonal, informação sobre contraceção e sexualidade e suspeita de gravidez. Além disso, verificou-se que a pílula é o método contraceptivo preferencial, no entanto constatou-se uma maior adesão ao implante subcutâneo (Silva, et al., 2015).

Os jovens iniciam a sua vida sexual cada vez mais cedo (Nodin, 2011; Nogueira, et al., 2008; Reis & Matos, 2008; Ribeiro & Fernandes, 2009) o que implica um maior número de parceiros sexuais, de gravidezes em adolescentes e um risco aumentado de ISTs,

particularmente o HIV (Nogueira, et al., 2008). Verifica-se ainda uma maior tendência para o sexo masculino iniciar a vida sexual antes do sexo feminino (Matos, et al., 2015; Reis & Matos, 2008; Reis, Ramiro, Matos, & Diniz, 2012; Reis, Ramiro, Matos, Diniz, & Simões, 2013b; Ribeiro & Fernandes, 2009).

Dados relativos à iniciação sexual apontam que a maioria dos jovens (79,2%) começou a ter relações sexuais com 16 ou mais anos e 90,3% usou contraceção na primeira relação sexual, designadamente o preservativo (86,8%). Contudo, os homens (16,0%) mais frequentemente que as mulheres (6,7%) referiram não usar (Reis, et al., 2012).

Os dados mais recentes realizados em Portugal pelo Health Behaviour in School - Aged Children (HBSC), numa amostra de jovens que frequentavam o 8º e 10º ano de escolaridade, verificou-se que 16,1% referem ter iniciado relações sexuais, sendo a percentagem de rapazes (22,2%) superior à das raparigas (10,7%) e a idade média da primeira relação sexual para a maioria foi aos 14 anos ou mais (76,2%) (Matos, et al., 2015).

O preservativo é o método contraceptivo mais utilizado pelos jovens estudantes do ensino universitário, tendência que decresce com o aumento da idade e que é mais comum entre homens (Reis, et al., 2012). Enquanto, no universo feminino os métodos utilizados com mais frequência são os Contraceptivos Orais (CO) (58,1%), o preservativo masculino (14,3%) e o Dispositivo Intrauterino (DIU) (11,8%), sendo que o uso de contraceção diminui com a idade (Águas, Bombas, & Silva, 2016). Segundo a mesma fonte 66% da população em estudo teve consulta de planeamento familiar ou de ginecologia no último ano.

De acordo com o estudo realizado por Santos et al. (2015) a dupla proteção pílula/preservativo surge como o método contraceptivo mais utilizados entre mulheres jovens adultas.

Estudo intitulado “saberes e atitudes dos adolescentes frente à contraceção” realizado a 499 adolescentes oriundos de Cuiabá, concluiu que apenas 43,0% da amostra escolheu o preservativo como método contraceptivo ideal. Além disso, uma pequena percentagem de estudantes (14,0%) relata como método ideal a dupla proteção (preservativo e CO) (Mendes, Moreira, Martins, Souza, & Matos, 2011).

Num estudo nacional constituído por 3278 estudantes universitários entre os 18 e os 35 anos, demonstrou que a maioria dos jovens (67,4%) não usou sempre o preservativo durante as relações sexuais, sendo que os jovens mais novos mencionaram com mais frequência usar sempre (43,4%) (Reis, et al., 2012).

Segundo o Inquérito de Nacional de Saúde, em 2014 o uso de métodos contraceptivos é alto, porém continua a concentrar-se no uso da pílula, utilizada por 70% das mulheres (entre os 15 e os 55 anos), sendo a faixa etária dos 15 e 19 anos a proporção mais baixa (21,3%) (Portugal, Instituto Nacional de Estatística [Portugal, INE], 2015).

Foram estudados os conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção em 365 estudantes do Instituto Politécnico de Bragança. Os autores puderam observar que 49,7% utilizavam preservativo, 20,9% a pílula e, 20,9% utilizavam simultaneamente a pílula e o preservativo (Loio, et al., 2015).

Em Portugal no ano 2014, comparativamente com estudos anteriormente realizados por HBSC, comprovou-se uma diminuição do uso do preservativo e um aumento das relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas, o que sugere a identificação de um grupo de risco que necessita de medidas urgentes de prevenção. Também é preocupante que sejam os adolescentes mais novos os que utilizam menos o preservativo, bem como o facto de nem todos os adolescentes que referem já ter tido relações sexuais reportem que tiveram relações na altura que quiseram e decidiram (Matos, et al., 2015).

Estes últimos autores acrescentam ainda que esta situação remete para a necessidade da educação sexual sair do âmbito da prevenção do risco sexual e passar a abordar a sexualidade em termos de competências pessoais, de relações interpessoais, de equidade de género e de direitos humanos (Matos, et al., 2015).

É importante falar, na educação sexual, da vivência da sexualidade na intimidade, no prazer e no desejo, independentemente da orientação sexual, e não incidir apenas na visão negativa dos comportamentos de risco (embora esses não possam ser esquecidos), a par de uma clara informação de como os evitar (Cunha-Oliveira, et al., 2009, p.74).

Um dos fatores que influencia a utilização de CO, para Koerich, et al. (2010) é que muitos jovens manifestam dificuldade em lidar com alguns efeitos secundários, como vómitos e diarreia e, com o esquecimento do uso diário da pílula. Quanto à utilização do preservativo os jovens parecem relacionar o seu uso com a prevenção de uma gravidez, todavia desconsideram o seu papel na proteção contra ISTs.

### **1.1.1. Conhecimentos**

O uso de métodos contraceptivos não está necessariamente associado à falta de informação (Nsubuga, Sekandi, Sempeera, & Makumbi, 2015; Patias & Dias, 2014). Os jovens têm cada vez mais facilidade de acesso à informação, no entanto não garante que estes façam escolhas acertadas (Reis, et al., 2013a). Na educação sexual deve-se ter em conta determinados aspetos, nomeadamente: a importância da aquisição de competências cognitivas e comportamentais para proceder à avaliação da vulnerabilidade ao risco e da motivação para a mudança, assim como, os fatores interpessoais e sociais que possam

interferir com a aquisição de comportamentos/mudanças (Reis et al., 2009 citado em Reis, et al., 2013a).

Verifica-se que o uso do preservativo não depende exclusivamente do grau de conhecimentos, mas da motivação e do desenvolvimento das competências (Matos, et al., 2011).

Num estudo realizado em Uganda a 1008 estudantes universitárias, foram avaliados os conhecimentos, as atitudes, as percepções e uso de métodos contraceptivos. Os resultados mostram que os alunos conhecem a generalidade dos métodos contraceptivos (99,6%), mas o seu uso foi abaixo do esperado. Os métodos mais comumente conhecidos e utilizados foram os preservativo masculino e o CO, mas a maioria não possuía conhecimento acerca do preservativo feminino (22,1%) (Nsubuga, et al., 2015).

Diversos estudos mostram uma tendência para os conhecimentos dos jovens acerca de métodos contraceptivos se restringir ao uso do preservativo e da pílula (Koerich, et al., 2010; Mendes, et al., 2011).

Koerich, et al. (2010) ao estudarem sobre sexualidade, ISTs e contraceção, numa comunidade no sul do Brasil, puderam constatar que os jovens sabem pouco sobre contraceção. Além disso, o seu uso não é contínuo ou adequadamente acompanhado por profissionais de saúde, uma vez que a procura por serviços de saúde é escassa. Verificou-se ainda que os jovens demonstram poucos conhecimentos acerca da diversidade e mecanismos de ação dos métodos contraceptivos, exceto do preservativo masculino, o CO, o implante subcutâneo e a contraceção de emergência.

Num estudo recente realizado no Instituto Politécnico de Bragança, concluiu que níveis mais elevados de conhecimentos sobre métodos contraceptivos, surgem relacionados com: ser do sexo feminino e frequentar a Escola Superior de Saúde (Loio, et al., 2015).

Quanto ao conhecimento sobre o CO, numa dissertação realizada por Esteves (2011), verificou-se que de uma forma geral as mulheres estão informadas com assuntos relacionadas com a imagem corporal, efeitos secundários, riscos futuros para a saúde e forma de uso. Todavia verificou-se desconhecimento relativo à alteração do desejo sexual e alguns aspetos como a infertilidade, o risco de cancro da mama e o facto de as adolescentes fumadoras poderem usar CO.

### **1.1.2. Atitudes**

A atitude é um dos conceitos mais antigos e estudados no contexto sociopsicológico (Lima, 2006). Embora as definições nem sempre sejam consensuais, existem algumas questões em comum descritas pelos autores, como o facto de se encontrarem associadas a diferentes manifestações, incluindo crenças, valores, opiniões e envolverem avaliações de

objetos sociais (Saucier, 2000 citado em Ferreira, 2010). As atitudes podem ser conceituadas como avaliações gerais e duradouras, que variam de um extremo positivo a um extremo negativo, dos objetos presentes no mundo social, o que abrange pessoas, grupos e comportamentos (Fabrigar & Wegener, 2010 citado em Ferreira, 2010).

As atitudes são predisposições para avaliar os objetos, de forma positiva ou negativa ao longo da vida de um indivíduo, resultante das experiências e de comportamentos aprendidos com os outros (Vaz, 2011).

Um estudo nacional demonstra que os alunos do ensino superior apresentam atitudes bastante positivas face ao uso de contraceptivos, sendo que são mais adequadas no sexo feminino e nos alunos da área de saúde. A idade não parece ser um fator diferenciador no que diz respeito às atitudes preventivas dos alunos no uso de métodos contraceptivos. Já o conhecimento está diretamente correlacionado com as atitudes dos alunos face à prevenção do risco (contudo esta correlação é fraca) (Loio, et al., 2015).

Um estudo realizado por Reis e Matos (2007) apontou que a maioria dos jovens que frequentam o ensino superior têm poucos conhecimentos acerca dos métodos contraceptivos, mas mostraram ter uma sólida atitude preventiva face a uma gravidez indesejada.

Um estudo realizado a estudantes da região de Lisboa que frequentam cursos na área de saúde, concluiu que as estudantes do sexo feminino apresentavam atitudes contraceptivas mais positivas, sobretudo no que diz respeito à necessidade de usar preservativo, independentemente de conhecerem o parceiro sexual há algum tempo. Comprovou-se ainda que as atitudes positivas aumentavam proporcionalmente com o ano escolar (Janeiro, Oliveira, Rodrigues, Maceiras, & Rocha, 2013).

Na Roménia foi realizado um estudo com 1105 estudantes universitárias do sexo feminino. A média de idade da primeira relação sexual foi de 18,6 anos e cerca de duas em cada três (69%) mencionou ser sexualmente ativa. A mesma percentagem mostrou uma atitude positiva em relação à contraceção e as mesmas afirmaram usar métodos contraceptivos, sendo que o preservativo e a pílula foram os métodos contraceptivos mais utilizados (Blidaru, Furu, & Socolov, 2016).

No que se refere à utilização de preservativo, um estudo realizado por HBSC em 2014, demonstra que cerca de dois terços dos jovens refere ter utilizado preservativo na primeira relação sexual, no entanto um terço revelou não saber/não se lembrar ter utilizado este método de contraceção. Além disso, mais de um terço dos jovens que menciona não ter usado preservativo refere que o principal motivo foi não ter pensado nisso (Matos, et al., 2015). Numa outra investigação a principal razão enumerada por mais de metade dos jovens (54,5%) não usar preservativo, foi porque confiavam no parceiro sexual ou porque praticavam sexo com o mesmo companheiro (54,4%). Apesar disso, esta amostragem demonstra saber que o preservativo é o único meio que previne ISTs (Ribeiro & Fernandes,

2009). Enquanto num estudo realizado por Cunha-Oliveira, et al. (2009) mostra que 59,3% dos jovens universitários aponta o preservativo como um problema em si mesmo, sendo o principal problema o “desconforto físico e psíquico” que o uso do preservativo causa.

Num estudo realizado por Félix (2014), constituída por 333 participantes com idades compreendidas entre os 15 e os 41 anos, no que concerne à pergunta “quando pensa em preservativo o que lhe ocorre imediatamente?” 15,9% do sexo masculino e 4,9% das mulheres referem “desvantagem do preservativo”.

Sabe-se que o uso do preservativo é o único método que permite uma dupla prevenção, tanto para IST como para uma gravidez indesejada (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance, 2010; Reis, et al., 2012). Contudo, o seu uso não constitui por si só uma estratégia segura. A adesão ao uso do preservativo é insuficiente e está associado a diversos preconceitos de imagem e, sobretudo, a fatores circunstanciais que dificultam o seu uso consciente (Cunha-Oliveira, et al., 2009).



## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**



## 2. METODOLOGIA

Após o enquadramento teórico apresentado anteriormente, que serviu de suporte teórico à temática abordada, interessa agora centrar a nossa atenção no estudo empírico.

Neste capítulo será descrita a metodologia utilizada na investigação. Inicia-se com os métodos, onde se fará a concetualização do estudo, as questões de investigação, os objetivos, o esquema de investigação, e posteriormente, a caracterização sociodemográfica e académica da amostra, os instrumentos utilizados na colheita de dados e os respetivos procedimentos, terminando com a análise de dados.

### 2.1. MÉTODOS

Ainda que o uso de métodos contraceptivos seja elevado, em jovens entre os 17 e os 35 anos, a preferência contraceptiva continua a centrar-se no uso da pílula (70,4%) e no preservativo (69%) (Matos, et al., 2011). Contudo, um estudo realizado pelos mesmos autores em 2015 exhibe uma diminuição do uso do preservativo e um aumento das relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas em adolescentes (Matos, et al., 2015).

Face a esta realidade é da responsabilidade do profissional de saúde garantir a adesão à contraceção e diminuir a interrupção na utilização dos métodos contraceptivos através do envolvimento dos jovens no processo de decisão. Cabe ainda salientar que a eficácia do uso de CO e preservativo masculino dependem "(...) da motivação individual e da utilização correcta e consistente" (Portugal, MS, DGS, 2010, p.3).

Tendo em conta que a transição para a vida adulta é uma fase repleta de ambiguidade, *stress* e risco Reis, et al. (2013a) consideram que os estudantes do ensino superior são uma parcela da população negligenciada nas intervenções de educação para a saúde, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

É neste âmbito que surge este projeto dada a necessidade de melhorar os cuidados de saúde sexual e reprodutiva, nomeadamente a contraceção em jovens. Para tal considerou-se relevante indagar sobre os conhecimentos e atitudes contraceptivas em estudantes do ensino superior.

Surgindo daí a questão central que orientou este estudo, de que modo os conhecimentos acerca de métodos contraceptivos influencia positivamente as atitudes preventivas face aos mesmos. No entanto, dada a pertinência e a extensão do problema surgiram outras questões que nos permitem concretizar de forma mais explícita o que desejamos estudar.

- **Que conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção possuem os alunos do ensino superior?**
- **Quais as variáveis sociodemográficas e académicas que influenciam os conhecimentos e as atitudes face à contraceção-prevenção do risco?**
- **Quais as variáveis afetivas, contraceptivas e sexuais que influenciam os conhecimentos e as atitudes face à contraceção-prevenção do risco?**
- **Qual a relação entre os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção dos estudantes do ensino superior?**

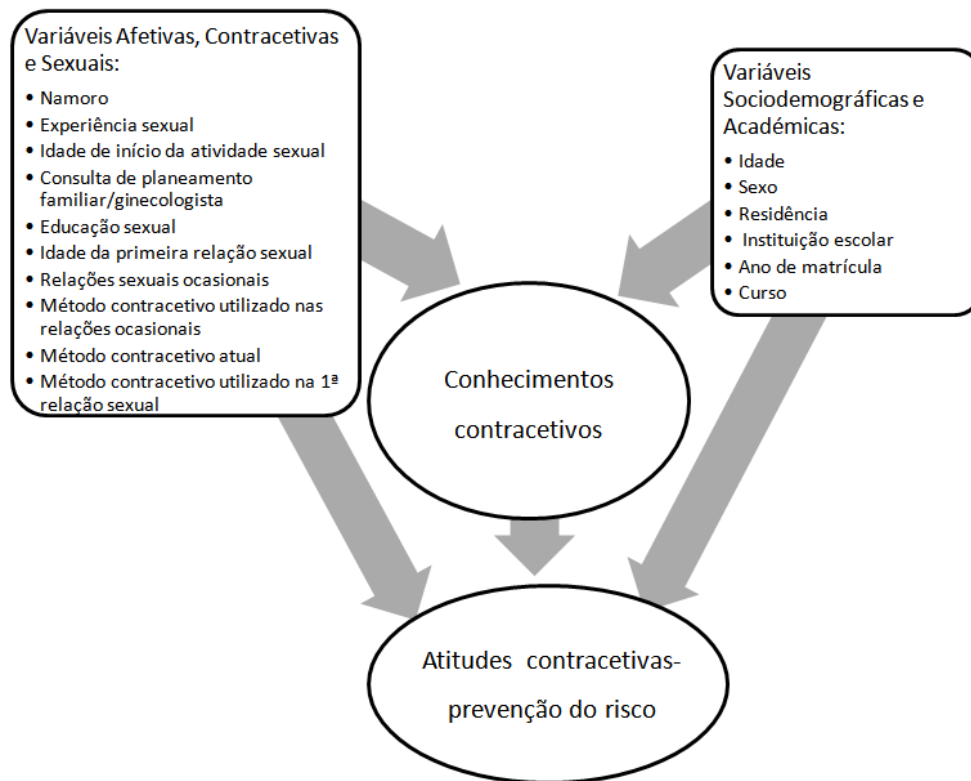
Para dar resposta às questões de investigação formuladas, delinearam-se dois objetivos descritivos;

- Descrever as características sociodemográficas, académicas, afetivas, contraceptivas e sexuais da população em estudo.
- Identificar os conhecimentos e as atitudes face à contraceção-prevenção do risco dos estudantes do ensino superior.

E dois objetivos inferenciais:

- Identificar as variáveis sociodemográficas, académicas, afetivas, contraceptivas e sexuais e os conhecimentos e atitudes face à contraceção-prevenção do risco.
- Analisar a relação dos conhecimentos contraceptivos nas atitudes face à contraceção-prevenção do risco.

Perante as questões de investigação e os objetivos formulados, apresenta-se o desenho de investigação para este estudo (figura 1), que representa de forma esquemática a relação entre as variáveis independentes e a variável dependente. Como variáveis dependentes consideraram-se os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção, sendo que a primeira traduzir-se-á numa fase de estudo como variável mediadora. Como variáveis independentes consideraram-se as variáveis sociodemográficas, académicas, afetivas, contraceptivas e sexuais.



**Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica**

Este estudo foi desenvolvido numa instituição de ensino superior na região centro de Portugal, dada a possibilidade por parte do investigador de uma maior acessibilidade à instituição de ensino e ao grupo de pesquisa.

Tendo em conta a natureza dos dados, a informação a ser recolhida e o período de colheita de informação, optou-se por um estudo de natureza quantitativa, descritivo-correlacional e transversal.

Este estudo classifica-se como sendo quantitativo, uma vez que usou um processo sistemático de colheita de dados observáveis e passíveis de serem medidos. Este tipo de metodologia representa a intenção de garantir a precisão dos resultados e evitar distorções.

Assume também carácter descritivo-correlacional porque pressupõe descrever um fenómeno e estabelecer uma relação entre variáveis (Coutinho, 2013).

Trata-se de um estudo transversal, uma vez que consiste em estudar "(...) um ou vários grupos de participantes, num determinado tempo, em relação com um determinado fenómeno presente no momento da investigação" (Fortin, 2009, p.252).

## 2.2. PARTICIPANTES

Neste estudo participaram 293 jovens adultos, sendo 210 do sexo feminino e 83 do sexo masculino.

A recolha de dados foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2016 numa amostra não probabilística por conveniência ou acidental, constituída por todos aqueles que se voluntariaram para participar no estudo.

Como critérios de inclusão estabelecemos que os participantes tenham idade superior a 18 anos e inferior a 35 anos e pertençam à instituição de ensino onde foi recolhida a informação, o Instituto Politécnico de Castelo Branco (IPCB).

### 2.2.1. Caracterização sociodemográfica e académica da amostra

#### Idade

As estatísticas relativas à idade dos estudantes oscilam entre os 18 e os 35 anos, com uma média de idades de 22,4 anos e desvio padrão de 3,6 anos, sendo o coeficiente de variação de 16,0%, sugerindo uma dispersão moderada.

Os homens representam 28,33% da amostra e as mulheres 71,67%, ambos com idades mínimas e máximas entre os 18 e 35 anos, sendo os indivíduos do sexo masculino mais velhos do que os do sexo feminino, com média e desvio padrão, respetivamente,  $\bar{x}=23,70 \pm 4,08$  e  $\bar{x}=21,90 \pm 3,27$  (cf. Tabela 1).

**Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade em função do sexo.**

Sexo	Idade						
	N	%	Min.	Máx.	$\bar{x}$	Dp	CV (%)
<b>Masculino</b>	83	28,33	18	35	23,70	4,087	17,24
<b>Feminino</b>	210	71,67	18	35	21,90	3,271	14,94
<b>Total</b>	293	100,00	18	35	22,41	3,606	16,09

Com o intuito de obter uma melhor interpretação e visualização dos resultados foram agrupados os dados em classes homogéneas, tendo por base as frequências absolutas. De acordo com os dados apresentados na tabela 2, afere-se que a maior percentagem dos jovens homens (41,0%) tem idade igual ou superior a 23 anos e apenas 18,6% têm idade igual ou inferior a 20 anos. Quanto aos jovens do sexo feminino, a maior percentagem (81,4%) pertence ao grupo etário com idade igual ou inferior a 20 anos e 59,0% com idade superior ou igual a 23 anos.

### **Residência**

De forma a apurar os dados relativos à residência, recodificou-se esta variável considerando que os sujeitos residentes na cidade e vila pertencem ao grupo “urbano” e aqueles que residem na aldeia pertencem ao grupo “rural”. Desta forma, aferimos que a maioria (74,4%) vive no meio urbano, seguindo-se os residentes no meio rural (35,6%). Realçamos ainda que a maior percentagem de homens e mulheres vive no meio urbano (20,1% e 54,3%), respetivamente (cf. tabela 2).

### **Estado civil**

Quanto ao estado civil, existe uma prevalência de estudantes solteiros/divorciados/viúvos (93,5%), e apenas uma pequena percentagem de casados/união de facto (6,5%). Ao relacionarmos o estado civil com o sexo, verificamos que tanto para as mulheres como para os homens a maior percentagem recai nos solteiros/divorciados/viúvos (67,9% e 25,6%, respetivamente). Ainda assim é entre as jovens do sexo feminino que se encontram em maior número casados/união de facto (N=11), num universo de 19 indivíduos (cf. Tabela 2).

### **Instituição de ensino superior que frequenta**

No que concerne à instituição de ensino a distribuição da amostra é a seguinte: 113 estudantes pertencem à Escola Superior de Saúde (38,6%); 44 estudantes à Escola Superior de Artes Aplicadas (15,0%); 42 estudantes à Escola Superior de Educação (14,3%); 39 estudantes à Escola Superior Agrária (13,3%); 37 estudantes à Escola Superior de Tecnologia (12,6%) e 18 estudantes à Escola Superior de Gestão (6,1%), como se pode confirmar pela análise da tabela 2. Torna-se importante realçar que em todas as escolas de ensino superior os jovens do sexo feminino prevalecem, exceto na Escola Superior de Tecnologia, uma vez que 10,6% são homens e 2,0% são mulheres.

