



Español

Universidade Federal Fluminense



ESCUELA DE ENFERMERÍA  
AURORA DE AFONSO COSTA

Artículos Originales



## Prácticas de salud sexual y contraceptivas en universitarias: un estudio descriptivo

Adriana Lenho Figueiredo Pereira<sup>1</sup>, Lucia Helena Garcia Penna<sup>1</sup>,  
Eloá Carvalho Pires<sup>1</sup>, Dimona Carvalho Amado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade del Estado de Rio de Janeiro

### RESUMEN

**Objetivos:** Describir las prácticas de salud sexual y contraceptivas de las jóvenes universitarias y comparar las similitudes y diferencias de estas prácticas según la renta familiar. **Método:** Pesquisa descriptiva. La muestra investigada fue de ochenta jóvenes de una universidad pública. Fue aplicado el test qui-cuadrado, nivel de significancia  $p < 0,05$ , y el coeficiente de contingencia modificado. **Resultados:** Las universitarias con menor renta iniciaron la práctica sexual entre los 14 y 16 años (53,3%), utilizaron el preservativo en la primera relación sexual (80%) y son usuarias de servicios públicos de salud (66,7%). Las jóvenes con mayor rendimiento comenzaron la vida sexual con 17 años o más (64,7%), la primera relación sexual fue más desprotegida (35,3%) y son atendidas en la red suplementar (88,2%). **Discusión:** El nivel de renta familiar no influencia en el acceso a la salud sexual y reproductiva de la muestra investigada. **Conclusión:** Hubo diferencia para el tipo de proveedor del servicio de la salud según la renta.

**Descriptorios:** Salud de la Mujer; Planificación Familiar; Anticoncepción.

## INTRODUCCIÓN

La sexualidad de los jóvenes brasileños sufren influencias de los determinantes sociales, como educación, salud, renta, cultura y género. La noción de que hombres y mujeres tienen diferentes intereses y necesidades sexuales genera un poderoso conjunto de creencias sobre la sexualidad femenina, que determina normas sociales y comportamientos sexuales distintos para los hombres y las mujeres<sup>(1)</sup>.

En la cultura sexual brasileña hay refuerzo de los estereotipos de género que dificultan la adopción de medidas preventivas al embarazo indeseada. Los jóvenes tienen más dificultades de negociar el uso del preservativo masculino por envolver los sentimientos de confianza de la pareja y el tiempo de duración de la relación<sup>(2)</sup>.

La tasa de fecundidad brasileña tuvo un progresivo declinio en el final del siglo XX, consecuente a las transformaciones ocurridas en la sociedad, sobretodo la difusión de los contraceptivos orales y el cambio de papel de la mujer en la sociedad contemporánea. Inicialmente, esta reducción ocurrió en los estratos sociales más favorecidos y, en las últimas décadas, en las demás clases sociales<sup>(3)</sup>.

Después del año 2000, hubo declinio en la fertilidad de las brasileñas en general, pero con una disminución menos significativa entre los jóvenes de 15 a 19 años. En 2000, este grupo de edad correspondía a 22,5% de las madres del total de los nacidos vivos. En el año de 2006, esta proporción disminuyó para 20,6% de las madres<sup>(3)</sup>.

En Brasil, se estima que la edad media de iniciación sexual sea alrededor de 15 años de edad. Entre los niños, predomina la concepción de que el sexo es un instinto físico y volición incontrolable. Las niñas adolescentes consideran que la iniciación sexual envuelve la intrínseca relación entre amor, deseo y sexo<sup>(4)</sup>.

El acceso a la planificación familiar es un derecho reproductivo que debe ser asegurado para ejercicio de la autonomía de tener o no hijos. Para tal, la red de servicios de salud debe disponibilizar asistencia a la concepción y contracepción como parte de las acciones que componen la asistencia integral a la salud y sin ninguna restricción de género.

En relación a la salud reproductiva, hay factores sociales que pueden interferir en la asistencia de los jóvenes, como las desigualdades sociales en el atendimento ginecológico. Las mujeres de las capas populares y de menor escolaridad son las que se sienten más avergonzadas durante la consulta y tienen una relación de poder desfavorable frente al profesional que las atiende en los servicios públicos de salud<sup>(5)</sup>.

Las mujeres de mayor renta y con mayor nivel de escolaridad, que son atendidas principalmente en servicios de la red suplementar, tienen una relación con el profesional de salud menos asimétrica y la motivación de la primera consulta ginecológica está relacionada a la obtención de informaciones y adopción de prácticas de prevención<sup>(5)</sup>.