### **Curso que frequenta**

Os dados referentes ao curso (tabela 2) revelam que o valor percentual mais representativo são os estudantes que frequentam uma licenciatura (81,6%), seguido dos que cursam um mestrado/pós-graduação/especialização (14,0%) e, por fim, os que ingressam num curso técnico superior profissional (4,4%). Este último é o único que acusa

ter um maior número de jovens do sexo masculino (3,1%), enquanto nos referidos anteriormente as mulheres estão em maioria.

### Ano de matrícula

O ano mais frequentado pelos estudantes é o 2º ano (37,2%), de seguida o 3º ano (33,1%), posteriormente, o 4º ano com 16,0% e, por fim, o 1º ano (13,7%). Afere-se ainda que o sexo feminino assume o valor percentual mais representativo em cada ano de matrícula (cf. Tabela 2).

**Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica e académica em função do sexo**

Variáveis sociodemográficas e académicas	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N (293)	% (100,0)
	N (83)	% (28,3)	N (210)	% (71,7)		
<b>Grupo Etário</b>						
≤ 20	19	18,6	83	81,4	102	34,8
21-22	21	24,4	65	75,6	86	29,4
≥ 23	43	41,0	62	59,0	105	35,8
<b>Residência</b>						
Rural	24	8,2	51	17,4	75	25,6
Urbana	59	20,1	159	54,3	218	74,4
<b>Estado civil</b>						
Solteiro/divorciado/viúvo	75	25,6	199	67,9	274	93,5
Casado/união de facto	8	2,7	11	3,8	19	6,5
<b>Instituição de Ensino</b>						
Escola Superior de Artes Aplicadas	15	5,1	29	9,9	44	15,0
Escola Superior Agrária	9	3,1	30	10,2	39	13,3
Escola Superior de Saúde	16	5,5	97	33,1	113	38,6
Escola Superior de Gestão	8	2,7	10	3,4	18	6,1
Escola Superior de Educação	4	1,4	38	13,0	42	14,3
Escola Superior de Tecnologia	31	10,6	6	2,0	37	12,6
<b>Curso</b>						
Licenciatura	65	22,2	174	59,4	239	81,6
Curso Técnico Superior Profissional	9	3,1	4	1,4	13	4,4
Mestrado/Pós-graduação/Especialização	9	3,1	32	10,9	41	14,0
<b>Ano de matrícula</b>						
1º Ano	12	4,1	28	9,6	40	13,7
2º Ano	30	10,2	79	27,0	109	37,2
3º Ano	34	11,6	63	21,5	97	33,1
4º Ano	7	2,4	40	13,7	47	16,0

**Em síntese:**

- A amostra é constituída por 293 estudantes, 83 são do sexo masculino, 210 são do sexo feminino. A média de idades situa-se nos 22,41 anos. O grupo etário menos prevalente situa-se entre os 21 e 22 anos (29,4%).
- Destaca-se que a maioria dos participantes (93,5%) é solteiro/divorciado/viúvo, com maior representatividade do grupo feminino.
- Habitam sobretudo no meio urbano (74,4%), sendo 67,9% do sexo feminino.
- A maioria estuda na escola superior de saúde (N=113) e destacam-se aqueles que frequentam o curso de licenciatura (81,6%).
- A maior percentagem de estudantes encontra-se a frequentar o 2º ano (37,2%).

**2.3. INSTRUMENTOS**

Para este estudo optou-se pela elaboração de um questionário de auto preenchimento, voluntário, anónimo e duas escalas (Anexo I). Para Hicks (2006) os questionários são uma forma muito vulgar e útil de recolher dados na área dos cuidados de saúde.

Este instrumento de recolha de dados foi inserido no *google drive*, permitindo que as questões fossem respondidas *online*, e assim, facilitar a divulgação por toda a população académica do ensino superior da instituição em análise.

O questionário está estruturado da seguinte forma: a parte I corresponde à caracterização sociodemográfica e académica; a parte II caracteriza os aspetos da vida afetiva, reprodutiva e contracetiva; a parte III assinala as variáveis sexuais, sendo este campo de resposta exclusiva para quem iniciou vida sexual; na parte IV encontra-se o Inventário sobre o Conhecimento Contracetivo (Delcampo & Delcampo, 1976; versão traduzida por Caldeira, Galhardas, Nobre, & Ramiro, 2005; versão resumida e adaptada por Reis, 2006) onde constam perguntas que avaliam os conhecimentos face aos métodos contracetivos e, por fim, a parte V assinala-se a Escala de Atitudes Contracetivas (Kyes, 1987; versão traduzida por Caldeira, Galhardas, Nobre, & Ramiro, 2005; versão adaptada por Reis, 2006) que pretende avaliar as atitudes sobre métodos contracetivos e prevenção do risco.

**2.3.1 Questionário**

### **Parte I – Caracterização sociodemográfica e acadêmica**

É constituída por 7 perguntas. Esta seção do questionário procura obter informações sobre os jovens, designadamente: idade, sexo, residência, estado civil, instituição de ensino, curso que frequenta e ano de matrícula.

### **Parte II – Caracterização afetiva e contracetiva**

Esta parte do instrumento de recolha de dados contém 10 questões que procuram saber: se “tem namorado(a)” e para os que responderam afirmativamente “há quanto tempo”; se “alguma vez frequentou uma consulta de planeamento familiar/ginecologista”, e em caso afirmativo “com que frequência”; se “utiliza algum método contracetivo” e se sim, “qual o método contracetivo utilizado no último mês”; “como considera os conhecimentos relativamente aos métodos contracetivos”; “qual o interlocutor preferencial relativamente à obtenção de informação acerca de métodos contracetivos”; se “teve educação sexual na escola”, como caracteriza a educação sexual que obteve em contexto escolar e se considera “pertinente, útil e suficiente”.

### **Parte III – Caracterização sexual**

Este campo destinou-se apenas aos estudantes que iniciaram relações sexuais, caso tivessem respondido afirmativamente à primeira questão: “Já iniciou a vida sexual?”.

É composta por dez perguntas, das quais duas são perguntas abertas. Nesse sentido procurou-se saber a: “idade da primeira relação sexual”; se “utilizou algum método contracetivo na primeira relação sexual”, em caso afirmativo procurou-se saber qual; se “tem relações sexuais ocasionais”, se sim questionou-se se “utilizou preservativo nas relações sexuais ocasionais”; se “alguma vez teve uma IST”; se “alguma vez utilizou um método contracetivo de emergência, ou a parceira”, para quem respondeu afirmativamente “quantas vezes” e se “alguma vez engravidou de forma não desejada, ou a parceira”.

#### **2.3.2 Escalas**

##### **Inventário sobre o Conhecimento Contracetivo**

Os conhecimentos acerca dos métodos contracetivos foram avaliados pelo Inventário sobre o Conhecimento Contracetivo (Delcampo & Delcampo, 1976; versão traduzida por Caldeira, Galhardas, Nobre, & Ramiro, 2005; versão resumida e adaptada por Reis, 2006).

Esta escala é de autoavaliação, constituída por 9 itens que avaliam conhecimentos biológicos, modos de atuação e crenças face aos métodos contraceptivos. Os resultados obtidos variam entre 0 e 9, sendo o valor mais alto indicador de maior conhecimento face aos métodos contraceptivos. Cada item possui cinco questões de escolha múltipla, para as quais existe apenas uma opção correta que a seguir se anuncia:

1 – Dos seguintes, o fator mais importante para a implementação correta do método do calendário é: a) a regularidade do ciclo menstrual da mulher;

2 – O método da temperatura baseia-se na alteração da temperatura corporal de base da mulher: b) antes da ovulação;

3 – Alguns investigadores consideram a hipótese de um destes métodos ser abortivo porque impede a implantação no útero de um ovo já fecundado: b) DIU

4 – Quando posicionado corretamente, o DIU localiza-se em: c) útero;

5 – Qual o método contraceptivo considerado mais eficaz: c) laqueação de trompas;

6 – O DIU deve ser: b) controlado regularmente para verificar se continua no local adequado;

7 – A função principal da pílula é: b) inibir a ovulação;

8 – Um método contraceptivo e, simultaneamente, um mecanismo de proteção contra as doenças venéreas, é: b) preservativo;

9 – Enquanto método contraceptivo, a esterilização cirúrgica (vasectomia, no caso do homem, e laqueação das trompas, no caso da mulher) poderá alterar a atividade sexual do indivíduo: a) não altera.

As características psicométricas da versão original revelaram um valor total de fidelidade de 0,86 e, uma vez que os itens estão unicamente relacionados com o conhecimento sobre métodos contraceptivos foi assumida validade facial.

### **Escala de Atitudes Contraceptivas**

As atitudes sobre métodos contraceptivos e prevenção do risco foram avaliadas pela Escala de Atitudes Contraceptivas (Kyes, 1987; versão traduzida por Caldeira, Galhardas, Nobre, & Ramiro, 2005; versão adaptada por Reis, 2006).

Esta escala é de autoavaliação, constituída por 11 itens que avaliam as atitudes face ao parceiro e atitudes face a si próprio no uso de métodos contraceptivos. Os resultados adquiridos variam entre 11 e 55 pontos, sendo o valor mais elevado indicador de atitudes positivas no uso de métodos contraceptivos para a prevenção do risco.

Quanto às características psicométricas da versão original, o teste reteste apresentou valores de 0,88. Quanto à validade externa mostrou uma correlação estatisticamente significativa ( $r=0,72$ ) com o Premarital Contraceptive Attitude Evaluation Instrument (PCA EI; Parcel, 1975) (Reis & Matos, 2007).

## 2.4. PROCEDIMENTOS NA RECOLHA DE DADOS

Antes de proceder à realização do questionário foi realizado um pedido de autorização para utilização das escalas às autoras das mesmas (Anexo II). De seguida, de forma a obter o consentimento para recolha de dados submetemos primeiramente, o estudo à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (Anexo III). Uma vez concedida a autorização, endereçamos ao Presidente do IPCB, onde se pretendiam colher os dados, um pedido de autorização para a colheita dos mesmos.

Após a aprovação, pelo órgão dirigente, o pedido de participação no estudo com o respetivo endereço do questionário, foi revelado através do correio eletrónico institucional (Anexo IV) e enviado a todos os estudantes através de um *link* para preenchimento *online*.

No preâmbulo que antecedia o questionário os participantes eram informados sobre o tema do estudo, contendo ainda aspetos acerca do consentimento informado, referindo a confidencialidade dos dados, voluntariedade e anonimado.

Uma das vantagens para a utilização deste método prende-se com o facto de facilitar o preenchimento honesto, uma vez que algumas questões são frequentemente passíveis de julgamento social desfavorável, ou que suscitam em alguns indivíduos sentimentos de vergonha ou constrangimento frente ao investigador (Bastos, Borges, Hoga, Fernandes, & Contin, 2008).

## 2.5. ANÁLISE DE DADOS

Após a colheita de dados recorreremos ao tratamento estatístico, que é o método mais adequado para interpretar os dados em estudos como este, através da análise estatística descritiva e inferencial.

As análises e os procedimentos estatísticos foram efetivados através do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 23.0 para Windows 10. Os resultados analisados são apresentados em tabelas, evidenciando os dados mais relevantes.

Quanto à estatística descritiva, esta serviu para descrever as diferentes variáveis em estudo, através da determinação das frequências absolutas e percentuais, medidas de

tendência central (média e mediana), medidas de dispersão (desvio padrão), coeficiente de variação e medidas de associação como a correlação de Pearson.

Relativamente à estatística inferencial, foram aplicados testes paramétricos e não paramétricos, com o objetivo de estudar relações entre variáveis, estes últimos são realizados quando os critérios para a utilização de testes paramétricos não se verificam.

Os testes mais utilizados foram: o Teste de Kruskal-Wallis, Teste U de Mann-Whitney, o Teste do Qui-Quadrado, o Teste One-Way ANOVA e o Teste t de Student. Como refere Duarte (2008, p. 259-261):

**Teste One-Way ANOVA ou teste U de Kruskal-Wallis** – compara médias de uma variável quantitativa em três ou mais grupos de sujeitos diferentes. Este teste é uma extensão do teste t de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo.

**Teste do Qui-Quadrado** – estuda relações entre variáveis nominais. Aplica-se numa amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir a relação entre as variáveis.

**Teste t de Student ou teste de U-Mann Whitney** – estes testes são usados quando se pretende comparar médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais.



### 3. RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos os dados obtidos através do instrumento de colheita de dados, procedendo à análise e interpretação dos resultados.

Está dividido fundamentalmente em dois subcapítulos. O primeiro diz respeito à análise descritiva dos dados, e o segundo à análise inferencial dos resultados.

#### 3.1. ANÁLISE DESCRITIVA

##### 3.1.1. Caracterização afetiva e contraceptiva da amostra

###### **Situação de Namoro**

De acordo com a análise da tabela 3 verifica-se que a maioria dos jovens (62,5%) mantém atualmente um relacionamento amoroso, sendo que 44,4% são mulheres e 18,1% são homens. Apenas 37,5% dos estudantes não namora (27,3% do sexo feminino vs. 10,2% do sexo masculino), não existindo diferenças estatísticas significativas entre o sexo ( $\chi^2=0,097$ ;  $p=0,756$ )

###### **Tempo de namoro**

De forma a facilitar a leitura dos resultados recolhidos na tabela 3, foram agrupados da seguinte forma: “namorar há menos de 1 mês”, “entre 1 mês e 6 meses” e “entre 6 meses e 1 ano” reuniu-se no grupo “namorar há menos de 1 ano inclusive” e os resultados “namorar entre 1 e 2 anos” e “há mais de 2 anos”, associou-se ao grupo “namorar há mais de 1 ano”.

Tendo em consideração os jovens que namoram ( $N=183$ ), e investigando o tempo que dura o relacionamento, afere-se que namorar há mais de 1 ano assume o maior valor percentual da amostra (78,9%). Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre o sexo e o tempo de namoro ( $\chi^2=0,219$  e  $p=0,640$ ).

Tabela 3 – Namoro e tempo de namoro em função do sexo

Variáveis	Sexo				Total		x <sup>2</sup>	p
	Masculino		Feminino		N	%		
	N	%	N	%	N	%		
<b>Namoro</b>								
Sim	53	18,1	130	44,4	183	62,5	0,097	0,756
Não	30	10,2	80	27,3	110	37,5		
Total	83	28,3	210	71,7	293	100,0		
<b>Tempo de namoro</b>								
≤ 1 ano	10	5,4	29	15,7	39	21,1	0,219	0,640
>1 ano	43	23,2	103	55,7	146	78,9		
Total	53	28,6	132	71,4	185	100,0		

### Frequência de consultas de planejamento familiar/ginecologia

Quando questionados se frequentam consultas de planejamento familiar/ginecologista, 51,9% dos participantes responderam afirmativamente, sendo que 48,8% são do sexo feminino e 3,1% do sexo masculino. Existem diferenças estatísticas altamente significativas ( $x^2=78,105$ ;  $p=0,000$ ) entre as variáveis (cf. Tabela 4).

### Assiduidade nas consultas de planejamento familiar/ginecologia

Analisando a tabela 4, podemos verificar que a maioria da amostra recorre todos os anos a consultas de planejamento familiar/ginecologista (42,1%). No entanto 32,2% dos estudantes apenas recorreu uma vez, 19,1% frequenta de 2 em 2 anos e, por fim, 6,6% dos participantes dirige-se de 3 em 3 anos a consultas de planejamento familiar/ginecologista. De acordo com o sexo verifica-se que 3,3% dos homens frequenta todos os anos, enquanto 3,9% dirigiu-se apenas uma vez a este tipo de consulta. Não se apura significância estatística entre o sexo ( $x^2=4,905$ ;  $p=0,156$ ).

Tabela 4 – Consultas de planeamento familiar/ginecologista em função do sexo

Variáveis	Sexo				Total		x <sup>2</sup>	p
	Masculino		Feminino		N	%		
	N	%	N	%	N	%		
<b>Consultas de planeamento familiar/ginecologista</b>								
Sim	9	3,1	143	48,8	152	51,9	78,105	0,000
Não	74	25,3	67	22,9	141	48,1		
Total	83	28,3	210	71,7	293	100,0		
<b>Assiduidade nas consultas</b>								
Todos os anos	5	3,3	59	38,8	64	42,1	4,905	0,156*
2 em 2 anos	-	0,0	29	19,1	29	19,1		
3 em 3 anos	-	0,0	10	6,6	10	6,6		
Uma vez	6	3,9	43	28,3	49	32,2		
Total	11	7,2	141	92,8	152	100,0		

\*Simulação de monte carlo com 10.000 amostras e intervalo de confiança a 99,0%

### Uso de método contraceptivo

A maioria dos estudantes assume que utiliza algum método contraceptivo, quer as mulheres (63,5%), quer os homens (23,2%) (cf. Tabela 5).

Relativamente ao método contraceptivo utilizado no último mês, decidiu-se organizar os resultados, de forma a facilitar a leitura. Desta forma, os itens: “adesivo anticoncepcional”, o “DIU”, o “anel vaginal”, o “implante anticoncepcional”, o “espermicida/óvulos vaginais”, o “preservativo feminino” e o “diafragma”, foram associados ao grupo “outros”.

Desta forma apreende-se que, através da leitura da tabela 5, o método contraceptivo mais utilizado é a pílula (50,0%), de seguida o preservativo (38,2%), a dupla proteção (8,3%) e outros (2,3%). De realçar que todos eles são mais frequentemente utilizados pelas mulheres (pílula 47,2%; dupla proteção 6,3% e outros 2,8%), exceto o preservativo utilizado maioritariamente pelos homens (20,9%). Verificam-se diferenças estatísticas altamente significativas entre o sexo ( $x^2=68,518$ ;  $p=0,000$ ).

Tabela 5 – Uso de método contraceptivo e método utilizado no último mês em função do sexo

Variáveis	Sexo				Total		x <sup>2</sup>	p
	Masculino		Feminino		N	%		
	N	%	N	%	N	%		
<b>Uso de método contraceptivo</b>								
Sim	68	23,2	186	63,5	254	86,7	2,276	0,131
Não	15	5,1	24	8,2	39	13,3		
Total	83	28,3	210	71,7	293	100,0		
<b>Método contraceptivo utilizado</b>								
Pílula	7	2,8	120	47,2	127	50,0	68,518	0,000
Preservativo	53	20,9	44	17,3	97	38,2		
Dupla proteção	5	2,0	16	6,3	21	8,3		
Outros	2	0,8	7	2,8	9	3,5		
Total	67	26,4	187	73,6	254	100,0		

### Percepção sobre os conhecimentos contraceptivos

De forma a apresentar os resultados acerca dos conhecimentos que os jovens presumem possuir acerca de métodos contraceptivos, agrupámos cinco itens (“excelentes”, “bons”, “suficientes”, “maus” e “péssimos”) em três grupos (“bons/excelentes”, “suficientes” e “maus/péssimos”).

Analisando os resultados presentes na tabela 6, é notório que a maioria dos participantes (80,2%) considera ter bons/excelentes conhecimentos e apenas 1,4% considera possuir maus/péssimos conhecimentos relativamente a métodos contraceptivos. Tanto os homens como as mulheres consideram comumente ter bons/excelentes conhecimentos (22,5% vs. 57,7%, respetivamente).

Tabela 6 – Percepção sobre os conhecimentos contraceptivos em função do sexo

Percepção sobre os conhecimentos contraceptivos	Sexo				Total		x <sup>2</sup>	p
	Masculino		Feminino		N	%		
	N	%	N	%	N	%		
Bons/excelentes	66	22,5	169	57,7	235	80,2	0,074	0,947*
Suficientes	16	5,5	38	13,0	54	18,4		
Maus/Péssimos	1	0,3	3	1,0	4	1,4		
Total	83	28,3	210	71,7	293	100,0		

\*Simulação de monte carlo com 10.000 amostras e intervalo de confiança a 99,0%

### Interlocutor preferencial

Relativamente à obtenção de informação sobre métodos contraceptivos, englobámos os resultados “comunicação social” e “internet”, no grupo “*mass media*”, figurando as restantes opções como as apresentadas no questionário.

Pela análise da tabela 7 observamos que 52,9% dos jovens prefere obter informações sobre métodos contraceptivos com os profissionais de saúde, 27,3% com os *mass media*, 9,6% com os pais, 5,5% com os professores e a menor percentagem com os amigos (4,8%). Quanto ao sexo, as mulheres elegem preferencialmente os profissionais de saúde (42,7%) e os homens os *mass media* (13,3%). Observam-se diferenças altamente significativas entre as variáveis ( $\chi^2=25,083$ ;  $p=0,000$ ).

**Tabela 7 – Interlocutor preferencial sobre informação acerca de métodos contraceptivos em função do sexo**

Interlocutor	Sexo				Total		$\chi^2$	p
	Masculino		Feminino		N	%		
	N	%	N	%				
Pais	7	2,4	21	7,2	28	9,6	25,083	0,000
Amigos	5	1,7	9	3,1	14	4,8		
Profissionais de Saúde	30	10,2	125	42,7	155	52,9		
Professores	2	0,7	14	4,8	16	5,5		
<i>Mass media</i>	39	13,3	41	14,0	80	27,3		
Total	83	28,3	210	71,7	293	100,0		

### Educação sexual

Analisando os dados da tabela 8, afere-se que dos 293 estudantes que responderam a esta questão, a maioria teve educação sexual escolar (62,1%). Não se encontrou significância estatística entre o sexo ( $\chi^2=2,205$ ;  $p=0,138$ ).

**Tabela 8 – Educação sexual escolar em função do sexo**

Educação Sexual	Sexo				Total		$\chi^2$	p
	Masculino		Feminino		N	%		
	N	%	N	%				
Sim	46	15,7	136	46,4	182	62,1	2,205	0,138
Não	37	12,6	74	25,3	111	37,9		
Total	83	28,3	210	71,7	293	100,0		

### Caracterização da educação sexual

Pela leitura e análise da tabela 9 podemos verificar que maioria dos sujeitos considera que a educação sexual em meio escolar foi pertinente, útil e suficiente. Não encontramos diferenças estatísticas significativas quanto à pertinência ( $\chi^2 = 0,009$ ;  $p = 0,924$ ), utilidade ( $\chi^2 = 0,063$ ;  $p = 0,802$ ), nem quanto ao facto de ser suficiente ( $\chi^2 = 3,228$ ;  $p = 0,072$ ).

**Tabela 9 – Relação entre a caracterização da educação sexual na escola em função do sexo**

Educação sexual	Sexo				Total		$\chi^2$	p
	Masculino		Feminino		N	%		
	N	%	N	%				
<b>Pertinência</b>								
Sim	39	22,9	111	65,3	150	88,2	0,009	0,924
Não	5	2,9	15	8,8	20	11,8		
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>25,9</b>	<b>126</b>	<b>74,1</b>	<b>170</b>	<b>100,0</b>		
<b>Útil</b>								
Sim	39	22,8	111	64,9	150	87,7	0,063	0,802
Não	6	3,5	15	8,8	21	12,3		
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>26,3</b>	<b>126</b>	<b>73,7</b>	<b>171</b>	<b>100,0</b>		
<b>Suficiente</b>								
Sim	28	17,4	58	36,0	86	53,4	3,228	0,072
Não	15	9,3	60	37,3	75	46,6		
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>26,7</b>	<b>118</b>	<b>73,3</b>	<b>161</b>	<b>100,0</b>		

#### Em síntese:

- A maioria dos jovens (62,5%) namora e mais de metade (55,7%) namora há mais de um ano.
- Aproximadamente metade da amostra já frequentou pelo menos uma consulta de planeamento familiar/ginecologista (51,9%) e 41,1% frequentam todos os anos.
- Cerca de 9 em cada 10 estudantes usa métodos contraceptivos, sendo a pílula (50,0%) o mais prevalente, seguido do preservativo (38,2%) e da dupla proteção (8,3%). O sexo feminino tem preferência pela pílula (47,2%), enquanto o sexo masculino confessa usar preferencialmente o preservativo (20,9%).
- Analisando a perceção sobre os conhecimentos contraceptivos, 80,2% refletem que possuem bons/excelentes conhecimentos. São poucos os que consideram possuir maus/péssimos conhecimentos contraceptivos (1,4%).
- Para os estudantes o interlocutor preferencial sobre informação de métodos contraceptivos são os profissionais de saúde (52,2%).

- Aproximadamente 6 em cada 10 participantes tiveram educação sexual em meio escolar, sendo que 88,2% da amostra considera pertinente, 87,7% útil e 53,4% suficiente.

### 3.1.2. Caracterização das variáveis sexuais da amostra

#### Vida sexual

No que se refere ao início da vida sexual, os dados apresentados na tabela 10, revelam que 87,4% dos estudantes já iniciou a vida sexual (61,4% mulheres vs. 25,9% homens). Apenas 7 indivíduos do sexo masculino (2,4%) e 30 do sexo feminino (10,2%) afirmam nunca ter tido relações sexuais. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o sexo ( $\chi^2=1,846$ ;  $p=0,174$ ).

Tabela 10 – Vida sexual em função do sexo

Vida sexual	Sexo				Total		$\chi^2$	p
	Masculino		Feminino		N	%		
	N	%	N	%				
Sim	76	25,9	180	61,4	256	87,4	1,846	0,174
Não	7	2,4	30	10,2	37	12,6		
Total	83	28,3	210	71,7	293	100,0		

#### Idade da primeira relação sexual

Considerando os participantes que referiram ter iniciado a vida sexual (N=256), pela leitura dos resultados na tabela 11, apura-se que a média de idade para a primeira relação sexual ocorreu aos 17,37 anos, com um desvio padrão de 1,79. A idade mínima e máxima encontradas foram 12 e 26 anos, respetivamente. Pela análise do coeficiente de variação (10,34%) verifica-se que os resultados recolhidos apresentam uma fraca dispersão.

Dissecando os resultados relativos ao sexo, descobre-se que a média de idades da primeira relação sexual é semelhante no sexo masculino 17,29 ( $\pm 1,98$ ) e no sexo feminino 17,15 ( $\pm 1,71$ ). A idade mínima e máxima no sexo masculino é igual à média da amostra, 12 e 26 anos, e no sexo feminino é de 13 e 24 anos, respetivamente. Os dados apontam para uma dispersão fraca em ambos os sexos (CV=11,48% no sexo masculino e CV=10,00% no sexo feminino).

Tabela 11 – Estatísticas relativas à idade da primeira relação sexual em função do sexo

Idade da primeira relação sexual	N	%	Min.	Máx.	$\bar{x}$	Dp	CV (%)
Masculino	76	29,69	12	26	17,29	1,985	11,48
Feminino	180	70,31	13	24	17,15	1,716	10,00
<b>Total</b>	256	100,00	12	26	17,37	1,797	10,34

### Uso de método contraceptivo na primeira relação sexual

Reportando o uso de método contraceptivo utilizado na primeira relação sexual (tabela 12), ressalta que 89,8% da amostra confessa que utilizou algum método contraceptivo. Uma pequena percentagem refere não ter utilizado, sendo que 3,5% são homens e 6,6% são mulheres.

### Método contraceptivo utilizado na primeira relação sexual

Após os sujeitos responderem afirmativamente à questão “Utilizou algum método contraceptivo na primeira relação sexual?” (N=230), demos conta de uma não resposta (*missing*), portanto considerámos N=229.

Analisando a tabela 12 podemos observar que 76,9% refere ter utilizado o preservativo na primeira relação sexual, sendo mais frequente pelos estudantes do sexo feminino (52,0%). O grupo que mais refere ter utilizado a pílula e o preservativo simultaneamente no seu primeiro ato sexual, pertence também ao sexo feminino (19,2%). Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ( $\chi^2=4,712$ ;  $p=0,030$ ).

Tabela 12 – Método contraceptivo utilizado na primeira relação sexual em função do sexo

Variáveis	Sexo				Total		x <sup>2</sup>	p
	Masculino		Feminino		N	%		
	N	%	N	%				
<b>Utilizar método contraceptivo</b>								
Sim	67	26,2	163	63,7	230	89,8	0,337	0,562
Não	9	3,5	17	6,6	26	10,2		
Total	76	29,7	180	70,3	256	100,0		
<b>Método contraceptivo utilizado</b>								
Preservativo	57	24,9	119	52,0	176	76,9	4,712	0,030
Pílula e preservativo	9	3,9	44	19,2	53	23,1		
Total	66	28,8	163	71,2	229	100,0		

### Relações sexuais ocasionais

Procurou-se conhecer a ligação entre ter relações sexuais ocasionais com o sexo dos participantes. Analisando a tabela 13 apreende-se que a 55,1% da amostra não tem relações ocasionais e destes 42,2% são mulheres. A maioria dos homens (16,8%) responde afirmativamente à questão encontrando-se significância estatística entre as variáveis ( $x^2=5,936$ ;  $p=0,015$ ).

### Uso de preservativo nas relações sexuais ocasionais

Da amostra 115 jovens referem ter relações sexuais ocasionais, desses 59,1% assumem usar sempre preservativo, 33,9% declaram que algumas vezes e 7,0% revelam que nunca usam (cf. Tabela 13).

Tabela 13 – Relações sexuais ocasionais e uso de preservativo em função do sexo

Variáveis	Sexo				Total		x <sup>2</sup>	p
	Masculino		Feminino		N	%		
	N	%	N	%				
<b>Relações sexuais ocasionais</b>								
Sim	43	16,8	72	28,1	115	44,9	5,936	0,015
Não	33	12,9	108	42,2	141	55,1		
Total	76	29,7	180	70,3	256	100,0		
<b>Uso de preservativo nas relações sexuais ocasionais</b>								
Sempre	27	23,5	41	35,7	68	59,1	2,292	0,318
Algumas vezes	15	13,0	24	20,9	39	33,9		
Nunca	1	0,9	7	1,5	8	7,0		
Total	43	37,4	72	62,6	115	100,0		

### Infeção Sexualmente Transmissível (IST)

Analisando os resultados da tabela 14, 95,7% da amostra refere nunca ter contraído uma IST, sendo que 11 estudantes assumem ter sido transmitida, 2 homens e 9 mulheres. Não há significância estatística entre o sexo ( $x^2=0,729$ ;  $p=0,393$ ).

Tabela 14 – Infeção Sexualmente Transmissível em função do sexo

IST	Sexo				Total		x <sup>2</sup>	p
	Masculino		Feminino		N	%		
	N	%	N	%				
Sim	2	0,8	9	3,5	11	4,3	0,729	0,393*
Não	74	28,9	171	66,8	245	95,7		
Total	76	29,7	180	70,3	256	100,0		

\*Simulação de monte carlo com 10.000 amostras e intervalo de confiança a 99,0%

### Contracetivo de emergência

Após a apreciação dos dados da tabela 15 constata-se que 32,4% dos estudantes do ensino superior referem ter utilizado um método contraceptivo de emergência, ou a parceira. Da totalidade da amostra que já iniciou a vida sexual (N=256), 67,6% refere nunca ter utilizado.

Ainda de acordo com a tabela 15, a maioria dos estudantes expressa ter utilizado apenas uma vez (68,7%), seguido de 27,7% dos estudantes que relata ter utilizado duas vezes, 2,4% quatro ou mais vezes e, por último, 1,2% três vezes. Não existem diferenças estatísticas significativas entre as variáveis ( $\chi^2=5,353$ ;  $p=0,144$ ).

**Tabela 15 – Método contraceptivo de emergência em função do sexo**

Variáveis	Sexo				Total		$\chi^2$	p
	Masculino		Feminino		N	%		
	N	%	N	%				
<b>Contraceptivo de emergência</b>								
Sim	22	8,6	61	23,8	83	32,4	0,596	0,440
Não	54	21,1	119	46,5	173	67,6		
Total	76	29,7	180	70,3	256	100,0		
<b>N.º de vezes que utilizou contraceção de emergência</b>								
1	12	14,5	45	54,2	57	68,7	5,353	0,144*
2	10	12,0	13	15,7	23	27,7		
3	-	0,0	1	1,2	1	1,2		
≥4	-	0,0	2	2,4	2	2,4		
Total	22	26,5	61	73,5	83	100,0		

\*Simulação de monte carlo com 10.000 amostras e intervalo de confiança a 99,0%

### Gravidez indesejada

Pela análise da tabela 16 afere-se que da totalidade da amostra (N=256) existem 3 jovens que referem ter engravidado de forma não desejada.

**Tabela 16 – Gravidez indesejada em função do sexo**

Gravidez indesejada	Sexo				Total		$\chi^2$	p
	Masculino		Feminino		N	%		
	N	%	N	%				
Sim	1	0,4	2	0,8	3	1,2	0,019	0,889*
Não	75	29,3	178	69,5	253	98,8		
Total	76	29,7	180	70,3	256	100,0		

\*Simulação de monte carlo com 10.000 amostras e intervalo de confiança a 99,0%

**Em síntese:**

- 87,4% da amostra já iniciou a vida sexual. A idade média da primeira relação sexual situa-se nos 17,37 anos, com uma oscilação entre os 12 e os 26 anos para os estudantes do sexo masculino e de 13 e 24 anos para o sexo feminino.
- Na primeira relação sexual usaram proteção contraceptiva 89,8% da amostra, com maior prevalência para o preservativo (76,9%).
- 55,1% dos participantes que iniciaram a vida sexual relatam que nunca tiveram relações sexuais ocasionais. A maioria refere usar sempre o preservativo (59,1%), 33,9% usa às vezes e 7% nunca usaram nessas ocasiões.
- No que respeita à transmissão de IST 4,3% refere ter tido (0,8% homens vs. 3,5% mulheres).
- O método contraceptivo de emergência foi utilizado por 32,4% da amostra. Mais de metade usou apenas uma vez (68,7%), 27,7% duas vezes, 1,2% três e 2,4 utilizou mais de quatro vezes.
- Uma gravidez indesejada ocorreu a 1,2% da amostragem.

**3.1.3. Conhecimentos face aos métodos contraceptivos****Conhecimento Contraceptivo**

A tabela 17, indica-nos as respostas do Inventário sobre o Conhecimento Contraceptivo (Delcampo & Delcampo, 1976; versão traduzida por Caldeira, Galhardas, Nobre & Ramiro, 2005; versão resumida e adaptada por Reis, 2006) que avalia os conhecimentos face aos métodos contraceptivos, compreende-se que a maioria dos participantes respondeu corretamente às questões 1, 2, 3, 4, 5, 7 e 9.

Os respondentes provaram maior conhecimento nos itens 2 e 5 (59,7% e 65,9% responderam corretamente, respetivamente) e maior desconhecimento nos itens 6 e 8 sendo que apenas 36,5% e 18,1% responderam acertadamente.

Relativamente aos itens que maioritariamente foram respondidos de forma incorreta, na questão 6 a maioria dos homens respondeu corretamente (17,1%), ao contrário das mulheres (36,5%); na questão 8, a maioria dos estudantes, tanto do sexo masculino (21,8%) como do sexo feminino (60,1%), responderam maioritariamente errado.

Existem diferenças altamente significativas nas questões 1, 2, 3 e 6 entre o sexo e os conhecimentos contraceptivos ( $\chi^2=13,322$ ;  $p=0,000$ ;  $\chi^2=23,729$ ;  $p=0,000$ ;  $\chi^2=19,906$ ;  $p=0,000$  e  $\chi^2= 28,111$ ;  $p=0,000$  respetivamente).

Tabela 17 – Caracterização dos conhecimentos dos métodos contraceptivos da amostra

Escala de Conhecimentos Contraceptivos		Sexo				Total		x <sup>2</sup>	p
		Masculino		Feminino					
		N	%	N	%	N	%		
Questão 1	Correta	56	19,1	92	31,4	148	50,5	13,322	0,000
	Incorreta	27	9,2	118	40,3	145	49,5		
Questão 2	Correta	68	23,2	107	36,5	175	59,7	23,729	0,000
	Incorreta	15	5,1	103	35,2	118	40,3		
Questão 3	Correta	63	21,5	99	33,8	162	55,3	19,906	0,000
	Incorreta	20	6,8	111	37,9	131	44,7		
Questão 4	Correta	52	17,7	101	34,5	153	52,2	5,051	0,025
	Incorreta	31	10,6	109	37,2	140	47,8		
Questão 5	Correta	64	21,8	129	44,0	193	65,9	6,506	0,011
	Incorreta	19	6,5	81	27,6	100	34,1		
Questão 6	Correta	50	17,1	57	19,5	107	36,5	28,111	0,000
	Incorreta	33	11,3	153	52,2	186	63,5		
Questão 7	Correta	50	17,1	108	36,9	158	53,9	1,859	0,173
	Incorreta	33	11,3	102	34,8	135	46,1		
Questão 8	Correta	19	6,5	34	11,6	53	18,1	1,803	0,179
	Incorreta	64	21,8	176	60,1	240	81,9		
Questão 9	Correta	51	17,4	98	33,4	149	50,9	5,199	0,023
	Incorreta	32	10,9	112	38,2	144	49,1		
Total		83	28,3	210	71,7	293	100,0		

Relativamente ao grau de conhecimentos sobre métodos contraceptivos verificou-se, na tabela 18, que apenas 1,7% acertou a totalidade das questões e 4,1% errou todas as questões, sendo que não houve jovens do sexo masculino a responderem acertadamente a todas as questões e o dobro dos homens errou em todas (N=8), comparativamente com o sexo feminino (N=4). Verifica-se significância estatística entre o sexo ( $\chi^2=43,797$ ;  $p=0,000$ ).

Tabela 18 – Relação entre as respostas corretas em função do sexo

Escala de Conhecimentos Contraceptivos	Sexo				Total		x <sup>2</sup>	p
	Masculino		Feminino		N	%		
	N	%	N	%				
Todas as respostas erradas	8	2,7	4	1,4	12	4,1	43,797	0,000
1 resposta correta	11	3,8	4	1,4	15	5,1		
2 respostas corretas	13	4,4	20	6,8	33	11,3		
3 respostas corretas	12	4,1	17	5,8	29	9,9		
4 respostas corretas	14	4,8	33	11,3	47	16,0		
5 respostas corretas	12	4,1	36	12,3	48	16,4		
6 respostas corretas	7	2,4	42	14,3	49	16,7		
7 respostas corretas	5	1,7	31	10,6	36	12,3		
8 respostas corretas	1	0,3	18	6,1	19	6,5		
Todas as respostas corretas	-	0,0	5	1,7	5	1,7		

Ainda em relação aos conhecimentos contraceptivos, na tabela 19 apresentam-se as estatísticas em função do sexo. Afere-se que esse conhecimento é mais elevado nos estudantes do sexo feminino ( $\bar{x}$  = 56,34%). No global da amostra os scores obtidos apontam para um valor mínimo de 0,00% e um máximo de 100,0%, sendo a média de 50,77% e um desvio padrão de 24,24%. A sua dispersão é alta, dado que apresenta um coeficiente de variação de 47,73%.

Verifica-se que o score médio dos conhecimentos face à contraceção, nos jovens do sexo masculino, é de 36,68% ( $\pm$ 23,00%). Nas estudantes, o score médio é de 56,34% ( $\pm$ 22,43%).

Tabela 19 – Conhecimentos face à contraceção em função do sexo

Sexo	Min. (%)	Máx. (%)	$\bar{x}$ (%)	Dp (%)	CV (%)
Masculino	0,00	88,89	36,68	23,00	62,70
Feminino	0,00	100,00	56,34	22,43	39,81
<b>Total</b>	0,00	100,0	50,77	24,24	47,73

Na escala que avalia os conhecimentos contraceptivos os valores variam entre 0 e 9. Na tabela 20, de forma a facilitar a leitura dos resultados obtidos efetuaram-se grupos de *coorte* tendo por base o percentil 25 e 75. Considerou-se com conhecimentos insuficientes aqueles que apresentam percentil inferior ou igual ao percentil 25 ( $\leq$ 3), suficientes entre o percentil 25-75 ( $\geq$ 4 e  $\leq$ 6) e bons conhecimentos superior ou igual ao percentil 75 ( $\geq$ 7).

Ainda de acordo com a tabela 20 os estudantes do sexo masculino apresentam resultados inferiores, 15,0% sugere ter conhecimentos insuficientes, 8,9% suficientes e

apenas 4,4% bons. Verifica-se existir diferenças altamente significativas entre o sexo ( $\chi^2=34,020$ ;  $p=0,000$ ).

### **Idade e conhecimentos contraceptivos**

Analisando a tabela 20 podemos afirmar que a maioria dos participantes tem bons conhecimentos (37,2%), 32,4% possui conhecimentos suficientes e uma menor percentagem de jovens demonstra conhecimentos insuficientes (30,4%).

Os estudantes do sexo masculino apresentam resultados inferiores, 15,0% sugerem ter conhecimentos insuficientes, 8,9% suficientes e apenas 4,4% bons. Verifica-se existir diferenças altamente significativas entre o sexo ( $\chi^2=34,020$ ;  $p=0,000$ ).

Na mesma tabela destaca-se que 42 sujeitos com idade inferior ou igual a 20 anos (14,3%) tem conhecimentos suficientes sobre contraceptivos e 40 jovens, com idade maior ou igual a 23 anos (13,7%) tem conhecimentos insuficientes.

### **Residência e conhecimentos contraceptivos**

Relativamente aos conhecimentos em função da residência (tabela 20), apura-se que os estudantes que vivem no meio rural (9,2%) e urbano (28,0%) têm maioritariamente bons conhecimentos face aos métodos contraceptivos, não havendo diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=0,947$ ;  $p=0,623$ ).

### **Estado civil e conhecimentos contraceptivos**

Quanto ao estado civil, 34,5% dos solteiros/divorciados/viúvos têm bons conhecimentos contraceptivos, seguido de 31,4% com suficientes conhecimentos e, por último, 27,6% com escassos conhecimentos (tabela 20). Quanto aos casados/união de facto a mesma percentagem de estudantes (2,7%) têm bons e insuficientes conhecimentos e 1,0% tem suficientes. Não existe significância estatística entre o estado civil ( $\chi^2=2,785$ ;  $p=0,248$ ).

### **Instituição de ensino e conhecimentos contraceptivos**

Relacionando os conhecimentos sobre métodos contraceptivos com a instituição de ensino, verificamos através da leitura da tabela 20, que os que têm melhores conhecimentos são aqueles que frequentam um curso superior de saúde (21,8%) e os que possuem maior défice são os estudantes que frequentam cursos tecnológicos (7,2%).

Os estudantes que possuem maioritariamente conhecimentos insuficientes são aqueles que ingressaram na área tecnológica, das artes aplicadas e educação (7,2%, 6,8% e 5,5%, respetivamente). Os que possuem mais conhecimentos suficientes são os que frequentam os cursos de saúde e de educação (21,8% e 5,5%). Por último, os jovens que possuem melhores conhecimentos contraceptivos são os estudantes que ingressaram pela Escola Superior de Saúde (21,8%), seguido dos estudantes que desenvolveram os seus estudos na Escola Superior Agrária (5,1%).

Verifica-se existir diferenças altamente significativas entre a instituição de ensino e os conhecimentos demonstrados acerca de métodos contraceptivos ( $\chi^2=50,777$ ;  $p=0,000$ ).

### **Ano de matrícula e conhecimentos contraceptivos**

Relacionando o ano de matrícula e os conhecimentos contraceptivos destacam-se na tabela 20 os estudantes que cursam o 3º ano letivo, apresentando melhores conhecimentos anticoncepcionais (14,3%). Os estudantes que estão no 2º ano destacam-se com maior percentagem de conhecimentos insuficientes (15,0%).

Verifica-se existir diferenças estatísticas altamente significativas entre o ano de matrícula e os conhecimentos que revelam possuir sobre contraceção ( $\chi^2=23,310$ ;  $p=0,001$ ).

**Tabela 20 – Conhecimentos sobre métodos contraceptivos em função das variáveis sociodemográficas e académicas**

Variáveis sociodemográficas e contraceptivas	Conhecimentos Contraceptivos						Total		x <sup>2</sup>	p
	Insuficientes		Suficientes		Bons		N	%		
	N	%	N	%	N	%				
<b>Sexo</b>										
Masculino	44	15,0	26	8,9	13	4,4	83	28,3	34,020	0,000
Feminino	45	15,4	69	23,5	96	32,8	210	71,7		
Total	89	30,4	95	32,4	109	37,2	293	100,0		
<b>Idade</b>										
≤20 anos	25	8,5	42	14,3	35	11,9	102	34,8	8,291	0,081
21-22 anos	24	8,2	25	8,5	37	12,6	86	29,4		
≥23 anos	40	13,7	28	9,6	37	12,6	105	35,8		
Total	89	30,4	95	32,4	109	37,2	293	100,0		
<b>Residência</b>										
Rural	26	8,9	22	7,5	27	9,2	75	25,6	0,947	0,623
Urbana	63	21,5	73	24,9	82	28,0	218	74,4		
Total	89	30,4	95	32,4	109	37,2	293	100,0		
<b>Estado civil</b>										
Solteiro/divorciado/viúvo	81	27,6	92	31,4	101	34,5	274	93,5	2,785	0,248
Casado/união de facto	8	2,7	3	1,0	8	2,7	19	6,5		
Total	89	30,4	95	32,4	109	37,2	293	100,0		
<b>Instituição de ensino</b>										
Artes Aplicadas	20	6,8	15	5,1	9	3,1	44	15,0	50,777	0,000
Agrária	12	4,1	12	4,1	15	5,1	39	13,3		
Saúde	12	4,1	37	12,6	64	21,8	113	38,6		
Gestão	8	2,7	6	2,0	4	1,4	18	6,1		
Educação	16	5,5	16	5,5	10	3,4	42	14,3		
Tecnologia	21	7,2	9	3,1	7	2,4	37	12,6		
Total	89	30,4	95	32,4	109	37,2	293	100,0		
<b>Ano de matrícula</b>										
1º ano	12	4,1	13	4,4	15	5,1	40	13,7	23,310	0,001
2º ano	44	15,0	41	14,0	24	8,2	109	37,2		
3º ano	24	8,2	31	10,6	42	14,3	97	33,1		
4º ano	9	3,1	10	3,4	28	9,6	47	16,0		
Total	89	30,4	95	32,4	109	37,2	293	100,0		

Com as variáveis sociodemográficas e académicas procedemos a uma análise multivariada através da árvore de decisão, utilizando o método CHAID. Este instrumento consiste na representação gráfica das alternativas disponíveis, com origem a partir de uma decisão inicial. A grande vantagem é a oportunidade de transformação de um problema complexo em diversos sub-problemas mais simples (Nunes & Pestana, 2009).