La utilización de métodos contraceptivos está directamente relacionada con el nivel de instrucción. El uso del preservativo es mayor entre los universitarios de las series iniciales, mientras los estudiantes del último periodo de graduación utilizan más los contraceptivos orales. Este cambio fue relacionado con relacionamientos amorosos más estables entre los formandos<sup>(6)</sup>.

Los jóvenes universitarios tienden a posponer el inicio de la vida sexual, que frecuentemente coincide con el inicio de la vida universitaria, y ni siempre adoptan métodos contraceptivos en las relaciones sexuales<sup>(6)</sup>.

Esa característica comportamental también fue encontrada entre universitarios americanos, que informaron relacionamientos sexuales ca-

suales con diferentes personas y uso irregular de preservativos. Tales comportamientos son de riesgo para la salud sexual y reproductiva, exigiendo de la comunidad universitaria el establecimiento de estrategias educativas y de promoción de la salud para esos jóvenes<sup>(7)</sup>.

Considerando esa problemática compleja, que es influenciada por los determinantes sociales, como género, renta y escolaridad, fue propuesto el presente estudio con el objetivo de describir las prácticas de salud sexual y contraceptivas de las jóvenes universitarias recién ingresadas en el curso de graduación y comparar las similitudes y diferencias de estas prácticas según la renta familiar.

## MÉTODO

Pesquisa descriptiva y de enfoque cuantitativo realizada en una universidad pública del municipio de Rio de Janeiro, entre mujeres jóvenes recién ingresadas en dos cursos de graduación, una del Área Educacional (AE) y el otro del Área de la Salud (AS). La pesquisa fue aprobada por la Comisión de Ética en Pesquisa de la Universidad del Estado de Rio de Janeiro, parecer nº 042.3/2011.

El anuario estadístico de esa universidad, concerniente a los datos de 2009, informaba que la población era de 23.673 graduandos con matrícula activa en 32 cursos de graduación. De esta totalidad, 12.450 (52,6%) estudiantes del sexo femenino, siendo que 4.276 (34,3%) beneficiarias del sistema de cuotas.

En esa universidad, la reserva de vagas o cuotas representan 45% del total de vagas disponibles para los cursos de graduación y son destinadas a los académicos de baja renta comprobada, de los cuales 20% son destinadas a los graduados de las escuelas públicas, 20% a los afrodescendientes y 5% a los indígenas y

portadores de deficiencia física o hijos de policiales civiles y militares, de bomberos militares y de inspectores de seguridad y administración penitenciaria, muertos o incapacitados en razón del servicio.

La elección de los cursos de graduación para la fase de colecta de datos fue basada en ese anuario estadístico. En el curso AE, las mujeres representan 84,6% de los alumnos matriculados y en el curso AS este grupo correspondió a 80,6%. La proporción de graduandos no cotistas del curso AE, cuya renta bruta familiar era de hasta tres sueldos mínimos (s.m.), correspondió a 28,09%, mientras en el curso de graduación AS esta proporción fue de sólo 6,45%. La predominancia de mujeres y la disparidad en el perfil de renta bruta familiar fueron los criterios de selección preliminarmente adoptados.

Conforme con datos fornecidos por las secretarías de ambos cursos de graduación, se encontraban matriculadas 322 alumnas en el primero y segundo periodo del curso AE y 48 alumnas en el curso AS. Por lo tanto, el total de académicas matriculadas en el primer año de la graduación fue de 370 jóvenes universitarias.

Después esas delimitaciones, las participantes consideradas elegibles deberían atender a los siguientes criterios de inclusión en el estudio: mujeres con edad entre 19 y 24 años, regularmente matriculadas en el primero y segundo periodos de los cursos de graduación, nulíparas y que ya iniciaron la vida sexual. Fueron excluidas del estudio aquellas que no estaban matriculadas, que tenían historia de paridad y que no comenzaron la vida sexual.

Las variables del estudio fueron: perfil social, económico y del acceso al atendimento a la salud (edad, estado civil, color de la piel, local de la formación escolar, renta familiar, principal fuente de recurso para el sustento, tipo de servicio de salud utilizado, evaluación del acceso al atendimento); salud sexual ( la primera rela-

Pereira ALF, Penna LHG, Pires EC, Amado DC. Sexual and birth control health practices among female undergraduates: a descriptive study. *Online braz j nurs* [internet]. 2014 Mar [cited year month Day]; 13 (1): 25-35. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4286>

ción sexual, uso de preservativo, realización de consulta ginecológica después del inicio de la actividad sexual, tipo de relacionamiento sexual); prácticas contraceptivas (tipo de métodos contraceptivos utilizados, local de adquisición del método, aparición del embarazo indeseado e interrupción voluntaria del embarazo).

Fue utilizado un cuestionario estructurado con 25 cuestiones cerradas cuyos datos del test piloto fueron excluidos de la pesquisa. Se aplicaron 132 cuestionarios, en el periodo de agosto a noviembre de 2011, siendo que 52 (39,4%) fueron descartados en razón de la respuesta negativa para inicio de la vida sexual.

Al término de esa colecta, los datos fueron almacenados en un banco de datos informatizado. Posteriormente, fueron tabulados y sometidos al tratamiento estadístico descriptivo. El análisis de los datos ocurrió a partir del test qui-cuadrado, siendo considerado el nivel de significancia  $p < 0,05$ . Para verificar la asociación entre variables categóricas, fue calculado el coeficiente de contingencia modificado ( $C^*$ ). Este coeficiente varía entre el intervalo de cero a un. Los valores de  $C^*$  próximos de cero indican que la asociación es débil y los valores próximos de un denotan que la asociación es fuerte. Los valores de  $C^*$  en torno de 0.5 pueden ser interpretados como asociación moderada.

## RESULTADOS

El total de jóvenes universitarias participantes de la pesquisa fue de 80 (100%), correspondiente a la muestra investigada. De estas jóvenes, 56,3% era perteneciente a lo grupo de edad con 19 a 20 años, seguidas de aquellas con edad entre 21 y 22 años (31,2%) y entre 23 y 24 años (12,5%). Casi la totalidad era soltera (92,5%) y las demás unidas o casadas. la mayor parte (56,3%) de las universitarias reporto tener color

de la piel como blanca. Este segmento fue seguido de las que respondieron que su color de la piel era morena (22,5%), negra (18,7%) y amarilla (2,5%). También predominaron las universitarias graduadas de escuelas públicas (53,8%) en la enseñanza media en relación aquellos que vienen de escuelas del seguimiento privado.

En relación a la renta familiar, se utilizó la referencia del valor del sueldo mínimo nacional (s.m.) en 2011, R\$545,00. La gama de rentas es de tres y cuatro s.m. fue la que concentro mayor porcentaje de académicas, 38,8%, seguida de las correspondientes a los rendimientos de cinco a seis s.m. (21,2%), de un a dos s.m. (18,8%) y de 7 a 8 s.m. (10,0%). Las etapas de rendimiento de nueve a diez s.m. y más de diez s.m. obtuvieron las menores frecuencias, 5% y 6,2%, respectivamente.

Considerando la principal fuente de recursos para el propio sustento, la proporción de universitarias que tiene empleo formal fue próxima de aquellas que reciben mesada familiar, 33,7% y 32,5%, respectivamente. Más, cuando estos datos fueron estratificados por la renta familiar, hubo mayor diferencia en la distribución de las universitarias que dependen principalmente de los recursos proporcionados por los familiares. El segmento de jóvenes universitarias con renta familiar con más de seis s.m. concentró 70,5% de aquellas que se mantienen con estos rendimientos. A pesar de estos resultados, no fue encontrada una diferencia estadística significativa entre el tipo de fuente de recurso y la renta familiar.

Hubo disparidad en la distribución por renta familiar por el tipo de servicio de salud. La agrupación de renta familiar de menores de tres años s.m. se concentro en aquellas que utilizan servicios de la red pública de salud, correspondiendo a 66,7%. Mientras las universitarias con rendimiento familiar con más de 6 s.m. son atendidas mayoritariamente (88,2%) en los servicios de salud asegurados a los planes de

**Tabla 1** - Distribución de las jóvenes universitarias por la renta familiar según la fuente principal del recurso para su sustento, tipo de servicio de salud y evaluación del acceso al atendimento. Universidad pública. Rio de Janeiro, 2011