Neste estudo temos intenção de decompor a variável inicial, conhecimentos face à contraceção para, através de uma sequência de decisões tomadas, alcançarmos as respostas mais prováveis acerca das variáveis determinantes, com base na classificação dos dados.

As variáveis independentes utilizadas para a construção da árvore de decisão, a seguir representada, foram todas as variáveis sociodemográficas e académicas que considerámos para o estudo (idade, sexo, residência, estado civil, instituição de ensino, curso e ano de matrícula).

Como variável dependente considerou-se os conhecimentos face à contraceção. Os resultados mostram que existem dois níveis de profundidade, cujas variáveis são estatisticamente significativas relativos aos conhecimentos contracetivos. Como variáveis explicativas figuram: a instituição de ensino e o sexo, que se encontram distribuídas por quatro nós, dos quais três são terminais.

Os quatro nós repartem-se em caixas que contêm a informação do número e percentagem dos conhecimentos (insuficientes, suficientes e bons) face à contraceção, como revela o diagrama da árvore (figura 2).

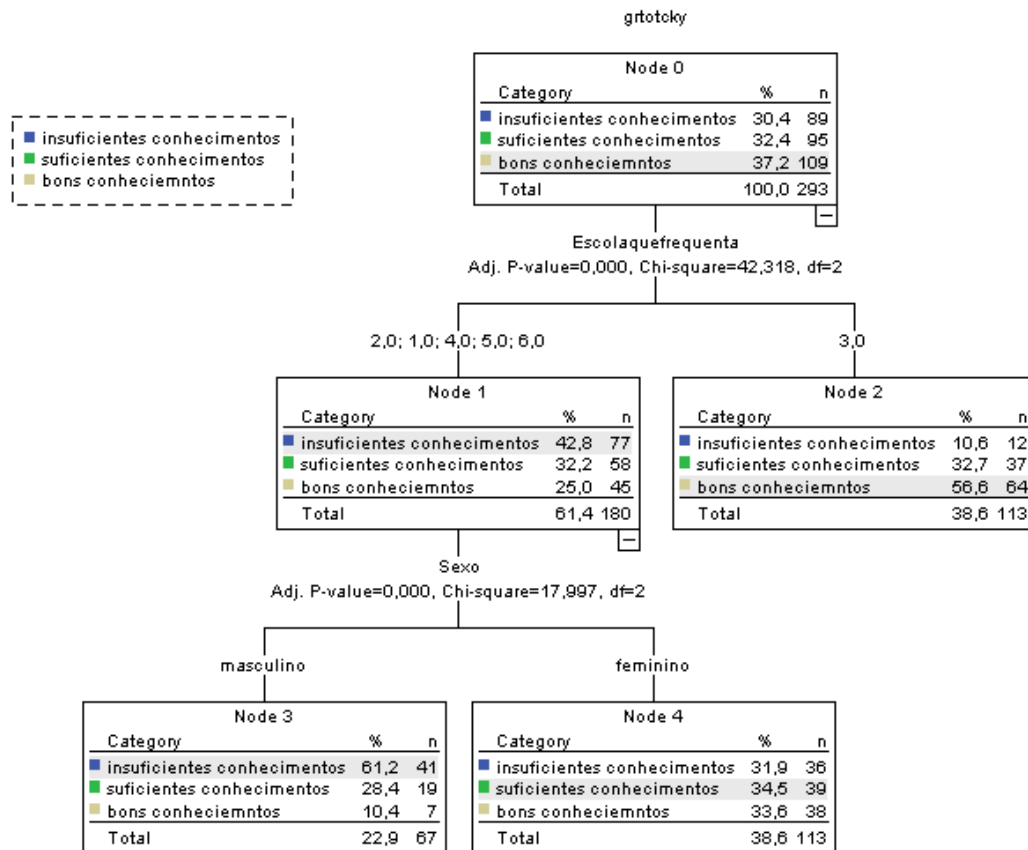
O diagrama da árvore mostra a sombreado cinzento em cada caixa a categoria prevista da variável de resposta pelo método CHAID.

A primeira caixa que corresponde ao nó 0, ou de raiz, assinala a sombreado a categoria bons conhecimentos contracetivos, apresentando uma probabilidade de 37,2%. A probabilidade de ter conhecimentos suficientes é de 32,4% para a globalidade da amostra.

O primeiro nível de profundidade da árvore obtém-se através do perfil instituição de ensino superior, indicando ser esta a variável que melhor prediz os conhecimentos face aos métodos contracetivos, segmentando-se a amostra nas suas seis modalidades (escola superior de artes aplicadas, escola superior agrária, escola superior de saúde, escola superior de gestão, escola superior de educação e escola superior de tecnologia). Neste nível, apenas se interpreta o nó dois, não só por ser um nó terminal, mas também porque o método CHAID atribui a probabilidade de 56,6% dos estudantes com bons conhecimentos contracetivos serem da escola superior de saúde e com conhecimentos insuficientes as restantes instituições de ensino, com uma probabilidade de 42,8%.

O segundo nível de profundidade mostra que o sexo é a variável que melhor prevê os conhecimentos face aos métodos contracetivos dos estudantes do IPCB, originando os

nós 3 e 4. O nó 3 indica que os homens têm 61,2% de probabilidade de apresentem conhecimentos insuficientes face à contraceção. Para o nó 4, referente ao sexo feminino, verifica-se a existência modal de 34,5% para a mesma categoria.



**Figura 2 - Árvore 1: Árvore CHAID dos conhecimentos face à contraceção em função das variáveis sociodemográficas e académicas**

Na tabela 21 indica o número de previsões corretas e incorretas feitas pelo modelo e o risco sobre a taxa global de classificações incorretas. Assim, apurámos que 38,6% dos jovens estudantes classificados corretamente têm suficientes e bons conhecimentos. Em valores absolutos encontrámos 64 participantes com bons conhecimentos e 41 com conhecimentos insuficientes. O risco estimado situou-se nos 50,9%.

**Tabela 21 – Classificações e riscos das previsões corretas e incorretas para as variáveis sociodemográficas e acadêmicas**

Observações	Previsões			Porcentagem correta
	Insuficientes conhecimentos	Suficientes conhecimentos	Bons conhecimentos	
Insuficientes conhecimentos	41	36	12	46,1%
Suficientes conhecimentos	19	39	37	41,1%
Bons conhecimentos	7	38	64	58,7%
Porcentagem total	22,9%	38,6%	38,6%	49,1%
Risco estimado	0.509			
Erro padrão	0.029			

### Tempo de namoro e conhecimentos contraceptivos

Na tabela 22 podemos averiguar que os indivíduos que namoram há mais de 1 ano, a maioria (28,1%) tem bons conhecimentos face à contraceção, assim como os que namoram há menos de 1 ano (9,2%). Desta forma, não se afere significância estatística entre as variáveis ( $\chi^2=0,973$ ;  $p=0,615$ ).

**Tabela 22 – Relação entre os conhecimentos acerca de métodos contraceptivos em função do tempo de namoro**

Tempo de namoro	Conhecimentos Contraceptivos						Total		$\chi^2$	p
	Insuficientes		Suficientes		Bons		N	%		
	N	%	N	%	N	%				
<b>Sexo</b>										
≤1 ano	12	6,5	10	5,4	17	9,2	39	21,1	0,973	0,615
>1 ano	47	25,4	47	25,4	52	28,1	146	78,9		
Total	59	31,9	57	30,8	69	37,3	185	100,0		

No que diz respeito à elaboração do segundo modelo de árvore de decisão empregámos todas as variáveis afetivas, contraceptivas e sexuais (namoro, tempo de namoro, frequência de consultas de planeamento familiar/ginecologista, uso de método contraceptivos, perceção de conhecimentos contraceptivos, educação sexual, relações ocasionais, presença de IST, uso de método contraceptivo de emergência, gravidez indesejada).

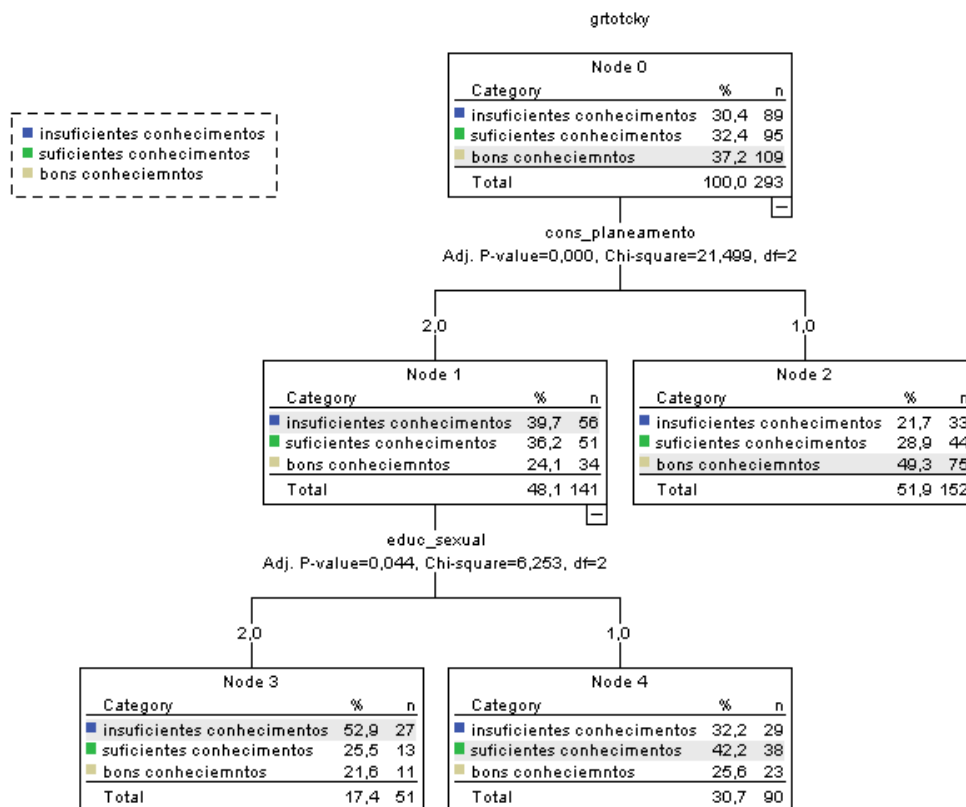
Os resultados evidenciaram a existência de dois níveis de profundidade, cujas variáveis são altamente significativas no que concerne à frequência de consultas de planeamento familiar/ginecologista ( $p=0,000$ ) e significativa quanto à presença de educação sexual em meio escolar ( $p=0,044$ ). Como variáveis explicativas conservaram-se: consulta de

planeamento familiar (sim ou não) e educação sexual (sim ou não), encontrando-se repartidas por quatro nós, dois deles terminais.

Conforme ocorreu com a árvore CHAID anterior, a primeira caixa apresenta o nó de raiz, tem escurecida a categoria “bons conhecimentos”, que ostenta uma probabilidade de 37,2% dos participantes terem bons conhecimentos face à contraceção, enquanto 30,4% aponta ter conhecimentos insuficientes.

No primeiro nível de profundidade da figura 3, encontramos “frequentar consulta de planeamento familiar/ginecologista”, o que indica que neste grupo de variáveis, esta é a que melhor prediz os conhecimentos contraceptivos. A amostra fragmenta-se em duas modalidades, sim e não, dando origem ao nó terminal 2. Neste nível, o método CHAID conferiu 49,3% de probabilidade de possuir bons conhecimentos contraceptivos quem já frequentou pelo menos uma consulta de planeamento familiar/ginecologista. Aqueles que nunca frequentaram este tipo de consulta manifestam apresentar 39,7% de probabilidade de ter conhecimentos insuficientes quanto aos métodos contraceptivos.

O segundo nível de profundidade mostra que a variável que melhor prevê quem apresenta conhecimentos face aos métodos contraceptivos e nunca frequentou consultas de planeamento familiar/ginecologista, é a dimensão “educação sexual”, sendo que o nó 4 indica que 42,2% de probabilidade de ter conhecimentos contraceptivos suficientes e o nó 3 tem como prognóstico 52,9% de conhecimentos insuficientes.



**Figura 3 - Árvore 2: Árvore CHAID dos conhecimentos face à contraceção em função das variáveis afetivas, contraceptivas e sexuais**

Os dados apresentados na tabela 23 dizem respeito ao número de previsões corretas e incorretas feitas pelo modelo, assim como o risco sobre a taxa global de classificações incorretas. Pela análise da classificação dos conhecimentos face aos métodos contraceptivos, 68,8% de jovens estão corretamente classificados com bons conhecimentos contraceptivos, correspondendo ao nó 1, sendo o seu peso no total da amostra de 51,9%. As classificações corretas correspondem à soma dos valores da diagonal principal (47,8%), enquanto as classificações incorretas correspondem à soma dos valores da diagonal secundária (que coincide com o risco estimado), ou seja 52,2%.

**Tabela 23 – Classificações e riscos das previsões corretas e incorretas para as variáveis de contexto afetivo, contraceptivo e sexual**

Observações	Previsões			Percentagem correta
	Insuficientes conhecimentos	Suficientes conhecimentos	Bons conhecimentos	
Insuficientes conhecimentos	27	29	33	30,3%
Suficientes conhecimentos	13	38	44	40,0%
Bons conhecimentos	11	23	75	68,8%
Percentagem total	17,4%	30,7%	51,9%	47,8%
Risco estimado	0,522			
Erro padrão	0,029			

Os resultados descritos permitem-nos responder à primeira questão de investigação que procurava saber que conhecimentos e atitudes preventivas possuíam os estudantes. Reforçando o que já foi referido 37,2% dos estudantes possui bons conhecimentos contraceptivos, 32,4% suficientes e 30,4% insuficientes.

#### **Em síntese:**

- Verifica-se um maior conhecimento relativamente aos métodos contraceptivos por parte das jovens mulheres ( $\bar{x}=56,34\%$ ;  $\pm 22,43\%$ ) e os homens apresentam *scores* inferiores ( $\bar{x}=36,68\%$ ;  $\pm 23,00\%$ ).
- A maioria dos participantes demonstra possuir bons conhecimentos contraceptivos (37,2%).
- O sexo masculino demonstra maioritariamente conhecimentos insuficientes (15,0%), enquanto o sexo feminino evidencia predominantemente bons conhecimentos (32,8%).
- Os estudantes que se destacam com maiores níveis de bons conhecimentos contraceptivos são aqueles que frequentam o curso de saúde (21,8%).

Contrariamente, aqueles que possuem mais frequentemente conhecimentos insuficientes são os participantes que pertencem a cursos tecnológicos (7,2%).

- A instituição de ensino frequentada pelos jovens estudantes é a variável sociodemográfica e académica que melhor prediz os conhecimentos contraceptivos. Aqueles que frequentam um curso de saúde têm 56,6% de ter bons conhecimentos face à contraceção.
- Existe uma probabilidade de 49,3% de possuir bons conhecimentos contraceptivos quem frequentou consultas de planeamento familiar/ginecologista.
- Os estudantes que tiveram educação sexual em meio escolar têm 42,2% probabilidade de ter conhecimentos contraceptivos suficientes.

### 3.1.4. Atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos

#### Atitudes contraceptivas-prevenção do risco

Com o objetivo de avaliar as atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos, foram utilizados pontos de *coorte* (*cut off*), tendo por base a mediana (37). Assim, consideram-se atitudes pouco adequadas valores inferiores ou iguais à mediana e adequadas com valores superiores à mediana, como indicador de atitudes positivas para a utilização de contraceção e prevenção de risco. Foram consideradas atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos as atitudes que previnem o risco associado ao não uso, ou uso inadequado de métodos contraceptivos.

Os dados da tabela 24 indicam os *scores* obtidos relativamente às atitudes preventivas face à contraceção. Os *scores* obtidos apontam para um valor mínimo de 23,00 e um máximo de 49,00, sendo a média 36,35 e um desvio padrão 4,17.

**Tabela 24 – Estatísticas relativas às atitudes preventivas face à contraceção em função do sexo**

Sexo	Med	Min.	Máx.	$\bar{x}$	Dp	CV
Masculino	35,00	23,00	47,00	35,14	4,58	0,13
Feminino	37,00	24,00	49,00	36,83	3,91	0,10
<b>Total</b>	<b>37,00</b>	<b>23,00</b>	<b>49,00</b>	<b>36,35</b>	<b>4,17</b>	<b>0,11</b>

#### Sexo e atitudes contraceptivas-prevenção do risco

Observando a tabela 25 apreende-se que os estudantes que demonstram atitudes preventivas adequadas são os estudantes do sexo feminino (29,4%), enquanto os homens mostram uma atitude face aos métodos contraceptivos pouco adequada (19,8%).

Quanto ao total da amostra (N=293) descobre-se que mais de metade dos jovens estudantes opta por uma atitude preventiva face aos métodos contraceptivos pouco adequada (62,1%) e 37.9% adequada. Considera-se não existirem diferenças estatísticas com o sexo ( $\chi^2=2,966$ ;  $p=0,085$ ).

#### **Idade e atitudes contraceptivas-prevenção do risco**

Relativamente à idade (tabela 25) depreende-se que existe uma atitude pouco adequada quanto à prevenção contraceptiva em todas as faixas etárias, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ( $\chi^2=2,132$ ;  $p=0,344$ ).

#### **Residência e atitudes contraceptivas-prevenção do risco**

Averiguando a relação entre a residência e as atitudes face aos métodos contraceptivos, pela tabela 25 entende-se que os jovens que vivem no meio rural e urbano têm atitudes preventivas pouco adequadas (15,4% e 46,8% respetivamente). Não se encontram significâncias estatísticas entre estas variáveis ( $\chi^2=0,192$ ;  $p=0,661$ ).

#### **Estado civil e atitudes contraceptivas-prevenção do risco**

Pela leitura dos resultados relativamente às atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos em função do estado civil (tabela 25), mais de metade dos jovens solteiros/divorciados/viúvos têm atitudes pouco adequadas (60,1%), enquanto os jovens casados/união de facto têm maior percentagem de atitudes anticoncepcionais adequadas (2,8%), manifestando-se significância estatística bastante significativa ( $\chi^2=8,051$ ;  $p=0,005$ ).

**Tabela 25 – Atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos em função das variáveis sociodemográficas e académicas**

Variáveis sociodemográficas e académicas	Atitudes contraceptivas-preventivas				Total		x <sup>2</sup>	p
	Pouco adequadas		Adequadas		N	%		
	N	%	N	%				
<b>Sexo</b>								
Masculino	58	19,8	25	8,5	83	28,3	2,966	0,085
Feminino	124	42,3	86	29,4	210	71,7		
Total	182	62,1	111	37,9	293	100,0		
<b>Idade</b>								
≤ 20 anos	67	22,9	35	11,9	102	34,8	2,132	0,344
21-22 anos	48	16,4	38	13,0	86	29,4		
≥ 23 anos	67	22,9	38	13,0	105	35,8		
Total	182	62,1	111	37,9	293	100,0		
<b>Residência</b>								
Rural	45	15,4	30	10,2	75	25,6	0,192	0,661
Urbana	137	46,8	81	27,6	218	74,4		
Total	182	62,1	111	37,9	293	100,0		
<b>Estado civil</b>								
Solteiro/divorciado/viúvo	176	60,1	98	33,4	274	93,5	8,051	0,005
Casado/união de facto	6	2,0	13	2,8	19	6,5		
Total	182	62,1	111	37,9	293	100,0		

Procedemos à utilização da árvore de decisão com base nas variáveis sociodemográficas e académicas. Nesta fase o objetivo é alcançar as respostas mais prováveis acerca das variáveis determinantes, através de uma sequência de decisões tomadas, com base na classificação dos dados.

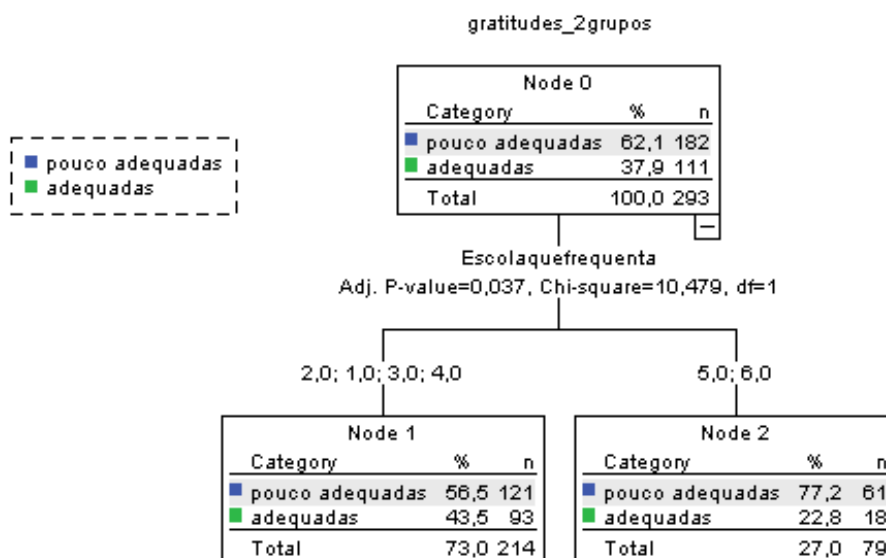
Foram consideradas como variáveis independentes todas as variáveis sociodemográficas e académicas deste estudo (as mesmas empregadas anteriormente), utilizadas na arquitetura da árvore de decisão 1 (figura 2).

Como variável dependente considerou-se as atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos. Os resultados presentes na figura 4 mostram que existem dois níveis de profundidade, cujas variáveis são estatisticamente significativas quanto às atitudes pcontracetivas-prevenção do risco. Como variáveis explicativas permaneceram: a instituição de ensino superior e o sexo, que se encontram distribuídas por quatro nós, dos quais um é terminal.

Os resultados mostraram que existe apenas um nível de profundidade e a variável que permaneceu como explicativa de atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos foi a “a instituição de ensino superior que frequenta”, que se distribui por dois nós terminais.

A primeira caixa representa o nó de raiz, tem sombreada a categoria “pouco adequadas”, que representa uma probabilidade de 62,1% dos estudantes terem uma atitude preventiva pouco adequada quanto aos métodos contraceptivos, sendo que verifica-se existir 37,9% de terem atitudes preventivas adequadas face aos mesmos.

Tal como foi dito em cima, no primeiro nível de profundidade da árvore encontramos a variável “instituição de ensino superior que frequenta”, segmentando a amostra em dois grupos: o primeiro engloba a escola superior de artes aplicadas, escola superior agrária, escola superior de saúde e a escola superior de gestão; o outro grupo reúne a escola superior de educação e a escola superior de tecnologia, dando origem aos nós terminais 1 e 2 respetivamente. Neste nível, o método CHAID atribui 56,5% e 77,2% de probabilidade de ter atitudes contraceptivas pouco adequadas e pertencer às instituições do primeiro e do segundo grupo, respetivamente.



**Figura 4 – Árvore 3: Árvore CHAID das atitudes preventivas face à contraceção em função das variáveis sociodemográficas e académicas**

Na tabela 26 desvendamos o número de previsões corretas e incorretas cometidas pelo modelo e o risco sobre a taxa global de classificações incorretas. Desta forma, concluímos que há 100,0% de participantes corretamente classificados como tendo atitudes preventivas pouco adequadas face aos métodos contraceptivos e 0,0% como tendo atitudes adequadas. Em valores absolutos, encontrámos 182 jovens estudantes classificados

corretamente pelo CHAID com atitudes pouco adequadas e 111 com atitudes adequadas. O risco estimado situa-se nos 37,9%.