Variables	Menos de 3 s.m.		De 3 a 6 s.m.		Más de 6 s.m.		Total		p-valor	C*
	f(15)	%	f(48)	%	f(17)	%	f(80)	%		
<b>Fuente de recurso</b>									0,226	0,6
Mesada familiar	3	20	11	22,9	12	70,5	26	32,5		
Pensión alimenticia	1	6,7	1	2,1			2	2,5		
Bolsa académica	3	20	9	18,8			12	15		
Trabajo informal	2	13,3	6	12,5	1	5,9	9	11,3		
Emprego formal	5	33,3	18	37,5	4	23,6	27	33,7		
Actividad autónoma	1	6,7	3	6,2			4	5		
<b>Tipo de servicio de salud</b>									0,000	0,7
Público	10	66,7	8	16,7			18	22,5		
Conveniado al plano de salud	2	13,3	37	77,1	15	88,2	54	67,5		
Privado(*)	3	20	3	6,2	2	11,8	8	10		
<b>Avaluación del acceso</b>									0,075	0,6
Muy fácil					2	11,7	2	2,5		
Fácil	2	13,3	15	31,2	9	53	26	32,5		
Ni fácil y ni difícil	7	46,7	23	48	6	35,3	36	45		
Difícil	3	20	7	14,6			10	12,5		
Muy difícil	3	20	3	6,2			6	7,5		

Legenda: salario mínimo (s.m.)

(\*) servicio pago en el momento del atendimento

Fuente: Elaboración de los autores, 2013.

salud. Hubo una diferencia estadística significativa entre el tipo de servicio de salud utilizado y la renta familiar.

Considerando la evaluación del acceso al atendimento en los servicios de salud, la renta familiar menor que tres s.m. fue la que concentró mayores porcentajes para el acceso evaluado como difícil (20%) o muy difícil (20%). Entre las graduandas que consideraran este acceso como fácil, hubo mayor proporción en el segmento de la renta familiar más de seis s.m. En el estrato de renta de tres a seis s.m. prevaleció la evaluación del acceso como ni fácil y ni difícil, a pesar de la mayoría (77,1%) ser consumidora de los servicios de salud de la red suplementar. No fue encontrada una diferencia estadística significativa entre los niveles de renta para la variable evaluación del acceso al atendimento. Este conjunto de datos puede ser visualizado en la tabla 1.

Fue verificado que 57,5% de las jóvenes universitarias iniciaron la actividad sexual entre los 17 y 19 años de edad. En la comparación por nivel de renta familiar, el seguimiento con renta familiar menor, menor de tres s.m., fue que tuvo la primera relación sexual la más prematura, entre 14 a 16 años (53,3%).

En relación al uso del preservativo en la primera relación sexual, la mayoría (73,8%) utilizó esta protección. Sin embargo, el grupo de jóvenes con mayor nivel de renta familiar, con más de seis s.m., fue y presentó un mayor porcentaje (35,3%) de sexo desprotegido en la primera relación sexual. En todos los niveles de renta predominaron (73,7%) las universitarias que buscaron atendimento ginecológico al iniciar la práctica sexual. No hubo diferencia estadística significativa entre los niveles de la renta familiar, como puede ser visualizado en la tabla 2.

**Tabla 2** - Distribución de las jóvenes universitarias por la renta familiar según el grupo de edad de la primera relación sexual, uso de preservativo en la primera relación sexual y realización de consulta ginecológica después iniciar la vida sexual. Universidad pública. Rio de Janeiro, 2011.

Variables	Menos de 3 s.m.		De 3 a 6 s.m.		Más de 6 s.m.		Total		p-valor	C*
	f(15)	%	f(48)	%	f(17)	%	f(80)	%		
<b>Grupo de edad (años)</b>									0,277	0,4
Abajo de 14			1	2			1	1,2		
De 14 a 16	8	53,3	13	27,1	6	35,3	27	33,8		
De 17 a 19	6	40	32	66,7	8	47,1	46	57,5		
De 20 a 22	1	6,7	2	4,2	3	17,6	6	7,5		
<b>Sexo con preservativo</b>									0,589	0,2
Sí	12	80	36	75	11	64,7	59	73,8		
No	3	20	12	25	6	35,3	21	26,2		
<b>Consulta ginecológica</b>									0,59	0,2
Sí	10	66,7	35	72,9	14	82,4	59	73,7		
No	0,5	33,3	13	27,1	3	17,6	21	26,3		

Leyenda: salario mínimo (s.m.)

Fuente: Elaboración de los autores, 2013.

**Tabla 3** - Distribución de las jóvenes universitarias por la renta familiar según el tipo de relacionamiento sexual, el uso de método contraceptivo y el local de adquisición del método. Universidad pública. Rio de Janeiro, 2011.