**Tabela 26 – Classificações e riscos das previsões corretas e incorretas para as variáveis sociodemográficas e académicas**

Observações	Previsões		
	Atitudes pouco adequadas	Atitudes adequadas	Percentagem correta
Atitudes pouco adequadas	182	0	100,0%
Atitudes adequadas	111	0	0,0%
Percentagem total	100,0%	0,0%	62,1%
Risco estimado	0,379		
Erro padrão	0,028		

### Situação de namoro e atitudes contraceptivas-prevenção do risco

Após o estudo da tabela 27, podemos afirmar que os estudantes que namoram têm essencialmente atitudes pouco adequadas face aos métodos contraceptivo e prevenção do risco (36,9%). Não se verificam diferenças estatísticas ( $p=0,158$ ).

**Tabela 27 – Atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos em função do namoro**

Namoro	Atitudes Contraceptivas-preventivas				Total		$\chi^2$	p
	Pouco adequadas		Adequadas					
	N	%	N	%	N	%		
Sim	108	36,9	75	25,6	183	62,5	1,990	0,158
Não	74	25,3	36	12,3	110	37,5		
Total	182	62,1	111	37,9	293	100,0		

### Assiduidade nas consultas de planeamento familiar/ginecologista e atitudes contraceptivas-prevenção do risco

Analisando a tabela 28, entende-se que os jovens que frequentam consultas de planeamento familiar/ginecologista demonstram atitudes preventivas face à contraceção pouco adequadas (27,6%), assim como aqueles que negam frequentar esse tipo de consultas (34,5%). As diferenças estatísticas são altamente significativas ( $\chi^2=10,457$ ;  $p=0,001$ ).

**Tabela 28 – Atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos em função da assiduidade nas consultas de planeamento familiar/ginecologista**

Frequentar consultas de planeamento familiar/ginecologista	Atitudes Contraceptivas-preventivas				Total		x <sup>2</sup>	p
	Pouco adequadas		Adequadas		N	%		
	N	%	N	%				
Sim	81	27,6	71	24,2	152	51,9	10,457	0,001
Não	101	34,5	40	13,7	141	48,1		
Total	182	62,1	111	37,9	293	100,0		

### Educação sexual e atitudes contraceptivas-prevenção do risco

Quanto à educação sexual, tantos os jovens que tiveram essa experiência (37,9%) como aqueles que não tiveram (24,2%), mostram ter maioritariamente atitudes contraceptivas-preventivas pouco adequadas. Não existe significância estatística entre as variáveis ( $x^2=0,259$ ;  $p=0,611$ ) (cf. Tabela 29).

**Tabela 29 – Atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos em função da educação sexual**

Educação sexual	Atitudes Contraceptivas-preventivas				Total		x <sup>2</sup>	p
	Pouco adequadas		Adequadas		N	%		
	N	%	N	%				
Sim	111	37,9	71	24,2	182	62,1	0,259	0,611
Não	71	24,2	40	13,7	111	37,9		
Total	182	62,1	111	37,9	293	100,0		

Elaboramos um novo modelo de árvore de decisão, tendo sido utilizadas todas as variáveis afetivas, contraceptivas e sexuais, as mesmas utilizadas anteriormente na árvore de decisão 2 (figura 3).

Os resultados presentes na árvore comprovaram a existência de dois níveis de profundidade, cujas variáveis são estatisticamente significativas na explicação se as atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos são adequadas ou pouco adequadas. Como variáveis explicativas persistiram a frequência de consulta de planeamento familiar/ginecologista (sim ou não), e os conhecimentos que os participantes creem possuir acerca de métodos contraceptivos (bons, suficientes ou insuficientes).

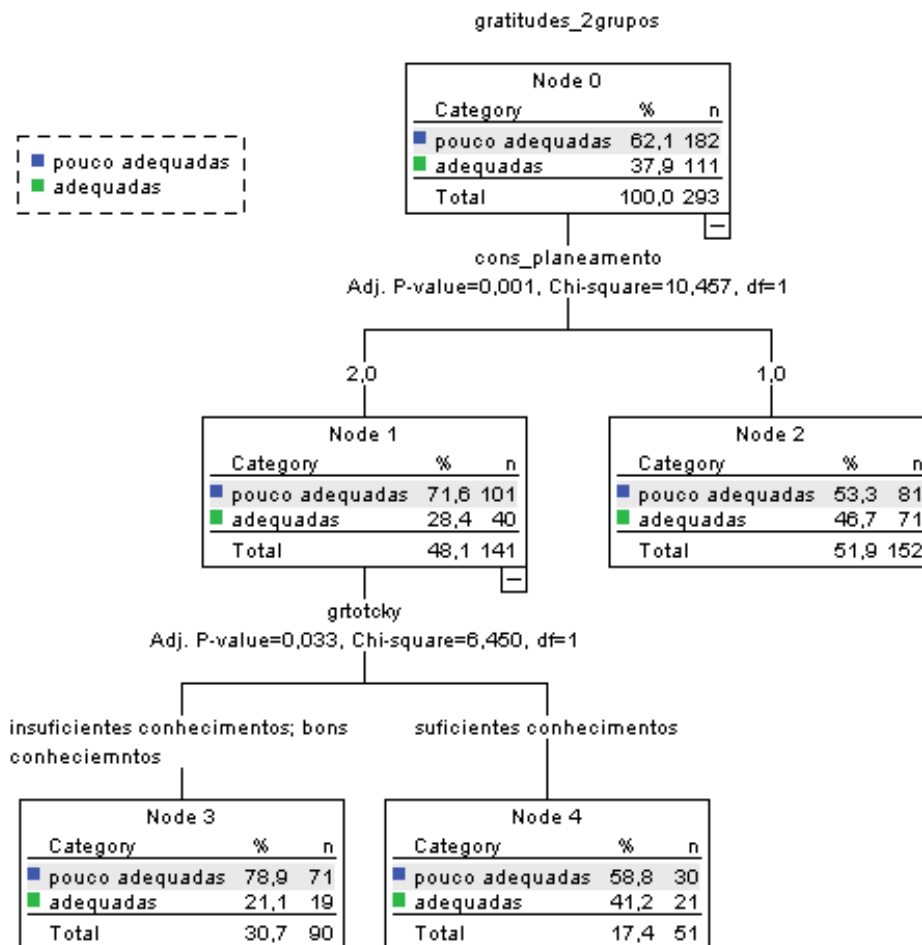
Os quatro nós ramificam-se em caixas que contêm a informação do número e percentagem das atitudes adequadas ou pouco adequadas face à contraceção-prevenção do risco. Existe apenas um nó terminal (2).

O diagrama da árvore mostra, a sombreado cinzento em cada caixa, a categoria prevista da variável de resposta pelo método CHAID.

A primeira caixa delimita a sombreado a categoria “atitudes contraceptivas pouco adequadas”, apresentando uma probabilidade de 62,1% de os sujeitos terem uma atitudes preventivas pouco adequadas quanto ao uso de métodos contraceptivos e 37,9% de ter atitudes preventivas adequadas.

No primeiro nível de profundidade da árvore 4, deparamos com “frequentar consulta de planeamento familiar/ginecologista”, o que indica, tal como já foi dito, que neste grupo de variáveis, esta é a que melhor prediz as atitudes contraceptivas-prevenção do risco. A amostra fragmenta-se em duas modalidades (sim e não), dando origem ao nó terminal 2. Neste nível, o método CHAID conferiu 71,6% de probabilidade de possuir atitudes preventivas contraceptivas pouco adequadas, quem nunca frequentou uma consulta de planeamento familiar/ginecologista.

O segundo nível de profundidade exhibe que a variável que melhor prevê as atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos e a forma como os jovens caracterizam os seus conhecimentos face à contraceção, é a dimensão “atitudes contraceptivas pouco adequadas”. Pelo que o nó 3, que representa os jovens que admitem ter conhecimentos insuficientes e bons conhecimentos, indica que existe 78,9% de probabilidade de terem atitudes preventivas pouco adequadas, enquanto o nó 4 indica que os jovens que acreditam ter conhecimentos suficientes face à contraceção têm 58,8% de prognóstico de ter atitudes preventivas pouco adequadas.



**Figura 5 – Árvore 4: Árvore CHAID das atitudes face à contraceção em função das variáveis afetivas, contraceptivas e sexuais**

O número de previsões corretas e incorretas feitas pelo modelo e o risco sobre a taxa global de classificações incorretas é igual ao da árvore CHAID 2, apresentado na tabela 23.

Os resultados descritos permitem-nos responder à primeira questão de investigação que procurava saber que conhecimentos e atitudes preventivas possuíam os estudantes. Quanto às atitudes verificamos que 62,1% possuem atitudes preventivas face à contraceção pouco adequadas e 37,9% adequadas.

#### **Em síntese:**

- Os jovens do sexo feminino apresentam altas atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos, enquanto os indivíduos do sexo masculino apresentam *scores* inferiores.

- Quanto à faixa etária e residência é inequívoco que os estudantes demonstram uma atitude preventiva pouco adequada relativamente à contraceção (62,1% para as duas variáveis).
- Relativamente ao estado civil evidencia-se que os jovens solteiros/divorciados/viúvos apresentam atitudes contraceptivas-preventivas pouco adequadas (60,1%), enquanto os casados/união de facto demonstram ter atitudes preventivas adequadas (2,8%).
- Os participantes que namoram apresentam maioritariamente atitudes contraceptivas-preventivas pouco adequadas (36,9%), assim como aqueles que não namoram (25,3%).
- 34,5% dos jovens que nunca frequentaram consultas de planeamento familiar/ginecologista apresentam atitudes preventivas pouco adequadas no que se refere à contraceção.
- Os jovens que pertencem à escola superior de educação e de tecnologia têm 77,2% de hipótese de ter atitudes preventivas pouco adequadas.
- Frequentar consultas de planeamento familiar/ginecologista é a variável contraceptiva que melhor prediz as atitudes contraceptivas-preventivas. Existe 71,6% de probabilidade de os jovens terem atitudes preventivas contraceptivas pouco adequadas.
- Os sujeitos que consideram ter bons conhecimentos e conhecimentos insuficientes relativamente aos métodos contraceptivos têm 78,9% de probabilidade de ter atitudes preventivas pouco adequadas.

### 3.2. ANÁLISE INFERENCIAL

Este subcapítulo é de particular importância, dado que após a caracterização da amostra, passamos a avaliar as relações existentes entre algumas variáveis. Uma das questões de investigação tinha em vista saber:

- **Quais as variáveis sociodemográficas e académicas que influenciam os conhecimentos e as atitudes face à contraceção-prevenção do risco?**

### **Relação entre o sexo, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Procuramos saber em que medida o sexo influenciava os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção. Utilizou-se para o efeito o teste U de Mann-Whitney e pelos resultados da tabela 30 verificamos que os jovens estudantes do sexo feminino têm uma maior atitude preventiva face aos métodos contraceptivos (OM= 156,25) que o sexo masculino (OM=123,60). Relativamente aos conhecimentos contraceptivos, os elementos do sexo feminino relevam índices mais elevados (OM=165,81) que os homens (OM=99,42). Em ambas as situações as diferenças são estatisticamente significativas.

**Tabela 30 – Teste U de Mann-Whitney entre o sexo, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção	Sexo		z	p
	Masculino (n=83)	Feminino (n=210)		
	OM	OM		
Conhecimento Contraceptivo	99,42	165,81	-6,099	0,000
Atitudes Contraceptivas	123,60	156,25	-2,982	0,003

### **Relação entre a idade, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Procurou-se determinar o modo como a idade se relaciona com os conhecimentos e as atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos, para isso aplicou-se o teste One-Way ANOVA.

Conforme os resultados da tabela 31 notamos que os estudantes com idades entre os 21 e os 22 anos apresentam melhores índices de conhecimentos e atitudes contraceptivas-prevenção do risco. Por outro lado, os jovens que revelam um menor conhecimento e atitudes preventivas face à contraceção são aqueles com idade superior ou igual a 23 anos. O valor de F não é estatisticamente significativo quanto aos conhecimentos (F=2,033; p=0,133), nem quanto às atitudes preventivas face à contraceção (F=1,809; p=0,166). A percentagem de variância explicada é ínfima.

**Tabela 31 – Teste ANOVA entre a idade, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção	Idade						F	p	%V.E.
	≤ 20 Anos (n=102)		21-22 Anos (n=86)		≥ 23 Anos (n=105)				
	Med	Dp	Med	Dp	Med	Dp			
Conhecimento Contracectivo	52,61	20,32	53,23	25,51	46,98	26,34	2,033	0,133	1,38
Atitudes Contracectivas	62,58	8,61	64,04	7,73	61,75	8,53	1,809	0,166	1,23

### **Relação entre a residência, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Com o intuito de estudarmos a relação entre a residência dos jovens estudantes, os conhecimentos e as atitudes face à contraceção, realizamos o Teste U de Mann-Whitney (tabela 32).

Verificamos que aqueles que residem em meio rural têm ordenações médias mais elevadas quanto às atitudes preventivas face aos métodos contracectivos, contudo aqueles que apresentam menores conhecimentos, são também aqueles que residem no meio rural. Não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os conhecimentos contracectivos ( $p=0,490$ ) e as atitudes preventivas ( $p=0,775$ ). Pelo que podemos afirmar que a residência não influencia as atitudes contracectivas-prevenção do risco nem os conhecimentos face aos métodos contracectivos.

**Tabela 32 – Teste U de Mann-Whitney entre a residência, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção	Residência		Z	p
	Rural (n=75)	Urbano (n=218)		
	OM	OM		
Conhecimento Contracectivo	141,23	148,98	-0,690	0,490
Atitudes Contracectivas	149,40	146,17	-0,285	0,775

### **Relação entre o estado civil, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Propusemos que o estado civil influencia os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção. De forma a estudar esta relação efetuamos o Teste U de Mann-Whitney. Os resultados referentes à tabela 33 indicam-nos que os jovens casados/união de facto têm atitudes preventivas mais favoráveis quanto à contraceção (OM=183,55). No

entanto, os mesmos têm conhecimentos inferiores (OM=142,34). Confirma-se que não há diferenças significativas quanto aos conhecimentos contraceptivo ( $p=0,803$ ) nem quanto às atitudes preventivas face à contraceção ( $p=0,051$ ).

**Tabela 33 – Teste U de Mann-Whitney entre o estado civil, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção	Estado civil		Z	p
	Solteiro/divorciado/viúvo (n=274)	Casado/união de facto (n=19)		
	OM	OM		
Conhecimento Contraceptivo	147,32	142,34	-0,250	0,803
Atitudes Contraceptivas	144,47	183,55	-1,952	0,051

### Relação entre a instituição de ensino, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção

O teste Kruskal-Wallis permitiu identificar a existência de diferenças altamente significativas nos conhecimentos contraceptivos ( $x^2=45,870$ ;  $p=0,000$ ) e nas atitudes preventivas face à contraceção ( $x^2=16,266$ ;  $p=0,006$ ). Logo, podemos afirmar que os conhecimentos têm poder explicativo sobre a escola que os jovens frequentam.

A análise detalhada da tabela 34 permite constatar que a Escola Superior de Saúde (OM=185,12) e a Escola Superior de Artes Aplicadas (OM=170,26) têm ordenações médias superiores quanto aos conhecimentos e atitudes contraceptivas-prevenção do risco, respetivamente. A Escola Superior de Tecnologia tem ordenações médias inferiores nas dimensões face aos conhecimentos contraceptivos (OM=104,39) e, também face às atitudes preventivas anticoncepcionais (OM=104,80).

**Tabela 34 – Teste Kruskal-Wallis entre a instituição de ensino, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção	Instituição de ensino						$x^2$	p
	Escola Superior de Artes Aplicadas (n=44)	Escola Superior Agrária (n=39)	Escola Superior de Saúde (n=113)	Escola Superior de Gestão (n=18)	Escola Superior de Educação (n=42)	Escola Superior de Tecnologia (n=37)		
	OM	OM	OM	OM	OM	OM		
Conhecimento Contraceptivo	110,93	153,18	185,12	116,94	126,89	104,39	45,870	0,000
Atitudes preventivas Contraceptivas	170,26	151,69	156,20	153,19	128,04	104,80	16,266	0,006

### Relação entre o curso, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção

Utilizou-se o teste Kruskal-Wallis para avaliar a influência do curso que os estudantes frequentam com os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção.

Examinando a tabela 35, observa-se que os indivíduos que frequentam um curso que dá acesso à licenciatura têm mais conhecimentos contracetivos (OM=153,66). No que diz respeito às atitudes preventivas, quem frequenta mestrado/pós-graduação/especialização tem melhores atitudes (OM=164,76). Aqueles que acederam a um curso técnico superior profissional têm menos conhecimentos (OM=86,50) e piores atitudes preventivas face aos métodos contracetivos. Existe uma diferença estatística bastante significativa entre os conhecimentos contracetivos e o curso que frequentam ( $Z=10,495$ ;  $p=0,005$ ) mas não existem diferenças estatísticas quanto às atitudes face aos métodos contracetivos ( $Z=2,288$ ;  $p=0,319$ ).

**Tabela 35 – Teste Kruskal-Wallis entre o curso, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção	Curso			$x^2$	p
	Licenciatura (n=239)	Curso Técnico Superior Profissional (n=13)	Mestrado/ Pós-graduação/ Especialização (n=41)		
	OM	OM	OM		
Conhecimento Contraceutivo	153,66	86,50	127,37	10,495	0,005
Atitudes Contracetivas	144,64	134,46	164,76	2,288	0,319

- Quais as variáveis afetivas, contracetivas e sexuais que influenciam os conhecimentos e as atitudes face à contraceção-prevenção do risco?

### Relação entre o namoro, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção

Na tabela 36 evidencia-se a relação entre o namoro, os conhecimentos e as atitudes preventivas face aos métodos contracetivos, utilizando-se para o efeito o teste t de student. Torna-se pertinente referir que quem namora apresenta níveis superiores de conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção. Não se verificam diferenças estatisticamente

significativas, nem a nível dos conhecimentos ( $t=0,204$ ;  $p=0,838$ ), nem quanto às atitudes preventivas ( $t=1,051$ ;  $p=0,294$ ).

**Tabela 36 – Teste t de student para diferenças de médias entre o namoro, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção	Namoro				Leven	t	p
	Sim (n=183)		Não (n=110)				
	média	Dp	média	Dp			
Conhecimento Contracetivo	51,00	24,71	50,40	23,54	0,453	0,204	0,838
Atitudes Contracetivas	63,11	8,54	62,05	8,02	0,185	1,051	0,294

### **Relação entre o tempo de namoro, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

De forma a perceber a relação entre os conhecimentos e as atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos e o tempo de namoro (tabela 37), aplicou-se o teste U de Mann-Whitney. Assim, verificou-se maiores conhecimentos contraceptivos ( $OM=97,26$ ) e menores atitudes preventivas ( $OM=84,78$ ) nos estudantes que namoram há menos de 1 ano. Nota-se que não existem diferenças estatísticas quer nos conhecimentos contraceptivos ( $z=-0,563$ ;  $p=0,573$ ), quer nas atitudes contraceptivas-prevenção do risco ( $Z=-1,082$ ;  $p=0,279$ ).

**Tabela 37 – Teste U de Mann-Whitney entre o tempo de namoro, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção	Tempo de namoro		Z	p
	≤1 ano (n=39)	>1 ano (n=146)		
	OM	OM		
Conhecimento Contracetivo	97,26	91,86	-0,563	0,573
Atitudes Contracetivas	84,78	95,20	-1,082	0,279

### **Relação entre a frequência de consulta de planeamento familiar/ginecologista, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Com o intuito de estudar a relação entre a frequência de consulta de planeamento familiar/ginecologista e os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção efetuou-se o teste U de Mann-Whitney. Pela análise da tabela 38, observa-se que os estudantes que frequentam este tipo de consultas têm melhores conhecimentos, mas menores atitudes preventivas, não existindo significância estatística entre os sujeitos que frequentam consulta de planeamento familiar/ginecologista, os conhecimentos e as atitudes contraceptivas-prevenção do risco.

**Tabela 38 – Teste U de Mann-Whitney entre a frequência de consulta de planejamento familiar/ginecologista, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção	Consulta de planejamento familiar/ginecologista		Z	p
	Sim (n=64)	Não (n=29)		
	OM	OM		
Conhecimento Contraceutivo	48,30	44,14	-0,696	0,487
Atitudes Contracetivas	44,71	52,05	-1,221	0,222

**Relação entre o uso de método contraceutivo, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Os resultados da análise da tabela 39 e os valores do teste U de Mann-Whitney comprovam a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre os conhecimentos contraceuticos ( $p=0,187$ ) e as atitudes preventivas ( $p=0,667$ ).

Contudo, a análise detalhada da tabela permite constatar que os jovens estudantes que usam um método contraceutivo têm simultaneamente médias superiores quanto aos conhecimentos e atitudes preventivas face aos métodos contraceuticos.

**Tabela 39 – Teste U de Mann-Whitney entre uso de método contraceutivo, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção	Método contraceutivo		Z	p
	Sim (n=254)	Não (n=39)		
	OM	OM		
Conhecimento Contraceutivo	149,54	130,47	-1,320	0,187
Atitudes Contracetivas	147,83	141,59	-0,430	0,667

**Relação entre a percepção dos participantes sobre os conhecimentos contraceuticos, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Com a finalidade de relacionar a forma como os jovens percebem os seus próprios conhecimentos face aos métodos contraceuticos, com os conhecimentos efetivos que possuem e com as atitudes preventivas face aos métodos contraceuticos, efetuamos o teste Kruskal-Wallis (cf. Tabela 40).

Analisando as ordenações médias aferimos que os sujeitos que creem ter bons/excelentes conhecimentos face à contraceção apresentam índices médios superiores quanto aos conhecimentos contraceutivo. Por sua vez, quem considera possuir maus/péssimos conhecimentos tem índices inferiores quanto aos conhecimentos avaliados. Existem diferenças estatísticas quanto a esta variável ( $p=0,045$ ).

No que diz respeito às atitudes contraceptivas-prevenção do risco, os indivíduos que possuem médias superiores são aqueles que consideram ter maus/péssimos conhecimentos, enquanto aqueles que apresentam valores médios inferiores são os que julgam ter conhecimentos face à contraceção suficientes. Não existe significância estatística quanto às atitudes preventivas contraceptivas ( $p=0,721$ ).

**Tabela 40 – Teste Kruskal-Wallis entre a percepção dos participantes sobre os conhecimentos contraceptivos, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção	Percepção sobre os conhecimentos contraceptivos			Z	p
	Bons/ Excelentes (n=235)	Suficientes (n=54)	Maus/ Péssimos (n=4)		
	OM	OM	OM		
Conhecimento Contraceptivo	152,62	127,03	86,38	6,194	0,045
Atitudes Contraceptivas	147,78	141,60	174,13	0,654	0,721

#### **Relação entre a educação sexual, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Para o estudo da influência entre ter educação sexual, os conhecimentos e as atitudes contraceptivas-prevenção do risco, foi utilizado o teste t de student (cf. tabela 41). Salienta-se que quem teve educação sexual em contexto escolar tem níveis superiores de conhecimentos e de atitudes contraceptivas-prevenção do risco. No entanto, não se verifica existir diferenças estatísticas quanto os conhecimentos contraceptivos ( $p=0,162$ ) e atitudes preventivas ( $p=0,218$ ) face aos métodos contraceptivos.