Variables	Menos de 3 s.m.		De 3 a 6 s.m.		Más de 6 s.m.		Total		p-valor	C*
	f(15)	%	f(48)	%	f(17)	%	f(80)	%		
<b>Tipo de relacionamiento sexual</b>									0,563	0,4
Pareja casual	1	6,7	3	6,3	3	17,6	7	8,7		
Pareja fija	12	80	34	70,8	12	70,6	58	72,5		
Más de una pareja	1	6,7	1	2,1			2	2,5		
Otra respuesta	1	6,6	10	20,8	2	11,8	13	16,3		
<b>Uso de método contraceptivo</b>									0,761	0,5
Ninguno	2	13,3	6	12,5	2	11,7	10	12,5		
Método del calendario					1	5,9	1	1,2		
Coito interrumpido			2	4,2			2	2,5		
Preservativo masculino	1	6,7	6	12,5	2	11,8	9	11,3		
Píldora Anticoncepcional	11	73,3	31	64,6	12	70,6	54	67,5		
Píldora del día siguiente	1	6,7					1	1,2		
Otro método			3	6,2			3	3,8		
<b>Local de adquisición del método</b>									0,578	0,4
Servicio de salud	1	6,7					1	1,2		
Farmacia	10	66,7	38	79,2	15	88,2	63	78,8		
Otro local	2	13,3	4	8,3			6	7,5		
No respondió	2	13,3	6	12,5	2	11,8	10	12,5		

Leyenda: sueldo mínimo (s.m.)

Fuente: Elaboración de los autores, 2013.

Considerando el tipo de relacionamiento sexual, la mayoría (72,5%) tiene pareja estable, seguida de las universitarias que practican sexo con parejas casuales (8,7%) y con más de una pareja (2,5%). Entre aquellas cuya renta familiar es más de seis s.m., hubo mayor proporción (17,6%) de jóvenes que realizan sexo con parejas casuales, cuando comparadas a los demás estratos de rendimiento. No fue encontrada diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de renta investigados.

El método contraceptivo más utilizado por las universitarias y la píldora anticoncepcional (67,5%), seguido de aquellas que no usan cualquier método (12,5%) y que utilizan el preservativo masculino (11,2%). El local de adquisición de los métodos contraceptivos fue principalmente la farmacia, correspondiendo a 78,8%. Hubo poca variabilidad en los porcentajes de estos datos por nivel de renta familiar, como puede ser observado en la tabla 3.

Al ser investigada la aparición de embarazo indeseado, sólo (1,3%) universitaria respondió afirmativamente. Esta universitaria tuvo su embarazo interrumpido, pero no necesitó de hospitalización después del aborto.

## DISCUSIÓN

Las desigualdades marcan el acceso a la enseñanza superior frente a la democratización y equidad entre los segmentos étnicos que componen la sociedad brasileña. Entre 1998 a 2008, la tasa bruta de escolaridad en la enseñanza superior de la población femenina brasileña subió de 12,4% para 39,9% entre las blancas y de 4,1% para 20,0% entre las negras y mixtas. A pesar de las políticas afirmativas en la enseñanza superior denotan que el aumento del acceso de universitarios con el color de la piel negra o mixta sigue siendo modesto<sup>(8)</sup>.

Hubo diferencia en el porcentaje encontrado (53,8%) de universitarias procedentes de escuelas públicas en comparación con otros estudios. En el perfil de los estudiantes del primer año de los cursos de Química, Biología y Psicología de una universidad pública, en los años de 2003 y 2004, fue encontrado sólo 14,3% de graduados de escuelas públicas<sup>(9)</sup>. En otra investigación, los estudiantes del primer año en el curso de enfermería de dos universidades, una pública y otra privada, en los años de 2004 y 2005, presentó un porcentaje de 46% de alumnos graduados del sistema educacional público<sup>(10)</sup>.

La salud es un derecho constitucional en Brasil. El Sistema Único de Salud (SUS) es política pública de carácter universal, que es compuesto por dos subsistemas, el público y el privado o suplementar.

Recientemente, hubo una significativa incorporación de familias brasileña al segmento de la clase media y ampliación del subsistema suplementar. El número de brasileños con plano de salud que alcanzó 49,1 millones en 2008, el equivalente a 26,3% de la población del país. En domicilios con la renta per cápita de hasta ¼ del sueldo mínimo, sólo 2,3% eran beneficiarios de plan de salud. Entre el segmento con renta de más de cinco sueldos mínimos, el porcentaje de beneficiarios fue de 82,5%<sup>(11)</sup>.