**Tabela 41 – Teste t de student para diferenças de médias entre a educação sexual, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção	Educação sexual				Leven	t	p
	Sim (n=182)		Não (n=111)				
	média	Dp	média	Dp			
Conhecimento Contraceptivo	52,38	22,84	48,14	26,26	0,017	1,405	0,162
Atitudes Contraceptivas	63,18	8,67	61,94	7,79	0,548	1,234	0,218

#### **Relação entre o início da vida sexual, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Pretendemos identificar se o facto de ter iniciado vida sexual influencia o nível de conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção, nesta medida realizamos o teste U de Mann-Whitney. Verificou-se que quem iniciou a vida sexual tem ordenações médias mais elevadas quanto aos conhecimentos e atitudes contraceptivas-prevenção do risco, mas não foram encontradas significâncias estatísticas (cf. Tabela 42).

**Tabela 42 – Teste U de Mann-Whitney entre o início da vida sexual, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção	Início da vida sexual		Z	p
	Sim (n=256)	Não (n=37)		
	OM	OM		
Conhecimento Contraceptivo	147,16	145,92	-0,084	0,933
Atitudes Contraceptivas	149,62	128,91	-1,395	0,163

**Relação entre o uso de método contraceptivo na primeira relação sexual, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

O teste U de Mann-Whitney permitiu analisar a relação entre o uso de método contraceptivo na primeira relação sexual, os conhecimentos e as atitudes contraceptivas-prevenção do risco. Através da leitura da tabela 43 verificou-se não existirem diferenças significativas nas dimensões conhecimentos contraceptivos ( $p=0,534$ ), nem nas atitudes preventivas ( $p=0,733$ ) embora se verifique a tendência de melhores conhecimentos mas piores atitudes para quem usou um método contraceptivo.

**Tabela 43 – Teste U de Mann-Whitney entre o uso de método contraceptivo na primeira relação sexual, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção	Método contraceptivo na primeira relação sexual		Z	p
	Sim (n=230)	Não (n=26)		
	Conhecimento Contraceptivo	129,46		
Atitudes Contraceptivas	127,97	133,17	0,116	0,733

**Relação entre ter relações sexuais ocasionais, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Os resultados da análise da tabela 44, e dos valores do teste t, demonstram a inexistência de diferenças estatísticas entre as variáveis.

Contudo, a análise detalhada da tabela permite constatar que quem afirma ter relações sexuais ocasionais tem menos conhecimentos e piores atitudes face aos métodos contraceptivos.

**Tabela 44 – Teste t de student para diferenças de médias entre ter relações sexuais ocasionais, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção	Relações sexuais ocasionais				Leven	t	p
	Sim (n=115)		Não (n=141)				
	média	Dp	média	Dp			
Conhecimento Contraceptivo	46,57	24,89	54,37	24,15	0,651	-2,555	0,011
Atitudes Contraceptivas	62,13	9,15	63,73	7,69	0,147	-1,511	0,132

#### **Relação entre ter Infecção Sexualmente Transmissível, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Pela leitura da tabela 45, que relaciona a existência de IST com os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção, verificamos que apresentam melhores conhecimentos contraceptivos os jovens que já tiveram IST. Verificamos que as diferenças são significativas ( $p=0,027$ ).

No que diz respeito às atitudes face à contraceção-prevenção do risco apuramos que as diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas ( $p=0,965$ ), mas estas são melhores para os que já tiveram IST.

**Tabela 45 – Teste U de Mann-Whitney entre ter IST, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção	IST		Z	p
	Sim (n=11)	Não (n=245)		
	OM	OM		
Conhecimento Contraceptivo	176,27	126,36	-2,206	0,027
Atitudes Contraceptivas	129,45	128,46	-0,044	0,965

#### **Relação entre o uso de contraceptivo de emergência, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Os resultados obtidos com o Teste U de Mann-Whitney (tabela 46), que relaciona os conhecimentos e as atitudes contraceptivas-prevenção do risco com o uso de método contraceptivo de emergência, observa-se a inexistência de significância estatística entre os

grupo ( $p>0,05$ ), sendo que os conhecimentos são maiores nos participantes que usam mas as atitudes preventivas são inferiores.

**Tabela 46 – Teste U de Mann-Whitney entre o uso de método contraceptivo de emergência, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção	Método contraceptivo de emergência		Z	p
	Sim (n=83)	Não (n=173)		
	OM	OM		
Conhecimento Contraceptivo	133,80	125,96	-0,800	0,424
Atitudes Contraceptivas	126,85	129,29	-0,248	0,804

### **Relação entre gravidez indesejada os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Para se determinar o modo como os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção se relacionam com a gravidez indesejada, aplicou-se o Teste U de Mann-Whitney (cf. Tabela 47).

Podemos observar que os jovens que não tiveram uma gravidez não planeada, são aqueles que têm ordenações mais elevadas quanto aos conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção. Verificamos a inexistência de significância estatística entre os grupos

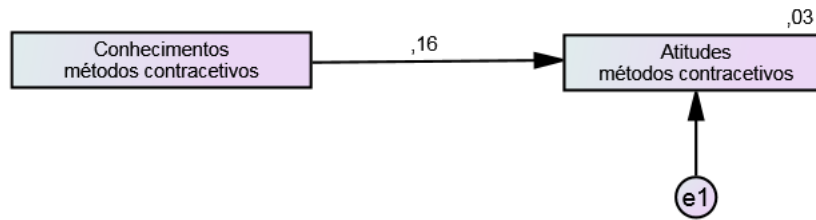
**Tabela 47 – Teste U de Mann-Whitney entre gravidez indesejada, os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção**

Conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção	Gravidez indesejada		Z	p
	Sim (n=256)	Não (n=37)		
	OM	OM		
Conhecimento Contraceptivo	95,50	128,89	-7,83	0,434
Atitudes Contraceptivas	82,67	129,04	-1,082	0,279

- Qual a relação entre os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção dos estudantes do ensino superior?

O estudo da relação entre os conhecimentos sobre métodos contraceptivos e as atitudes preventivas face aos mesmos foi efetuada através duma regressão linear simples.

O *output* gráfico apresentado sugere a existência de uma correlação positiva mas não significativa entre as duas variáveis ( $\beta = 0.162$ ), o que nos permite afirmar que os melhores conhecimentos contraceptivos correspondem melhores atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos. Todavia a percentagem de variância explicada ínfima situa-se nos 3,0%.



**Figura 6 – Output simples gráfico da regressão linear simples sobre os conhecimentos e as atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos**

Terminamos a análise inferencial com a realização duma regressão logística que procurou avaliar a significância das variáveis sociodemográficas e académicas (idade, sexo, residência, estado civil, instituto de ensino, curso e ano de matrícula) e variáveis afetivas, contraceptivas e sexuais (namoro, frequência de consultas de planeamento familiar/ginecologista, uso de método contraceptivo, perceção sobre os métodos contraceptivos, educação sexual, vida sexual, relações sexuais ocasionais, ter IST, uso de método contraceptivo de emergência, gravidez indesejada) sobre as atitudes preventivas relativamente aos métodos contraceptivos, recorreu-se ao método *enter* para a seleção das variáveis independentes.

A tabela 48 apresenta os coeficientes do modelo ajustado e a sua significância para as variáveis que se constituíram como preditores. A coluna Exp (B) estima o rácio de hipóteses da variável dependente por unidade da variável independente. Nesse sentido, o facto de os jovens serem solteiros/divorciados/viúvos o rácio de hipótese é de 4,721 em relação àqueles que vivem casados/união de facto, o que traduz um aumento significativo de 372,1% de possibilidade de possuírem adequadas atitudes face aos métodos contraceptivos. Por outro lado, a probabilidade de estudar na escola superior de saúde (OR=3,093), na escola superior de tecnologia (OR=1,007), na escola superior agrária (OR=1,946) e na escola superior de educação (OR=1,414) aumenta a influência das atitudes face aos métodos contraceptivos em 209,3%, 0,7%, 94,6% e 41,4%, respetivamente, enquanto a probabilidade de frequentar a escola superior de artes (OR= 0,638) e frequentar consultas de planeamento familiar/ginecologia tem influência nas atitudes contraceptivas-prevenção do risco decrescendo em 36,2% e 59,2%, respetivamente.

**Tabela 48 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável atitudes contraceptivas com as variáveis predictoras (modelo ajustado)**

Variáveis	b	s.e.	X <sup>2</sup> <sub>Wald</sub>	gl	p	Exp (B) OR	%Exp (B)	IC 95% Exp (B)	
Solteiro/divorciado/viúvo	1,552	0,564	7,574	1	0,006	4,721	372,1	1,563	14,26 1
Escola Superior de Saúde	1,129	0,527	4,596	1	0,032	3,093	209,3	1,102	8,686
Escola Superior de Tecnologia	0,007	0,568	0,000	1	0,990	1,007	0,7	0,331	3,066
Escola Superior Agrária	0,666	0,482	1,904	1	0,168	1,946	94,6	0,756	5,009
Escola Superior de Educação	0,346	0,692	0,250	1	0,617	1,414	41,4	0,364	5,491
Escola Superior de Artes	-0,450	0,586	0,590	1	0,443	0,638	-36,2	0,202	2,011
Consulta de planeamento familiar/ginecologista	-0,896	0,289	9,645	1	0,002	0,408	-59,2	0,232	0,718
Conhecimentos contraceptivos (1)	-0,216	0,367	0,347	1	0,556	0,806	-19,4	0,392	1,654
Conhecimentos contraceptivos (2)	0,876	0,320	7,503	1	0,006	2,402	140,2	1,283	4,495

#### Síntese:

- O sexo influencia os conhecimentos contraceptivos ( $p=0,000$ ), assim como as atitudes contraceptivas-prevenção do risco ( $p=0,003$ ).
- A variável idade não influencia as dimensões conhecimentos e atitudes contraceptivas-prevenção do risco.
- A variável independente residência não influencia nem os conhecimentos nem as atitudes preventivas face à contraceção.
- Não existe relação entre o estado civil e os conhecimentos e atitudes preventivas relativamente aos métodos contraceptivos.
- A instituição de ensino influencia os conhecimentos ( $p=0,000$ ) e as atitudes ( $P=0,006$ ) contraceptivas-prevenção do risco.
- O curso influencia os conhecimentos contraceptivos ( $p=0,005$ ), contudo não existe relação entre o curso e as atitudes preventivas face à contraceção ( $p=0,319$ ).
- A variável namoro não influencia nem os conhecimentos nem as atitudes contraceptivas-prevenção do risco.
- Não existe relação entre o tempo de namoro e os conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção.
- Frequentar consulta de planeamento familiar/ginecologista não influencia os conhecimentos nem as atitudes preventivas relativos com a contraceção.
- O uso de método contraceptivo não influencia os conhecimentos nem as atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos.

- A forma como os jovens caracterizam os seus conhecimentos contraceptivos influencia os conhecimentos contraceptivos ( $p=0,045$ ), mas não influencia as atitudes contraceptivas-prevenção do risco.
- A variável educação sexual não influencia os conhecimentos nem as atitudes preventivas face à contraceção.
- Não existe relação entre o início da vida sexual e os conhecimentos e atitudes contraceptivas-prevenção do risco.
- O uso de método contraceptivo na primeira relação sexual não influencia os conhecimentos nem as atitudes preventivas relativos aos métodos contraceptivos.
- Existe relação entre a variável relações sexuais ocasionais e os conhecimentos face à contraceção ( $p=0,011$ ), todavia não existe entre as atitudes contraceptivas-prevenção do risco.
- A variável IST influencia os conhecimentos contraceptivos ( $p=0,027$ ), mas não as atitudes preventivas face à contraceção.
- O uso de método contraceptivo de emergência não influencia os conhecimentos nem as atitudes preventivas face à contraceção.
- Uma gravidez indesejada não influencia os conhecimentos nem as atitudes contraceptivas-prevenção do risco.

### 3. DISCUSSÃO

O atual capítulo pretende destacar os resultados mais relevantes fruto do estudo empírico, neste sentido, considerando as questões definidas para este estudo, serão confrontadas com a literatura científica que serviu de suporte ao enquadramento teórico.

Procuramos realizar uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido, através da análise crítica, discutindo os resultados obtidos e equiparando-os com outros trabalhos de investigação sobre a problemática em estudo e, da mesma forma, abordar novas propostas de intervenção.

#### 3.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA

A metodologia utilizada nesta pesquisa teve em conta o tipo de estudo realizado e as questões de investigação traçadas. Contudo durante a elaboração do trabalho confrontamos com algumas contrariedades metodológicas, que a seguir se enunciam.

O facto da recolha de dados ter sido efetuada através de um questionário e via *online* apresenta alguns desafios. Por um lado, existe um condicionamento do público-alvo, apesar de todos os jovens do ensino superior terem acesso à *internet*, por outro o processo de amostragem é não probabilístico por conveniência que pode trazer vieses nos resultados, uma vez que impede a sua generalização e os resultados dependem da honestidade e sinceridade dos sujeitos.

Outro constrangimento prende-se com o preenchimento, dado que não necessitando da presença da investigadora, pode propiciar uma incorreta interpretação das questões. Além disso, a baixa taxa de respostas poderá estar relacionada com a falta de adesão a questionários *online*. Embora este método consiga abranger a totalidade dos estudantes, as respostas vão depender da responsabilidade, interesse e curiosidade. Considera-se também que existem sempre limitações quanto ao público-alvo ser possivelmente sobrecarregado quanto ao excesso de questionários. Por fim, as respostas podem ter sido respondidas conforme o esperado socialmente, todavia não é possível controlar este facto.

Acrescenta-se ainda que a maioria dos participantes (38,6%) pertence à escola superior de saúde. Este facto pode enviesar os resultados no que respeita à avaliação dos conhecimentos contraceptivos, uma vez que se trata de uma área temática analisada e discutida no curso de licenciatura de enfermagem, na escola superior de saúde.

Apesar das limitações relatadas e de algumas dificuldades inerentes, temos a convicção que as opções metodológicas foram as mais apropriadas neste estudo, as quais facultaram informações mais concretas acerca dos conhecimentos e atitudes preventivas

face aos métodos contraceptivos em jovens estudantes do ensino superior, tendo em conta as variáveis sociodemográficas, académicas, afetivas, contraceptivas e sexuais.

### 3.2. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A contraceção nos jovens é um tema fortemente debatido atualmente. Se forem usados de forma correta são bastante eficazes. O conhecimento desadequado sobre métodos contraceptivos, o seu uso incorreto e os riscos inerentes a uma relação sexual desprotegida, torna os jovens um grupo vulnerável no que concerne à saúde sexual e reprodutiva (Reis & Matos, 2007).

Para facilitar a exposição e a leitura, assim como para sistematizar de forma mais adequada, optou-se por estruturar a discussão dos resultados em função das questões de investigação.

#### **Que conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção possuem os estudantes do ensino superior?**

Os participantes mostraram maior conhecimento nas questões 2 e 5 da escala sobre os métodos contraceptivos (59,7% e 65,9% responderam acertadamente, respetivamente). O item 2 está relacionado com o método da temperatura basal e o item 5 com o método contraceptivo mais eficaz. As questões menos acertadas estão relacionadas com os DIU (item 6) e o preservativo (item 8) (36,5% e 18,1% responderam corretamente, respetivamente).

De acordo com a análise dos resultados podemos afirmar que 37,3% dos estudantes apresentam bons conhecimentos contraceptivos, 32,4% conhecimentos suficientes e 30,4% manifestam conhecimentos insuficientes.

Reis e Matos (2007) aferem resultados distintos. Observaram que os estudantes mostraram maior conhecimento nos itens 8 e 9 (84,4% e 77,8%, respetivamente) e maior desconhecimento nos itens 2 e 4 (37,3% e 37,2%, respetivamente).

Um estudo realizado por APF (2008) através de uma escala de conhecimentos nota que os jovens portugueses mostraram menores conhecimentos nas questões práticas referentes aos métodos contraceptivos e informação sobre IST, exceto o Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

Conforme a literatura revisada Loio, et al. (2015) reconhecem que o nível médio de conhecimentos sobre métodos contraceptivos, utilizando para o efeito o Inventário sobre o Conhecimento Contraceptivo (versão resumida e adaptada por Reis, 2006), foi de apenas 4,6, numa escala de 0 a 9. No nosso estudo, utilizando a mesma escala, a média de

conhecimentos face à contraceção foi ligeiramente superior (50,77%), isto são valores médios muito próximos se convertermos o índice médio em valor percentual, o utilizado neste estudo.

Numa outra análise de resultados realizado por Tkachenko (2012) verificou-se que os estudantes universitários demonstraram distinguir os métodos contraceptivos de prevenção dos métodos de controlo de natalidade.

Em relação às atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos, após a análise apreendemos que existe uma elevada atitude preventiva relacionada com os métodos contraceptivos (62,71%). As investigações neste âmbito utilizando a mesma escala têm demonstrado resultados semelhantes. Reis e Matos (2007) consideraram existir uma alta atitude preventiva face aos métodos contraceptivos ( $\bar{x}=44,56$ ;  $\pm 6,23$ ). Loio, et al. (2015) verificaram igualmente que os participantes apresentam atitudes bastante positivas ( $\bar{x}=35,5$ ;  $\pm 4,494$ ).

Matos, et al. (2011, p.113) verificam igualmente que "(...) as mulheres apresentam uma maior preocupação preventiva face ao risco e os homens maior aceitação do risco".

### **Quais as variáveis sociodemográficas e académicas que influenciam os conhecimentos e as atitudes face à contraceção-prevenção do risco?**

Quanto ao **sexo** 71,67% são mulheres e 28,33% são homens, com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos para ambos os sexos, sendo o grupo mais representativo o das mulheres (81,4%) com idade inferior ou igual a 20 anos. Os homens são mais velhos do que as mulheres ( $\bar{x}= 23,70 \pm 4,087$ ) e ( $\bar{x}= 21,90 \pm 3,271$ ), respetivamente.

Analisando a relação entre o sexo e os conhecimentos contraceptivos, verifica-se que nenhum estudante do sexo masculino acertou todas as perguntas da escala utilizada e o dobro dos homens errou em todas, comparativamente com o sexo feminino. Conclui-se que os jovens do sexo masculino ( $\bar{x}= 36,68\% \pm 23,00\%$ ) demonstram conhecimentos inferiores relativos aos métodos contraceptivos face aos estudantes do sexo feminino ( $\bar{x}= 56,34\% \pm 22,43\%$ ).

Loio, et al. (2015), Paniz, Fassa e Silva (2005), Reis e Matos (2007) e Rodrigues (2010) comprovam igualmente que o conhecimento sobre contraceção varia consoante o sexo, sendo mais elevado nas mulheres. Este aspeto revela que as mulheres mostram uma maior preocupação e responsabilidade face à contraceção.

Um estudo realizado por Frost, Lindberg e Finer (2012) alcança os mesmos resultados, denotam que mais de metade dos homens e um quarto das mulheres entre os 18 e os 29 anos têm *scores* baixos quanto ao conhecimento contraceutivo.

Da mesma forma, no nosso estudo as atitudes face ao uso de métodos contraceptivos, revelam-se mais positivas nos estudantes do sexo feminino. Este resultado está de acordo com os trabalhos realizados por Loio, et al. (2015); Reis, et al. (2011) e Rodrigues (2010).

De salientar que os inquiridos que se encontram numa **faixa etária** entre os 21 e 22 anos são aqueles que mostram maiores índices de conhecimentos contraceptivos e atitudes contraceptivas mais adequadas, contudo não apresentam significância estatística. Loio, et al. (2015) provam com um grau de confiança de 95% que os jovens estudantes com idade compreendida entre os 19 e 22 anos têm níveis superiores de conhecimentos face aos métodos contraceptivos. Porém, quanto às atitudes preventivas a idade não se considera um fator diferenciador.

De acordo com um estudo realizado por Paniz, et al. (2005) verifica-se que na amostra em estudo até à faixa etária compreendida entre os 30 e os 39 anos, existe um aumento linear significativo entre o conhecimento sobre métodos contraceptivos e a idade, decaindo nas faixas etárias mais elevadas.

A maioria dos estudantes vive no meio urbano (74,4%). Comparando a **residência** com os conhecimentos contraceptivos, podemos notar que aqueles que vivem em meio urbano têm maiores conhecimentos contraceptivos e atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos inferiores, contudo não há diferenças estatísticas.

Quanto à distribuição segundo o **estado civil** apuramos que os estudantes solteiros/divorciados/viúvos possuem mais conhecimentos face à contraceção, no entanto têm atitudes preventivas menos favoráveis. Esta variável também não apresenta significância estatística.

Os inquiridos estão distribuídos da seguinte forma, no que respeita à **instituição de ensino**: saúde, 38,6%; artes aplicadas, 15,0%; educação, 14,3%; agrária, 13,3%; tecnologia, 12,6% e gestão, 6,1%. Estes dados convergem com estudos realizados anteriormente, em que se confirma que o sexo feminino, principalmente na área da saúde é mais predominante. (Pacheco, 2012).

Os resultados ostentam que a instituição de ensino frequentada pelos sujeitos inquiridos tem diferenças altamente significativas no que se refere aos conhecimentos relativos aos métodos contraceptivos, e bastante significativas quanto às atitudes face à prevenção contraceptiva. Detalhando, aqueles que frequentam a escolha superior de saúde, verifica-se que têm maior conhecimento quanto à contraceção. Loio, Festa, et al. (2015)

comprovam igualmente que o nível de conhecimentos sobre métodos contraceptivos é maior na escola superior de saúde.

Por outro lado, os jovens que possuem atitudes preventivas mais favoráveis são aqueles que frequentam a escola superior de artes aplicadas, seguido da escola superior de saúde. No que se refere ao estudo realizado por Loio, et al. (2015) os testes evidenciam que os indivíduos da escola superior agrária, seguido daqueles que frequentam cursos de saúde, têm atitudes estatisticamente mais adequadas, comparando com as restantes escolas.

Evidencia-se ainda que os jovens que frequentam a escola superior de tecnologia são aqueles que apresentam níveis inferiores de conhecimentos contraceptivos e atitudes preventivas menos adequadas.

### **Quais as variáveis afetivas, contraceptivas e sexuais que influenciam os conhecimentos e as atitudes face à contraceção-prevenção do risco?**

No que concerne à situação de **namoro**, constatou-se que na amostra global em estudo, os indivíduos que namoram têm maiores conhecimentos e melhores atitudes preventivas face à contraceção. Contudo, não se comprova evidência estatística.

Relacionando o **tempo de namoro**, verifica-se que quem namora há mais de um ano tem níveis superiores de conhecimentos contraceptivos, contudo apresenta atitudes preventivas menos adequadas. Neste caso também não se verificam diferenças estatísticas.

Quisemos saber se os inquiridos já frequentaram alguma **consulta de planeamento familiar/ginecologista** e constatámos que 51,9% respondeu positivamente, maioritariamente as mulheres (48,8%), sendo que a maioria (41,2%) frequenta todos os anos, demonstrando uma consciência da promoção da própria saúde sexual e reprodutiva.

Num estudo realizado por Águas, et al. (2016) verificaram que 48,7% das mulheres em estudo, com idades compreendidas entre os 20 e os 29 anos, frequentaram consultas de planeamento familiar ou de ginecologia no último ano.