Esa tendencia de abdicación del derecho a la salud por las familias de clase média, para ser consumidoras de planos de salud, fue identificada entre las universitarias investigadas. Hubo predominio en la utilización de los servicios conveniados a los planes de salud en las rentas de mayor rendimiento familiar. A pesar de eso, la garantía de acceso facilitado al atendimento a la salud parece no ser una consecuencia directa.

La enseñanza tiene impacto sobre el proceso salud enfermedad, incluyendo su salud sexual y reproductiva. Se sabe que el mayor número de

Pereira ALF, Penna LHG, Pires EC, Amado DC. Sexual and birth control health practices among female undergraduates: a descriptive study. *Online braz j nurs* [internet]. 2014 Mar [cited year month Day]; 13 (1): 25-35. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4286>

años de estudio está relacionado con el aplazamiento de los matrimonios entre las mujeres, el uso frecuente de métodos anticoncepcionales de alta eficacia y la menor tendencia de la aparición de embarazo no planificados<sup>(12)</sup>.

En 2005, la proporción de jóvenes con edades comprendidas entre 16 y 19 años que ya tuvieron relación sexual fue de 61,6% y la edad media de inicio de la vida sexual fue de 14,9 años. Entre las mujeres, esa proporción fue de 55,2%, manteniéndose la tendencia observada en estudios anteriores, de que ellas optan por el inicio posterior a su vida sexual<sup>(13)</sup>.

Esa tendencia de aplazamiento de la vida sexual también fue observada entre las jóvenes universitarias investigadas. Pesquisa realizada entre graduandos de una universidad pública encontró la proporción de 46,5% de mujeres que no habían iniciado la vida sexual. Entre los hombres, esta proporción fue menor, 20,1%. Considerando los graduandos con vida sexual activa, el inicio de la actividad sexual ocurrió con edad media de 17,5 años entre las mujeres y 13,0 años entre los hombres<sup>(14)</sup>. Tal diferencia puede ser atribuida a la influencia de los papeles de género en la sexualidad, que determinan actitudes y prácticas distintas para hombres y mujeres.

En estudio realizado en 2005, el uso de preservativo en la primera relación sexual fue adoptado por 62,5% de las niñas de 16 y 19 años<sup>(13)</sup>. En el presente estudio, la proporción encontrada fue de 73,8% entre las jóvenes universitarias. La utilización de esa protección en la primera experiencia del sexo y considerado un buen factor de predicción para la continuidad de su utilización en las relaciones sexuales posteriores<sup>(15)</sup>.

Sin embargo, el uso del preservativo en la primera relación sexual por las jóvenes universitarias no fue diferenciado entre la renta familiar. Este hallazgo fue diferenciado al ser observado en otra investigación, que encontró mayor frecuencia de ese comportamiento entre

jóvenes más escolarizados y con mayor nivel de renta familiar<sup>(13)</sup>.

En las primeras relaciones sexuales existe predominancia del uso de preservativo masculino por las universitarias. Pero, en las últimas relaciones sexuales hay un aumento del uso de anticoncepcional oral, indicando que este cambio implica la ocurrencia de relacionamientos más estables<sup>(16)</sup>. Este hallazgo indica que existe una mayor concentración en la prevención del embarazo de que de las enfermedades sexualmente transmisibles (DST) en ese tipo de relacionamiento, constituyéndose un factor de riesgo para la salud sexual.

En el contexto del enamoramiento en relacionamientos heterosexuales, hay una representación de que esa relación se guía en el compromiso, en la confianza y en la fidelidad, sobretodo para las mujeres que tienen menor poder de negociación del uso del preservativo frente a su pareja.

Esa correspondencia entre relacionamientos más estables y el uso del contraceptivo oral también fue observada en el presente estudio. Las proporciones encontradas en los datos referentes al relacionamiento sexual con una pareja y al uso de píldora anticoncepcional fueron semejantes en todos los niveles de renta familiar.