Santos, et al. (2015) apuram que mais de metade dos jovens adultos (69,9%) nunca recorreu a serviços de saúde sexual e reprodutiva e as mulheres são mais assíduas (30,4%).

No nosso estudo verificamos que os jovens que já recorreram pelo menos uma vez a consultas de planeamento familiar/ginecologista apresentam maiores conhecimentos contraceptivos, sendo que se averiguou que existe uma probabilidade de 49,3% de possuir bons conhecimentos relativos aos métodos contraceptivos. No entanto quem apresenta melhores atitudes preventivas são os participantes que nunca frequentaram este tipo de consultas. O que na nossa perspetiva consideramos que são consultas de máxima

importância, isto porque são transmitidos conhecimentos aos jovens que vai ajudá-los a tornarem-se responsáveis pelas suas decisões conscientes.

Quanto à contraceção confirmámos que 86,7% usa algum **método contracetivo**. O método mais utilizado é a pílula (50,0%), de seguida o preservativo (38,2%) e por último dupla proteção (8,3%). O sexo feminino tem preferência pela pílula (47,2%) e o sexo masculino pelo preservativo (20,9%). A dupla proteção é prioridade do sexo feminino (6,3%). Embora os resultados estejam aquém do desejável, quanto ao uso de métodos contracetivos, outros estudos apontam para as mesmas conclusões (Loio, et al., 2015; Paniz, et al., 2005).

Um outro estudo efetuado por Santos, et al. (2015) demonstra um uso mais consistente da dupla proteção pelas jovens universitárias (46%), sendo que foi eleito o método predileto pelas mulheres. O preservativo continua a ser o método preferencial dos homens (63%).

Reis, et al. (2011) num estudo mais alargado a 3278 jovens entre os 18 e os 35 anos, divulgam a preferência pela pílula (79,4%), logo a seguir o preservativo (69%) e por fim o coito interrompido (8,4%).

No que se refere ao uso de métodos contracetivos apurou-se que os participantes que afirmam usar têm mais conhecimentos e atitudes preventivas mais elevadas. Quanto ao conhecimento contracetivo, estes resultados estão de acordo com Paniz, et al. (2005), acrescentando que existe um aumento de conhecimentos contracetivos entre aqueles que utilizam dupla proteção.

Os jovens que consideram ter bons/excelentes **conhecimentos contracetivos** são aqueles que de facto possuem melhores conhecimentos, isto aponta para a tendência de que os jovens têm uma boa perceção dos seus saberes. Contudo, aqueles que consideram ter maus/péssimos conhecimentos face à contraceção são aqueles que têm atitudes contracetivas mais adequadas.

Ao pretendermos saber qual o **interlocutor** preferencial sobre informação de métodos contracetivos dos jovens inquiridos, constatámos que a maioria privilegiava os profissionais de saúde (52,9%) e os *mass media* (27,3%). As mulheres elegem os profissionais de saúde (42,7%) e os homens os *mass media* (13,3%). Estes resultados são semelhantes com estudos realizados por Reis, et al. (2011) e Reis, et al. (2012). O facto de os profissionais de saúde serem escolhidos como o locutor predileto, pode estar relacionado com o facto de a maioria da amostra estudar na área da saúde.

Relativamente à **educação sexual** 62,1% dos estudantes relata que teve educação sexual na escola, 88,2% refere que foi pertinente, 87,7% útil e uma percentagem inferior refere ter sido suficiente (53,4%).

Reis, et al. (2013a) de acordo com este assunto obtiveram que 56,2% dos universitários inquiridos referem que usufruíram de educação sexual nos últimos anos e 59% relatam ter ficado muito esclarecido.

Segundo os resultados do nosso estudo os indivíduos que tiveram educação sexual são aqueles que têm conhecimentos contraceptivos superiores e atitudes preventivas mais elevadas. Assim, torna-se evidente que os programas de educação sexual nas escolas são fundamentais de forma a capacitar o estudante na tomada consciente de decisões. Quanto às atitudes face a comportamentos protetores Reis, et al. (2011) confirmam estes dados.

A maioria dos participantes já **iniciou a sua vida sexual** (87,4%), os homens mencionam mais precocemente do que as mulheres. Pacheco (2012) no estudo que desenvolveu verificou que 86,9% dos inquiridos universitários já tinham iniciado relações sexuais. Outras pesquisas verificaram resultados similares (Delatorre & Dias, 2015; Matias, 2015; Pinho, 2011; Reis, et al., 2012; Reis, et al., 2011; Silva, et al., 2010).

O início da vida sexual é indicador de melhores conhecimentos e atitudes contraceptivas-prevenção do risco, no estudo realizado.

No que se refere à **idade média da primeira relação sexual**, os dados obtidos constataam que se situa nos 17,37 anos ( $\pm 1,797$ ), tendo ocorrido entre os 12 e os 26 anos. Não se verificaram diferenças estatísticas entre o sexo. A idade média da primeira relação sexual vai ao encontro dos resultados obtidos por outras investigações (Matias, 2015; Pacheco, 2012; Reis, et al., 2011; Ribeiro & Fernandes, 2009). Este perfil leva a um aumento da vida sexual ativa, como também potencia o aumento do número de parceiros sexuais e, conseqüentemente, o aumento dos riscos sexuais.

Num estudo realizado a 1105 estudantes universitários romenos verificou que a idade média para o início de relações sexuais foi de 18,6 anos e 69% dos estudantes identificaram-se como sexualmente ativos. A maioria utilizou o preservativo masculino (76,9%) e 23,1% a dupla proteção (pílula e o preservativo masculino) no primeiro ato sexual. Esta realidade verifica-se noutros estudos (Costa, 2011; Delatorre & Dias, 2015; Loio, et al., 2015). O facto de 23,1% dos estudantes incluírem o uso do preservativo combinado com um contraceptivo hormonal apresenta um aspeto positivo, uma vez que pode refletir a vontade de prevenção de IST, assim como de uma gravidez indesejada. Contudo, outros estudos demonstram que os principais métodos anticoncepcionais utilizados na primeira relação sexual foram o preservativo masculino e, seguidamente a pílula (Pacheco, 2012; Pinho, 2011; Reis, et al., 2011; Reis, et al. 2012).

A preferência pelo uso do preservativo em relação a outros métodos contraceptivos parece estar associada com o baixo custo, acessibilidade e ausência de efeitos secundários (Leite et al., 2007 como citado em Delatorre & Dias, 2015). Deve-se acrescentar que 10,2% dos estudantes não utilizou nenhum método contraceptivo na sua primeira relação sexual.

Costa (2011) e Pacheco (2012) verificaram uma percentagem semelhante de universitários. Estes resultados remetem para a necessidade de “(...) passar a abordar a sexualidade em termos de competências pessoais, de relações interpessoais, de equidade de género e de direitos humanos” (Matos, et al., 2015, p. 15).

O **uso de método contraceptivo no primeiro contacto sexual** aponta para melhores conhecimentos contraceptivos, porém denuncia atitudes preventivas contraceptivas menos acertadas.

À semelhança de outras pesquisas constatamos que a maioria dos estudantes refere não possuir **parceiros sexuais ocasionais** (55,1%). Todavia 7% nunca utiliza o preservativo, 33,9% utiliza algumas vezes e 59,1% utiliza sempre o preservativo nas relações ocasionais. Os dados vão em direção aos obtidos por Reis, et al. (2011), Reis, et al. (2012) e Santos, et al. (2015).

Ter havido relações sexuais ocasionais denuncia conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção inferiores.

Quanto ao uso de **contracetivo de emergência** 32,4% dos participantes refere ter utilizado pelo menos uma vez, destes 27,7% utilizou duas vezes. Pinho (2011) apurou que 43,5% dos jovens estudantes de enfermagem referem ter utilizado um método contraceptivo de emergência, enquanto apenas duas estudantes referem-no ter feito duas vezes. Matias (2015) no estudo que desenvolveu verificou que 26,2% dos estudantes recorreu ao método contraceptivo de emergência e 70,5% fizeram-no por falha do método normalmente utilizado.

Os estudantes que usaram um método contraceptivo de emergência mostram ter conhecimentos superiores, todavia atitudes preventivas menos adequadas.

A maioria dos sujeitos desta amostra afirma nunca ter contraído **IST** (95,7%) e 98,8% referem uma **gravidez indesejada**, à semelhança de outros trabalhos de investigação realizados (Reis, et al., 2011; Reis, et al., 2012). Quanto ao tema gravidez indesejada são os estudantes mais novos (com idades entre os 18 e os 21 anos) que referem com mais frequência não ter acontecido.

Quanto à existência de uma gravidez indesejada, os alunos que afirmaram ter ocorrido são aqueles com menores conhecimentos contraceptivos e atitudes preventivas inferiores. Contrariamente a estes resultados Paniz, et al. (2005) verificaram *scores* maiores de conhecimento quem afirma ter tido uma gravidez indesejada (média de idade da amostra 40 anos, desvio padrão 17,4).

**Qual a relação entre os conhecimentos e as atitudes preventivas face à contraceção dos estudantes do ensino superior?**

Encontrámos uma relação positiva fraca, mas não significativa entre conhecimentos sobre métodos contraceptivos e as atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos, deduzindo-se assim que quanto mais elevados forem os conhecimentos melhores serão as atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos.

A investigação realizada neste âmbito por Loio, et al. (2015) demonstrou resultados semelhantes. Verifica-se que o conhecimento acerca dos métodos contraceptivos tem uma correlação direta com as atitudes dos jovens estudantes face ao uso desses mesmos métodos, embora esta correlação seja fraca.

Reis, et al. (2011 p. 114) concluem no seu estudo de investigação “(...) que o comportamento sexual preventivo (usar preservativo) não depende exclusivamente do grau de conhecimentos, mas da motivação e do desenvolvimento das competências.”



#### 4. CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Este capítulo surge para realizar uma reflexão final, realçarmos os resultados obtidos que consideramos mais pertinentes e abordarmos algumas contribuições deste estudo.

O presente estudo procurou perceber de que modo os conhecimentos sobre contraceção influenciam positivamente as atitudes preventivas face à mesma, utilizando para o efeito uma revisão da literatura o mais atual possível.

Embora tenhamos consciência dos limites existente, pensamos ter contribuído para a identificação das variáveis sociodemográficas e académicas da amostra, as variáveis afetivas, contracetivas e sexuais, verificar a influência destas variáveis nos conhecimentos e atitudes preventivas face à contraceção, assim como identificar a relação entre os conhecimentos e as atitudes contracetivas-prevenção do risco nos estudantes do ensino superior.

Considera-se que este trabalho teve algumas contribuições, nomeadamente permitir o desenvolvimento de projetos de prevenção e intervenção promotores de saúde sexual e reprodutiva nos jovens estudantes, do ensino superior português. Marca ainda a necessidade de intervir na área da prevenção, com programas que atuem na educação sexual. “É imprescindível tornar os jovens mais responsáveis e mais atentos quanto aos cuidados com a sua saúde sexual, bem como a dos seus parceiros.” (Reis, et al., 2012, p. 113). Este estudo proporcionou ainda uma excelente oportunidade de aprendizagem e um saber mais aprofundado acerca da saúde sexual, reprodutiva e contracetiva dos jovens estudantes do ensino superior, suprimindo a investigadora de um maior enriquecimento a nível pessoal e profissional. Permitirá, desta forma, abrir novos caminhos de investigação, pela busca de conhecimento. Esperamos também contribuir para a tomada de consciência/reflexão por parte de profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro, que poderá traduzir em benefícios para os nossos jovens/família/sociedade.

Contudo, apresenta algumas limitações que já foram descritas na discussão metodológica, mas que sinteticamente reforçamos, como o tamanho da amostra ser reduzido e pouco significativo, tendo em conta o universo dos estudantes, não permitindo generalizar os resultados. O facto de o estudo ser de carácter transversal, não permite analisar a evolução do conhecimento e atitudes ao longo do percurso académico. Além disso, não se verifica um equilíbrio entre o número de homens e mulheres, que poderá originar vieses quanto aos resultados alcançados.

Identificámos um perfil do participante que seria uma estudante do sexo feminino, com idade igual ou superior a 23 anos, que vive em meio urbano, solteira/divorciada/viúva, que estuda na escola superior de saúde, num curso de licenciatura, no 2º ano de escolaridade.

Nesta fase iremos revelar um resumo dos resultados mais significativos no percurso relativos à amostra de 293 jovens estudantes que frequentam a instituição de ensino superior:

- O **sexo** feminino representou 71,67% e o sexo masculino 28,33% da amostra total. Verificou-se que as mulheres apresentam conhecimentos superiores e atitudes contraceptivas mais favoráveis do que os homens, sendo estas diferenças são altamente significativas. Por conseguinte, o sexo influencia os conhecimentos e as atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos.
- A **idade** mínima dos estudantes foi de 18 e a máxima de 35 anos, sendo a média de idades de 22,41 anos ( $\pm 3,60$ ).
- Relativamente à zona de **residência**, a maioria (74,4%) vive em meio urbano, tanto homens como mulheres.
- Quanto ao **estado civil** averigua-se que cerca de 9 em cada 10 estudantes são solteiros/divorciados/viúvos e estes são aqueles que demonstram conhecimentos contraceptivos superiores e atitudes preventivas contraceptivas mais desadequadas. Existe uma diferença estatística significativa quanto às atitudes contraceptivas-prevenção do risco.
- A maioria dos jovens estudantes (33,1%) pertence à escola superior de saúde. Constatou-se que os jovens que estudam na área da saúde demonstram possuir maiores conhecimentos contraceptivos e aqueles que demonstram atitudes contraceptivas mais preventivas são os estudantes da área de artes. Os resultados demonstram haver diferenças estatísticas altamente significativas quanto aos conhecimentos e diferenças bastante significativas no que diz respeito às atitudes contraceptivas.
- Os jovens que **namoram** representam 62,5% da amostra, destes a maioria (78,9%) namora há mais de um ano. Apurámos que os participantes que mantêm um relacionamento amoroso demonstram maiores conhecimentos e melhores atitudes preventivas face à contraceção.
- Mais de metade da amostra (51,9%) já frequentou **consultas de planeamento familiar/ginecologista**, sendo que a maioria (42,1%) frequenta todos os anos. Constatou-se que “frequentar consulta de planeamento familiar/ginecologista” é a variável que melhor prediz os conhecimentos contraceptivos, sendo estes superiores quem já esteve presente neste tipo de consultas. Quanto às atitudes preventivas estas são inferiores para os jovens que já procuraram estas consultas.

Contudo, não se verifica significância estatística quanto às atitudes contraceptivas-prevenção do risco.

- Quanto ao **uso de método contraceptivo** 86,7% da amostra respondeu afirmativamente, sendo que metade refere usar a pílula, 38,2% o preservativo e 8,3% a dupla proteção. Concluiu-se que aqueles que usam algum método contraceptivo demonstraram maiores conhecimentos e atitudes preventivas mais adequadas face à contraceção, embora estas diferenças não sejam significativas.
- 8 em cada 10 estudantes considera ter bons/excelentes **conhecimentos sobre métodos contraceptivos** e apenas 1,4% considera ter maus/péssimos conhecimentos. Aferiu-se que este facto verifica-se, isto é aqueles que têm de facto melhores conhecimentos contraceptivos julgam ter bons/excelentes conhecimentos e aqueles que têm um *score* mais baixo de conhecimentos, são aqueles que consideram possuir maus/péssimos conhecimentos contraceptivos, com diferenças significativas entre as variáveis. Todavia estas diferenças não são significativas.
- Mais de metade dos participantes (62,1%) teve **educação sexual** em meio escolar. Comprova-se que os jovens que tiveram educação sexual são aqueles que evidenciam conhecimentos contraceptivos mais elevados e atitudes preventivas mais adequadas. Porém não se verifica significância estatística.
- A **vida sexual** é relatada por 87,4% da amostra. No entanto não existe relação estatisticamente significativa entre o início da primeira relação sexual e os conhecimentos e atitudes face aos métodos contraceptivos.
- A média de **idade para o início das relações sexuais** é de 17,37 anos ( $\pm 1,79$ ), a idade mínima foi 12 anos e a máxima 26 anos. As mulheres afirmam ter iniciado ligeiramente mais cedo (17,15;  $\pm 1,71$ ) do que os homens (17,29;  $\pm 1,98$ ).
- 88,9% dos jovens utilizou algum **método contraceptivo na primeira relação sexual**, sendo que 76,9% utilizou o preservativo e apenas 23,1% dupla proteção (pílula e preservativo). Não se verificou significância estatística entre os conhecimentos e as atitudes preventivas face aos métodos contraceptivos.
- Ter **relações sexuais ocasionais** é relatado por 44,9% dos estudantes e a maioria dos homens responde afirmativamente (16,8%). Existem diferenças bastante significativas entre o sexo. Afere-se ainda que aqueles que referem relações sexuais ocasionais apresentam conhecimentos e atitudes preventivas inferiores face aos métodos contraceptivos. Encontram-se diferenças estatísticas apenas no que concerne aos conhecimentos contraceptivos.

Na generalidade da amostra, a maioria dos jovens apresenta um adequado nível de conhecimentos e atitudes preventivas favoráveis face aos métodos contraceptivos. De facto, podemos verificar que das variáveis estudadas o sexo, a instituição de ensino, o curso, a percepção do conhecimento contraceptivo, ter frequentado pelo menos uma consulta de planeamento familiar/ginecologista e a educação sexual formal, parecem ser fatores a ter em consideração na influência direta ou indireta, dos conhecimentos face aos métodos contraceptivos. Enquanto as variáveis que se prevê influenciar as atitudes preventivas relativas à contraceção são: o sexo, o estado civil, a instituição de ensino, ter frequentado pelo menos uma consulta de planeamento familiar/ginecologista e a percepção sobre conhecimentos contraceptivos.

Perante os dados anunciados, torna-se evidente a necessidade de desenvolver mais estudos que explorem os conhecimentos e atitudes face aos métodos contraceptivos de forma a aumentar a sua utilização eficaz e consistente. Além disso, “urge apostar em Gabinetes de Esclarecimento, nas Universidades, constituídos por equipas pluridisciplinares, com recurso às tecnologias mais recentes (principalmente a *Internet*) e trabalho entre pares.” (Reis, et al., p.114).

A educação sexual é considerada a principal forma de intervir favoravelmente na saúde sexual dos jovens, promovendo comportamentos preventivos e envolvendo o indivíduo no processo de aprendizagem. Voltamos a frisar que a educação sexual deve valorizar as componentes psicológicas, físicas, éticas, afetivas, culturais e sociais, estimulando o desenvolvimento de atitudes ajustadas face ao uso de métodos contraceptivos, promovendo, desta forma, estilos de vida sexual saudáveis, favorecedores da saúde sexual e reprodutiva.

## LISTA DE REFERÊNCIAS

- Águas, F., Bombas, T., & Silva, D. P. (2016). Avaliação das práticas contraceptivas das mulheres em Portugal. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 10(3), 184-192. Acedido em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1646-58302016000300002](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302016000300002)
- Araújo, B. & Ponte, F. (2011) Transições na vida académica dos estudantes da licenciatura em enfermagem. XI Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia, Coruña, Espanha, 7-9 Setembro, 2011 - Libro de Actas do XI Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Coruña, 2011 ISSN-1138-1663. pp. 3991-4002
- Blidaru, I. E., Furau, G., & Socolov, D. (2016). Female Romanian university students' attitudes and perceptions about contraception and motherhood. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(1), 39-48. doi:10.3109/13625187.2015.1066495
- Associação para o Planeamento da Família. (2008). A educação sexual dos jovens portugueses: Conhecimentos e fontes. Lisboa: APF.
- Associação para o Planeamento da Família. (2015a). Para um programa nacional de saúde sexual e reprodutiva. Lisboa: APF.
- Associação para o Planeamento Familiar. (2015b). Métodos Contraceptivos. Retirado de: <http://www.apf.pt/metodos-contracetivos>
- Bastos, M. R., Borges, A. L. V., Hoga, L. A. K., Fernandes, M. P., & Contin, M. V. (2008). Práticas contraceptivas entre jovens universitárias: o uso da anticoncepção de emergência. *Texto & contexto enferm*, 17, 447-56.
- Blidaru, I. E., Furau, G., & Socolov, D. (2016). Female Romanian university students' attitudes and perceptions about contraception and motherhood. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(1), 39-48. doi:10.3109/13625187.2015.1066495
- Corrêa, S., Alves, J. E. D., & Jannuzzi, P.M., (2006). Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In Cavenaghi S. (Coord.). *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva* (pp. 27-62). Rio de Janeiro/Brasília: Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Acedido em <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/livros/article/view/142>
- Costa, B. C. O. (2011). Opinião dos estudantes do CLE da Universidade Fernando Pessoa sobre métodos contraceptivos (Dissertação de Licenciatura) Universidade Fernando Pessoa
- Coutinho, C. P. (2013). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática. Coimbra: Almedina.
- Cunha-Oliveira, A., Cunha-Oliveira, J., Pita, J. R., & Massano-Cardoso, S. (Dezembro, 2009). A aquisição do preservativo e o seu (não) uso pelos estudantes universitários. *Revista Referência*, II Série(11) pp. 7-22.