En los países desarrollados hay asociación entre la renta familiar y el acceso al atendimento a la salud. Hay evidencias de que las mujeres americanas con bajo *status* socioeconómico presentan disparidades en los cuidados de planificación familiar. En el acceso a los servicios que ofrecen estos cuidados fueron verificadas importantes desigualdades raciales, étnicas y socioeconómicas<sup>(17)</sup>. Las jóvenes universitarias estudiadas tienen acceso al atendimento ginecológico, sea en los servicios de salud públicos o conveniados a los planos de salud. En Brasil, la atención a la planificación reproductivo todavía está vinculado a la asistencia materno-infantil. En servicios de salud investigados en

el estado de Rio de Janeiro, la dirección a esta planificación favoreció dió prioridad a las mujeres en atendimento prenatal y no posparto. No fue observado el mismo esfuerzo político asistencial para las mujeres fuera del periodo de embarazo- puerperio o que tengan dificultades para embarazar. Esa misma lógica es adoptada en el atendimento de las adolescentes, cuyos profesionales realizan cuidados direccionados para la planificación reproductiva especialmente cuando la joven llega a la unidad en busca de la atención prenatal<sup>(18)</sup>.

El acceso y la calidad del atendimento para la planificación reproductiva son primordiales para asegurar los derechos sociales de las mujeres y promover la autonomía sexual y reproductiva. En esta perspectiva, la baja penetración de las acciones programáticas ministeriales hace con que el atendimento individual y curativo tenga posibilidades restritas para lograr estos objetivos.

Además de esto, el actual escenario económico liberalizante influencia en el modo por lo cual los cuidados de salud son ofrecidos. Las universitarias obtienen los métodos de control de fertilidad principalmente en las farmacias y no en los servicios de salud, lo que puede ocasionar inadecuación en el uso de estos métodos y ocurrencia de embarazo indeseada.

Se estima que la tasa anual de aborto inducido es de 2,07 por 100 mujeres entre 15 y 49 años en el país, siendo que la edad con mayor representatividad es de 20 a 29 años, con porcentajes que varían de 51% a 82% del total de mujeres que tuvieron este tipo de aborto. Entre las adolescentes, ocurre entre 7% y 9% del total de abortos practicados por mujeres en edad reproductiva. La mayor parte de los casos sucede en el segmento de 17 a 19 años<sup>(19)</sup>.

Estudios con adolescentes puerperas indican que entre 12,7% y 40% intentaron el aborto antes de decidir dar prosegimiento al

embarazo, que 25% de estas adolescentes habían embarazado nuevamente un año después el aborto y que 70% de aquellas que llevaron en embarazo al termino habían abandonado la escuela<sup>(19)</sup>.

En este estudio, sólo un caso (1,3%) de embarazo indeseado fue identificado, que resultó en aborto sin hospitalización que surja. Posiblemente, este caso no fue incorporado a la estadísticas oficiales de salud por haber sucedido en ambiente al margen del sistema de salud. Por otro lado, el enfoque y la investigación de ese tema son problemáticas por el hecho de ser una práctica velada en nuestra sociedad. Dibujos metodológicos más sensibles y con base de la población son necesarios para garantizar la confianza de los resultados y de la medición de su prevalencia entre las jóvenes universitarias.

## CONCLUSIÓN

Las jóvenes universitarias de este estudio son predominantemente solteras, tienen el color de la piel blanca y son de familias con rendimiento familiar de tres o más sueldos mínimos. Ellas iniciaron su vida sexual entre los 17 y 19 años, usaron preservativo en la primera relación sexual, tienen pareja y utilizan como método contraceptivo la píldora anticoncepcional.

Se constato una diferencia significativa entre el tipo de servicio de salud utilizado y la renta familiar. Las jóvenes de menor renta son usuarias de los servicios públicos de salud y aquellas de mayor renta utilizan servicios conveniados a los planes de salud. Esta diferencia por tipo de proveedor de servicio no influenció en el acceso al atendimento ginecológico después el inicio de la vida sexual, en el tipo de relacionamiento sexual adoptado y en el uso del método contraceptivo.

Los resultados de la pesquisa fornecen indicios preliminares de que los determinantes

sociales y de género deben ser considerados en los estudios acerca de la salud sexual y reproductiva y por los profesionales de salud que ofrecen cuidados en la planificación reproductiva a los jóvenes universitarios. Tal consideración es necesaria en virtud de la creciente expansión de la educación superior en el país.

También alerta la comunidad universitaria para la necesidad de promover actividades educativas para la prevención de riesgos y lesiones a la salud sexual y reproductiva de los graduandos. En ese sentido, los profesores y estudiantes de enfermería pueden dar significativas contribuciones para la promoción de la salud de esos jóvenes por medio de las actividades de extensión en el ámbito de esa comunidad.