- Decreto-Lei n.º 259/2000. (2000, Outubro 17). Regulamenta a Lei n.º 120/99, de 11 de Agosto (reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva), fixando condições de promoção da educação sexual e de acesso dos jovens a cuidados de saúde no âmbito da sexualidade e do planeamento familiar. *Diário da República*, 1(240), pp. 5784-5786. Acedido em <http://data.dre.pt/eli/dec-lei/259/2000/p/dre/pt/html>
- Delatorre, M. Z., & Dias, A. C. G. (2015). Conhecimentos e práticas sobre métodos contraceptivos em estudantes universitários. *Revista da SPAGESP*, 16(1), 60-73
- Duarte, J. C. (2008). Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psico-afectivo na adolescência. (Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental) Porto: Universidade do Porto
- Esteves, A. F. S. (2011). Noções e Dinâmica da Utilização dos Contraceptivos Orais (Dissertação de Mestrado) Universidade Beira Interior
- Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance. (2010). Contraceptive choices for young people clinical effectiveness unit. London: Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance. Acedido em <http://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceu-guidance-young-people-mar-2010/>
- Ferreira, M. C. (2010) A Psicologia Social Contemporânea: Principais Tendências e Perspectivas Nacionais e Internacionais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Vol.26 (especial) 55-64
- Félix, M. S. (2014). Crenças e atitudes face à sexualidade e ao VIH/SIDA nos jovens: Implicações de Género (Dissertação de Mestrado). Instituto Universitário. Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida
- Flora, M. C., Rodrigues, R. F., & Paiva, H. M. C. G. (Julho, 2013). Intervenções de educação sexual em adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(10) pp. 125-134.
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, Lusodidacta
- Frost, J. J., Lindberg, L. D. and Finer, L. B. (2012), Young Adults' Contraceptive Knowledge, Norms and Attitudes: Associations with Risk Of Unintended Pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 44: 107–116. doi:10.1363/4410712. Acedido em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22681426>
- Hicks, C. (2006). Método de Investigação para Terapêuticas Clínicas: Concepção de Projectos de Aplicação e Análise. Loures, Lusociência.
- Janeiro, Oliveira, Rodrigues, Maceiras & Rocha (2013) As atitudes sexuais, contraceptivas, o locus de controle da saúde e a autoestima em estudantes do ensino superior. *Rev Bras Promoc Saude*, Fortaleza, 26(4): 505-512 out./dez.
- Koerich, M. S., Baggio, M. A., Backes, M. T. S., Backes, D. S., Carvalho, J. N., Meirelles, B. H. S., & Erdmann, A. L. (2010). Sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e contracepção: atuação da enfermagem com jovens de periferia. *Revista de Enfermagem UERJ*, 18(2), 265-271.
- Lei n.º 120/1999. (1999, Agosto 11). Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva. *Diário da República*, 1(186), pp. 5232-5234. Acedido em <http://data.dre.pt/eli/lei/120/1999/p/dre/pt/html>

- Lei n.º 12/2001. (2001, Maio 29). Contraceção de emergência. Diário da República, 1(124), pp. 3148-3148. Acedido em <http://data.dre.pt/eli/lei/12/2001/p/dre/pt/html>
- Lima, M. L. (2006) Atitudes: estrutura e mudança. In: VALA, J.; JABLONSKI, M. (Org.). Psicologia social. 7. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, p. 187- 225.
- Loio, D., Festa, E., Ferreira, C., Soares, D., Fernandes, A., & Nascimento, L. (2015). Uso de contraceptivos em alunos do ensino superior. *Egitania Sciencia*, 9(17), 7-24. Acedido em [http://www.egitaniasciencia.ipg.pt/files/egitania\\_sciencia\\_17.pdf](http://www.egitaniasciencia.ipg.pt/files/egitania_sciencia_17.pdf)
- Maroco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. (5ª ed). Lisboa: ReportNumber.
- Matos, M. G., Reis, M., Ramiro, L., & Equipa Aventura Social. (2011). Saúde sexual e reprodutiva dos estudantes do ensino superior: Relatório do estudo, dados nacionais 2010. Acedido em [http://aventurasocial.com/arquivo/1303148036\\_Relatorio\\_HBSC\\_\\_SSREU.pdf](http://aventurasocial.com/arquivo/1303148036_Relatorio_HBSC__SSREU.pdf)
- Matos, M. G., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Equipa Aventura Social. (2015). A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão: Dados nacionais 2014. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais /IHMT/UNL.
- Matias, S. P. (2015). *Conhecimentos e Comportamentos dos Jovens do Ensino Superior Português em relação à Contraceção Oral de Emergência* (Dissertação de Mestrado) Instituto Politécnico do Porto
- Mendes, S. S., Moreira, R. M. F., Martins, C. B. G., Souza, S. P. S., & Matos, K. F. (2011). Saberes e atitudes dos adolescentes frente à contraceção. *Revista Paulista de Pediatria*, 29(3), 385-391.
- Nodin, N. (2011). *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Nogueira, C., Saavedra, L., & Costa, C. (2008) (In)visibilidade do género na sexualidade juvenil: propostas para uma nova concepção sobre a educação sexual e a prevenção de comportamentos sexuais de risco. *Pro-Posições*, Campinas, 19(2), pp. 59-80
- Nsubuga, H., Sekandi, J. N., Sempeera, H., & Makumbi, F. E. (2015). Contraceptive use, knowledge, attitude, perceptions and sexual behavior among female University students in Uganda: a cross-sectional survey. *BMC Women's Health*, 16, 6. <http://doi.org/10.1186/s12905-016-0286-6>
- Nunes, J.& Pestana, M. (2009) *Análise Categórica, Árvores de Decisão e Análise de Conteúdo*
- Pacheco, N. S. P. N. (2012). *A sexualidade dos jovens estudantes universitários portugueses* (Dissertação de Doutoramento). Universidade Beira Interior
- Paniz, V. M. V., Fassa, A. G. & Silva, M. C. (Novembro-Dezembro, 2005) Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil. *Cadernos Saúde Pública*, 21(6) 1747-1760.
- Patias, N. D., & Dias, A. C. G. (2014). Sexarca, informação e uso de métodos contraceptivos: comparação entre adolescentes. *Psico-USF*, 19(1), 13-22.
- Pestana, Maria Helena & Gageiro, João Nunes (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 5ª ed. rev. e corrigida. Lisboa: Edições Sílabo. 692 p. ISBN 978-972-618-498-0.

- Pinho, L. M. D. (2011) Conhecimentos e Comportamentos dos Jovens do Ensino Superior Português em relação à Contraceção Oral de Emergência (Dissertação de Licenciatura) Universidade Fernando Pessoa
- Portugal, Instituto Nacional de Estatística. (2015). Mais de metade da população com 18 ou mais anos tinha excesso de peso. Destaque: Informação à comunicação social. Acedido em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=224733757&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224733757&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2008). Saúde Reprodutiva. Planeamento Familiar. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Lisboa, DGS, 2008, 67 p.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2010). Circular Informativa n.º 37/DSR de 13/18/2010: Compromisso com os princípios enunciados nos objectivos para o desenvolvimento do milénio relativos à saúde materno-infantil. Lisboa: DGS. Acedido em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/planeamento-familiar--contracepcao/circular-informativa-n-37dsr-de-13082010.aspx>
- Prazeres, V., Laranjeira, A. R., & Oliveira, V. (2004). Saúde juvenil: relatório sobre programas e oferta de cuidados. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Reis, M., & Matos, M. G. (2007) Contracepção – Conhecimentos e atitudes em Jovens Universitários. *Revista Psicologia Saúde & Doença*, 8(2) pp. 209-220.
- Reis, M., & Matos, M. G. (2008). Contracepção em jovens universitários portugueses. *Análise Psicológica*. 1 (XXVI), pp. 71-79.
- Reis, M., Ramiro, L., Matos, M. G., & Diniz, J. A. (2012). Os comportamentos sexuais dos universitários portugueses de ambos os sexos em 2010. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 30(2) pp. 105-114.
- Reis, M., Ramiro, L., Matos, M.G., & Diniz, J. A. (2013a). Educação sexual e estudantes do ensino superior – A importância da educação sexual e a influência da família, da escola e dos amigos na adoção de comportamentos sexuais saudáveis nos estudantes do ensino superior. *Revista Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade*. n.º3 pp. 20-27
- Reis, M., Ramiro, L., Matos, M.G., Diniz, J. A. & Simões, C. (2013b). Relação entre atitudes sexuais, conhecimentos e atitudes sobre VIH/SIDA na orientação sexual. *Revista Psicologia Saúde & Doença*, 14(1) pp. 141-151.
- Regulamento n.º 127/2011. (2011, Fevereiro 18). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário da República*, 2(35), pp. 8662-8666. Acedido em <https://dre.pt/application/file/a/3477092>
- Ribeiro, M. I. B., & Fernandes, A. J. G. (2009). Comportamentos sexuais de risco em estudantes do ensino superior público da cidade de Bragança. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(1) pp. 99-113.
- Rodrigues, A. F. D. J. (2010). *Sexualidade na adolescência: atitudes e conhecimentos sobre métodos contraceptivos* (Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa). Acedido em <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/4197>

- Santos, Ferreira, & Ferreira (2015). Barreiras no acesso dos jovens adultos aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva. *Revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstetras* 15/2015 (junho) Acedido em <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxyZXZpc3RhYXBpb3xneDpiYjM2ODAxNWRiZjAwMmY>
- Silva, M., & Meneses, R. F. (2010). Educação para a Saúde e Atitudes Sexuais de Estudantes Universitários. *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia Universidade do Minho, Portugal. Coimbra.* Acedido em: [https://www.researchgate.net/publication/228881255\\_Educacao\\_para\\_a\\_Saude\\_e\\_Atitudes\\_Sexuais\\_de\\_Estudantes\\_Universitarios](https://www.researchgate.net/publication/228881255_Educacao_para_a_Saude_e_Atitudes_Sexuais_de_Estudantes_Universitarios)
- Silva, T. T., Lima, T., Vieira, B., Conde, C., Fernandes, M., Santos, J., Teixeira, & M., Oliveira, T. (2015) Contraceção em adolescentes nos últimos 15 anos: perspectiva de um Centro de Atendimento a Jovens. *Revista Nascer e Crescer*; 24(3): 108-111
- Silva, F. C., Vitalle, M. S., Maranhão, H. S., Canuto, M. H., Pires, M. M. S. & Fisberg, M. (Set., 2010) Diferenças regionais de conhecimento, opinião e uso de contraceptivo de emergência entre universitários brasileiros de cursos da área de saúde. *Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 26(9):1821-1831.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia, Sociedade Portuguesa da Contraceção, & Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (Orgs). (2011). *Consensos sobre contraceção: 2011.* Lisboa: Edições Frist News. Acedido em [http://confederaciondecontracepcion.com/descargas/E\\_Consensos\\_2011.pdf](http://confederaciondecontracepcion.com/descargas/E_Consensos_2011.pdf)
- Tkachenko, V. (2012). *Opinião dos estudantes do CLE da Universidade Fernando Pessoa sobre métodos contraceptivos (Dissertação de Licenciatura).* Universidade Fernando Pessoa
- United Nations. (2014). *International Conference on Population and Development: Cairo 5–13 September 1994: Programme of action.* Cairo: United Nations Population Fund. Acedido em [http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme\\_of\\_action\\_Web%20ENGLISH.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf)
- Vaz, A. M. B. O. D. M. (2011). *Atitudes e comportamentos dos adolescentes face à sexualidade (Dissertação de Doutoramento).* Badajoz: Universidad de Extremadura.
- World Health Organization (2006). *Defining Sexual Health Report of a Technical Consultation on Sexual Health.* WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (2015a). *Sexual health, human rights and the law.* WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (2015b). *Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach.* WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.



**ANEXOS**



## ANEXO I – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS



# Contraceção em Estudantes do Ensino Superior: Conhecimentos e Atitudes

O presente questionário integra-se num projeto de investigação relacionado com a contraceção, no âmbito do IV Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, da Escola Superior de Saúde de Viseu, do Instituto Politécnico de Viseu. A temática é relativa aos conhecimentos e atitudes face à contraceção em estudantes do ensino superior.

Para concretizarmos o estudo contamos com a sua colaboração através do preenchimento do questionário. Assim, agradecemos que o leia e responda a todas as perguntas de uma forma sincera, de acordo com aquilo que faz, sente ou pensa. O questionário é anónimo e confidencial. Desde já agradecemos a sua colaboração e disponibilidade.

O tempo previsto de preenchimento são 5 minutos.

**\*Obrigatório**

## Parte I

Caraterização sociodemográfica e académica

### 1. Idade? \*

.....

### 2. Sexo? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Feminino  
 Masculino

### 3. Residência? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Cidade  
 Vila  
 Aldeia

### 4. Estado civil? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Solteiro(a)/Divorciado(a)/Viúvo(a)  
 Casado(a)/União de Facto

### 5. Escola que frequenta? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias (ESALD)  
 Escola Superior de Tecnologia de Castelo Branco (ESTCB)  
 Escola Superior Agrária de Castelo Branco (ESACB)  
 Escola Superior de Artes Aplicada (ESART)  
 Escola Superior de Educação de Castelo Branco (ESECB)  
 Escola Superior de Gestão de Idanha-a-Nova (ESGIN)

**6. Curso que frequenta? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Curso Técnico Superior Profissional (CTeSP)
- Licenciatura
- Mestrado/Pós-graduação/Especialização

**7. Ano de matrícula? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- 1º ano
- 2º ano
- 3º ano
- 4º ano

## Parte II

Caracterização afetiva e reprodutiva

**8. Tem namorado(a)? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

**9. Se respondeu sim à pergunta anterior, há quanto tempo?**

*Marcar apenas uma oval.*

- menos de 1 mês
- entre 1 e 6 meses
- entre 6 meses e 1 ano
- entre 1 e 2 anos
- mais de 2 anos

**10. Alguma vez frequentou uma consulta de planejamento familiar/ginecologista? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

**11. Se respondeu sim à pergunta anterior, com que frequência?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Todos os anos
- 2 em 2 anos
- 3 em 3 anos
- Uma vez

**12. Utiliza algum método contraceptivo? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

13. **Se respondeu sim à pergunta anterior, qual o método contraceptivo utilizado no último mês?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Pílula Anticoncepcional
- Adesivo Anticoncepcional
- Dispositivo Intrauterino (DIU)
- Anel Vaginal
- Implante Anticoncepcional
- Preservativo Masculino
- Espermicidas/Óvulos vaginais
- Dupla proteção (exemplo: Pílula e Preservativo)
- Preservativo Feminino
- Diafragma

14. **Como considera os seus conhecimentos relativamente aos métodos contraceptivos? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Excelentes
- Bons
- Suficientes
- Maus
- Péssimos

15. **Qual o interlocutor preferencial relativamente à obtenção de informação acerca de métodos contraceptivos? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Pais
- Amigos
- Profissionais de saúde
- Professores
- Internet
- Comunicação social (mass media)

16. **Teve educação sexual na escola? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não *Passe para a pergunta 18.*

17. **Caracterize a educação sexual que obteve em contexto escolar:**

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Sim	Não
Pertinente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Caraterização sexual

**18. Já iniciou a vida sexual? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim *Passe para a pergunta 19.*  
 Não *Passe para a pergunta 28.*

**19. Idade da primeira relação sexual? \***

**20. Utilizou algum método contraceptivo na primeira relação sexual? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

**21. Se respondeu sim à pergunta anterior, qual destes métodos contraceptivos utilizou na primeira relação sexual?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Preservativo  
 Pílula e Preservativo  
 Outro  
 Não sei

**22. Tem relações sexuais ocasionais? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

**23. Se respondeu sim à pergunta anterior, utilizou preservativo nas relações sexuais ocasionais?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre  
 Algumas vezes  
 Nunca

**24. Alguma vez teve uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST)? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

**25. Alguma vez utilizou um método contraceptivo de emergência, ou a sua parceira? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

26. Se respondeu sim à pergunta anterior, quantas vezes?

.....

27. Alguma vez engravidou de forma não desejada, ou a sua parceira? \*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

## Parte IV – Escala de Atitudes Contraceptivas

Segue-se um conjunto de afirmações acerca do uso dos métodos contraceptivos. Pedimos que expresse a sua opinião individual acerca de cada uma. Usando a escala fornecida, indique, assinalando, o grau de concordância ou discordância de cada afirmação. Não há respostas certas nem erradas. Lembre-se de que é a sua opinião que solicitamos.

### Contraceptive Attitude Scale

---

(CAS; Kyes, 1987; versão traduzida por Caldeira, Galhardas, Nobre e Ramiro, 2005; versão adaptada por Reis, 2006)

28. Os métodos contraceptivos reduzem a actividade sexual. \*

Marcar apenas uma oval.

1      2      3      4      5

Concordo completamente      Discordo Completamente

29. Os métodos contraceptivos fazem as relações sexuais parecer menos românticas. \*

Marcar apenas uma oval.

1      2      3      4      5

Concordo completamente      Discordo completamente

30. Eu sentir-me-ia embaraçado(a) se conversasse sobre contracepção com os meus amigos. \*

Marcar apenas uma oval.

1      2      3      4      5

Concordo completamente      Discordo completamente

31. As pessoas devem usar contraceptivos independentemente de conhecerem o seu parceiro sexual há mais ou menos tempo. \*

Marcar apenas uma oval.

1      2      3      4      5

Concordo completamente      Discordo completamente

32. Os métodos contraceptivos podem realmente tornar a relação sexual mais agradável. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Concordo completamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Discordo completamente

33. Não há dificuldade nenhuma no uso de métodos contraceptivos. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Concordo completamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Discordo completamente

34. Usar métodos contraceptivos faz um relacionamento parecer demasiado permanente. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Concordo completamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Discordo completamente

35. O sexo não é agradável se for usado um método contraceptivo. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Concordo completamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Discordo completamente

36. Vale a pena usar contraceptivos mesmo que os custos monetários sejam elevados. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Concordo completamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Discordo completamente

37. Os métodos contraceptivos fazem as relações sexuais parecer demasiado planeadas. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Concordo completamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Discordo completamente

38. Sinto-me melhor comigo próprio(a) quando uso métodos contraceptivos. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Concordo completamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Discordo completamente

## Parte V - Inventário sobre o Conhecimento Contraceutivo

Abaixo encontram-se várias questões relacionadas com conhecimentos dos métodos contraceptivos. Por favor, responda a cada questão, clicando na alínea que corresponde à resposta correta.

# Contraceptive Knowledge Inventory

---

(CKY; Delcampo e Delcampo, 1973; versão traduzida por Caldeira, Galhardas, Nobre e Ramiro, 2005; versão resumida e adaptada por Reis, 2006)

39. **Dos seguintes, o factor mais importante para a implementação correcta do método do calendário é: \***

*Marcar apenas uma oval.*

- a) A regularidade do ciclo menstrual da mulher
- b) O número de dias que a mulher menstrua por ciclo
- c) A duração do período seguro (quando a mulher não pode ficar grávida apesar de ter relações sexuais)
- d) O número de dias entre o período seguro e o primeiro dia de menstruação
- e) Não Sei

40. **O método da temperatura baseia-se na alteração da temperatura corporal de base da mulher: \***

*Marcar apenas uma oval.*

- a) Antes da menstruação
- b) Antes da ovulação
- c) Depois da menstruação
- d) Depois da ovulação
- e) Não Sei

41. **Alguns investigadores consideram a hipótese de um destes métodos ser abortivo porque impede a implantação no útero de um ovo já fecundado: \***

*Marcar apenas uma oval.*

- a) Contraceptivo Oral (pílula)
- b) DIU
- c) Espermicidas
- d) Diafragma
- e) Não Sei

42. **Quando posicionado correctamente, o DIU localiza-se em: \***

*Marcar apenas uma oval.*

- a) Colo Uterino
- b) Vagina
- c) Útero
- d) Uretra
- e) Não Sei

43. Qual é o método contraceptivo considerado mais eficaz? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- a) Pílula
- b) Preservativo
- c) Laqueação de Trompas
- d) Coito Interrompido
- e) Pílula do Dia Seguinte
- f) Anel Vaginal
- g) Dispositivo Intra-uterino (DIU)
- h) Espermicidas
- i) Não Sei

44. O DIU deve ser: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- a) Colocado antes da relação sexual e retirado várias horas depois
- b) Controlado regularmente para verificar se continua no local adequado
- c) Limpo frequentemente
- d) Extraído após a mulher menstruar
- e) Não Sei

45. A função principal da pílula é: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- a) Destruir os espermatozóides
- b) Inibir a ovulação
- c) Impedir a implantação do óvulo
- d) Regular a ovulação
- e) Não Sei

46. Um método contraceptivo e, simultaneamente, um mecanismo de protecção contra as doenças venéreas, é: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- a) DIU
- b) Preservativo
- c) Duche vaginal
- d) Espermicidas
- e) Não Sei

47. Enquanto método contraceptivo, a esterilização cirúrgica (vasectomia, no caso do homem, e laqueação das trompas, no caso da mulher) poderá alterar a activação sexual do indivíduo: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- a) Não Altera
  - b) Reduzindo o desejo sexual no homem vasectomizado, mas não numa mulher cujas trompas foram laqueadas
  - c) Reduzindo o desejo sexual na mulher cujas trompas foram laqueadas, mas não num homem vasectomizado
  - d) Aumentando-a
  - e) Não Sei
- 

Com tecnologia





## ANEXO II – PEDIDO PARA O USO DAS ESCALAS



---

## Pedido do uso das escalas CKY e CAS e respetivo estudo psicométrico

---

Marta Reis <reispsmarta@gmail.com>

7 de janeiro de 2016 às 14:35

Para: Margarida GaspardeMatos <margaridagaspar@netcabo.pt>

Cc: "ana.sofia.st4@gmail.com" <ana.sofia.st4@gmail.com>

Cara Ana Sofia Tavares,

Desde já é um prazer poder ajudar no seu trabalho, cujo o tema é muito importante nos dias de hoje, Parabéns.

Autorizo a utilização das Escalas enviando em anexo as mesmas,

Se necessitar de mais alguma coisa, disponha,

Desejo-lhe um Bom trabalho, e se possível no final gostaria de poder aceder aos resultados pois é um tema crucial e do meu interesse.

Com os melhores Cumprimentos,

--

Marta Reis

Psicóloga e Investigadora

Projecto Aventura Social

Faculdade de Motricidade Humana

Estrada da Costa

1499-002 Cruz Quebrada - DAFUNDO

Portugal

telephone: 214 149 152

[mreis@fmh.ulisboa.pt](mailto:mreis@fmh.ulisboa.pt) / [reispsmarta@gmail.com](mailto:reispsmarta@gmail.com)

[Citação ocultada]

---

### 2 anexos



**CAS\_ Escala Atitudes Contraceptivas-1.pdf**

38K



**CKI\_ Escala Conhecimentos MC.pdf**

32K



ANEXO III – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSV





PARECER

Nº 05/2016

ASSUNTO: CONTRACEÇÃO EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR: CONHECIMENTOS E ATITUDES

Tendo a estudante Ana Sofia Tavares, sob a orientação da Profª Doutora Paula Nelas, solicitado emissão de parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do Relatório Final do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia, incluindo como participantes os estudantes da do Ensino Superior do IPCB, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o parecer que se segue apenas para as Escolas do referido Instituto que não possuam comissões de ética.

- Considerando que se trata de um estudo pertinente, no sentido de avaliar os conhecimentos dos Estudantes sobre métodos contraceptivos e comparar os resultados com as atitudes que adoptam;
- Considerando que o estudo poderá trazer benefícios na sensibilização dos estudantes para a adoção de atitudes corretas neste domínio e para adequação dos curricula escolares;
- Considerando que a participação no estudo consiste no preenchimento de um questionário cuja participação é voluntária, e vai ser apresentado documento de consentimento informado a todos os participantes;
- Considerando ainda que no questionário não há identificação nominal e que será garantida a anonimização dos sujeitos; recomendamos:
  - a) O cumprimento do segredo profissional por parte das investigadoras na recolha de informação e administração dos questionários;
  - b) Que os resultados sejam divulgados na comunidade;

Face ao exposto, somos de parecer que este estudo cumpre os requisitos éticos referentes à anonimização e autonomia dos participantes e tem uma adequada metodologia científica para ser realizado.

Viseu, 08 de fevereiro de 2016

A relatora

A presidente da CE da ESS

Enviar ao  
interespaco

24/2/2016



ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DE DADOS POR PARTE DO IPCB



---

## Questionário online

---

**Servicos de Expediente dos SC do IPCB** <expediente@ipcb.pt>  
Para: "ipcb\_alunos@news.ipcb.pt" <ipcb\_alunos@news.ipcb.pt>  
Cc: Ana Sofia <ana.sofia.st4@gmail.com>

12 de outubro de 2016 às 14:33

Ex.mo(a) Senhor(a)

Em cumprimento do despacho do Sr. Vice Presidente do IPCB, Prof. António Fernandes, junto se envia o email infra, relativo ao preenchimento do questionário online

Cumprimentos

O Serviço de Expediente

---

**De:** Ana Sofia <ana.sofia.st4@gmail.com>

**Enviado:** 5 de outubro de 2016 21:29

**Para:** Vice Presidente António Fernandes

**Assunto:** Questionário online

O link que dá acesso ao questionário é o seguinte:

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc2\\_qJWswVEXYsRGuzUzOYasb\\_rKVRInZgu1idtHF4yNE4seA/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc2_qJWswVEXYsRGuzUzOYasb_rKVRInZgu1idtHF4yNE4seA/viewform)

Com os melhores cumprimentos,

Ana Sofia Tavares