Hay que destacar que los resultados de la pesquisa no pueden ser generalizados en virtud de ser restringidos a los grupos estudiados y al local en que fue realizada. También hubo limitaciones relacionadas a la indisponibilidad de datos relativos a la edad o a la edad de la población de alumnas matriculadas en el anuario estadístico consultado.

Nuevas pesquisas son necesarias para ampliar el conocimiento sobre el tema, dilucidar las cuestiones no aclaradas por el estudio y avanzar en la producción de datos pertinentes a la salud sexual y reproductiva en ese segmento de la población.

## CITAS

1. Hamilton L, Armstrong EA. Gendered Sexuality in Young Adulthood: Double Binds and Flawed Options. *Gend Soc.* 2009; 23(5):589-616
2. Alves CA, Brandão ER. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. *Cienc. saúde coletiva.* 2009;14(2):661-70
3. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. [cited 2012 jul 13]. Available from: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosau- de/2009/indic\\_saude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosau- de/2009/indic_saude.pdf)
4. Borges ALV, Nakamura E. Normas sociais de iniciação sexual entre adolescentes e relações de gênero. *Rev Latinoam Enferm* 2009; 17:94-100
5. Torres MEA, Miranda PR, Machado CJ. "Vai lá, tira a roupa... e... pronto...": o acesso a consultas ginecológicas em Belo Horizonte, MG. *Rev bras estud popul.* 2008; 25 (4):49-69
6. Dessunti EM, Reis AOA. Vulnerabilidade às DST/Aids entre estudantes da saúde: Estudo comparativo entre primeira e última série. *Cienc Cuid Saude* 2012; 11(suplem.):274-83
7. Bui ER, Marhefka SL, Hoban MT. The State of the union: sexual health disparities in a national sample of US college students. *J Am Coll Health.* 2010;58(4):337-46
8. Paixão M, Rossetto I, Montovanele F, Carvano LM (org.). Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil; 2009-2010 [internet]. Rio de Janeiro: Garamond/LAESAR-IE-UFRJ, 2011. [cited 2012 jul 13]. Available from: [http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2011/09/desigualdades\\_raciais\\_2009-2010.pdf](http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2011/09/desigualdades_raciais_2009-2010.pdf)
9. Oliveira MD, Melo-Silva LL. Estudantes universitários: a influência das variáveis socioeconômicas e culturais na carreira. *Psicol. Esc. Educ.* 2010; 14 (1): 23-34
10. Spíndola T, Martins ERC, Francisco MT. Enfermagem como opção: perfil de graduandos de duas instituições de ensino. *Rev. bras. enferm.* 2008; 61(2): 164-9
11. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Um panorama da saúde no Brasil: Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde-PNAD 2008 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. [cited 2012 ago 26]. Available from: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS - RJ/ panorama.pdf>
12. Bastos MR, Borges ALV, Hoga LAK, Fernandes MP, Contin MV. Práticas contraceptivas entre jovens universitárias: o uso da anticoncepção

- de emergência. *Texto Contexto Enferm.* 2008 jul/set; 17(3): 447-56
13. Paiva V, Calazans G, Venturi G, Dias R. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Rev Saúde Pública* 2008;42(Supl1):45-53
  14. Caetano ME, Linhares IM, Pinotti JA, Maggio FA, Wojitani MD, Giraldo PC. Sexual behavior and knowledge of sexually transmitted infections among university students in Sao Paulo, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010;110(1):43-6
  15. Stulhofer A, Baćak V, Ajduković D, Graham C. Understanding the association between condom use at first and most recent sexual intercourse: an assessment of normative, calculative, and habitual explanations. *Soc Sci Med.* 2010;70(12):2080-84
  16. Reis A, Vale I. Contraception in Adolescence: Literature Review Online *Brazilian Journal of Nursing* [periodic on line]. 2009[Cited 2012 June 25]; 8(3): Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2533>
  17. Dehlendorf C, Rodriguez MI, Levy K, Borrero S, Steinauer J. Disparities in family planning. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202(3):214-20.
  18. Heilborn ML, Portella AP, Brandão ER, Cabral CS. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25 (Supl2): S269-S278
  19. Brasil, Ministério da Saúde. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

---

**Recibido:** 27/09/2012

**Revisado:** 04/11/2013

**Aprobado:** 12/01/2014