



CENTRO UNIVERSITÁRIO FAG



DAVID SANTOS KAZMIERCZAK JUNIOR

**COMPORTAMENTO SEXUAL E CONTRACEPÇÃO EM ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL - PARANÁ**

**CASCAVEL - PR
2017**

CENTRO UNIVERSITÁRIO FAG

DAVID SANTOS KAZMIERCZAK JUNIOR

**COMPORTAMENTO SEXUAL E CONTRACEPÇÃO EM ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL – PARANÁ**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro
Universitário FAG, curso de Farmácia.
Prof. Orientador: **Giovane Douglas Zanin.**

**CASCAVEL - PR
2017**

DAVID SANTOS KAZMIERCZAK JUNIOR

**COMPORTAMENTO SEXUAL E CONTRACEPÇÃO EM ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL – PARANÁ**

Trabalho apresentado no curso de Farmácia do Centro Universitário FAG, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Farmácia, sob a orientação do Professor Giovane Douglas Zanin.

BANCA EXAMINADORA

Giovane Douglas Zanin
Orientador

Patricia Stadler Rosa Lucca
Professor

Claudinei Mesquita da Silva
Professor

Cascavel, 31 de Outubro de 2017.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho ao meu filho, pois ele é o motivo da minha entrada na Universidade, bem como da persistência frente às adversidades no caminho, espero que um dia entenda a minha ausência.

Dedico esse trabalho também a minha mãe, que mesmo com tantas dificuldades em sua jornada, em nenhum momento demonstrou fraqueza, soube aproveitar as pedras em seu caminho, que no fim, ajudou a construir o seu castelo.

A minha sorte foi passar madrugadas estudando...

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a todas as dificuldades que o universo colocou em minha vida, pois sem elas, não tenho dúvidas, eu não seria o que sou hoje.

Agradeço a todos os professores, por todo o conhecimento que me proporcionaram, pela dedicação e competência, foi um privilégio ser aluno de vocês.

Depois de todas as broncas, cobranças, de todos os conselhos sinceros para a vida em suas aulas e estágios, o mínimo que devo fazer é dedicar um paragrafo para ele, professor Giovane, continue sendo essa pessoa extraordinária, sou muito grato por tudo, não mude.

SUMÁRIO

1. REVISÃO DA LITERATURA	6
REFERÊNCIAS	21
2. ARTIGO CIENTÍFICO.....	25
REFERÊNCIAS	42

1. REVISÃO DA LITERATURA

SEXUALIDADE

A adolescência é um processo de aceleração do desenvolvimento mental e estruturação da personalidade envolvendo o período dos 10 aos 20 anos incompletos, e a juventude compreende o período dos 15 aos 24 anos, que se consiste no processo de preparação, principalmente sociológico, para que os jovens venham assumir socialmente o papel do adulto com a perspectiva da procriação, da família e da atividade profissional com responsabilidades e direitos (OPAS, 2000).

Os adolescentes, de um modo geral são promíscuos, pois é uma fase da vida de experimentação sexual (HOWARD,1999), atualmente conversam mais sobre sexualidade com seus pais do que no passado. Entretanto, essas conversas na maioria das vezes são apenas superficiais, não ocorrendo esclarecimento sobre alguns cuidados que devem ser adotados previamente a iniciação sexual e ainda, do conhecimento necessário dos métodos contraceptivos para serem utilizados de maneira correta. Os amigos com frequência são procurados a respeito deste assunto, porém as conversas se iniciam interessantes e por fim acabam na vulgarização, resultando em importantes dúvidas não esclarecidas sobre o conteúdo e ainda comprometendo a seriedade da conversa (MUZA, 2002 E MARTINS, 2006).

O diálogo entre pais e filhos sobre a iniciação da vida sexual e sobre a sexualidade aumenta as chances de uso dos métodos preventivos nas atividades sexuais e facilita na redução de comportamentos considerados de risco (WHITAKER et al. 1999).

As causas de morbimortalidade entre os jovens têm sido bastante documentadas, bem como sua relação com o comportamento pessoal. Logo, essas causas são possivelmente passíveis de prevenção. Devesse fazer um esforço cada vez maior para a união dos pais, profissionais da saúde, educadores, mídia e comunidade em um objetivo comum, atenção integral à saúde do adolescente (ROMERO et al., 2007).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2001), a gravidez na adolescência é aquela que ocorre entre os 10 e 20 anos incompletos. A ausência de estudos sobre paternidade na adolescência acompanha a tradição dos estudos de gênero, a maioria esta fundamentalmente

direcionada a mulheres, reforçando a ideia de que a fecundidade e o seu controle sejam mais um “negócio de mulheres” ou “para mulheres”, deixando de fora os homens (GARCIA,1998).

O início da vida sexual entre mulheres e homens é distinto. Enquanto que frequentemente elas interpretam a primeira relação sexual como um momento decisivo na construção do primeiro relacionamento verdadeiro, para eles representa um momento de iniciação pessoal no qual a parceira, constantemente, não é foco de interesse, tendo pouca importância (SIMÃO et al., 2006).

Melo et al. (2007) confirmou essa informação em seu estudo avaliando o número de parceiros sexuais de acadêmicos, entre as 60 (100%) acadêmicas 42 (70%) mantiveram relação sexual com somente um parceiro, enquanto, entre os 8 (100%) homens do estudo, 6 (75%) mantiveram relações sexuais com cinco ou mais parceiros.

É insatisfatório o conhecimento dos jovens quando o assunto norteia a sexualidade, especialmente os homens, já que as mulheres por participarem mais de ações sobre a educação sexual apresentam um conhecimento ligeiramente maior (GOMES et al., 2002).

Na epidemiologia dados revelem constante queda nas taxas de fecundidade, entretanto analisando por faixas etárias específicas houve um aumento no intervalo etário entre 15 e 19 anos. No decorrer da história, as taxas mais elevadas de fecundidade apresentava-se, em mulheres de 20 a 24 anos. A partir de 1980, começou a se observar um aumento relativo nas taxas de fecundidade daquelas mulheres com idade entre 15 e 19 anos, cujos dados ganham importância quando comparados no mesmo período redução nas taxas das mulheres entre 20 e 24 anos (CAMARANO, 1998).

Segundo o estudo de Berquó (2000), a média para o início da atividade sexual entre os homens foi de 14,5 anos e para as mulheres 15,2 em uma população com faixa etária de 16 a 19 anos. E para a mesma variável em uma população com mais de quarenta anos, constatando média de idade para os homens de 18,4 anos e para as mulheres de 20,6 anos de idade.

É cada vez mais precoce o início da vida sexual, os jovens são desprovidos de informações consistentes que possam incorporar sobre o desenvolvimento e a saúde sexual e, mesmo recebendo muitas informações sobre sexo, nem sempre sabem tanto quanto aparentam saber, sendo a fonte de seu saber, frequentemente, conceitos equivocados, carregados de tabus, advindos de colegas e amigos que também não tiveram acesso a educação em sexualidade. Assim, a desinformação neste setor se torna um círculo vicioso, difícil de romper (ROMERO et al., 2007).

O estudo de Cabral (2003) confirmou essa desinformação, onde dos quinze casos de gravidez, as informantes afirmaram que estava sendo utilizado algum método contraceptivo quando ocorreu. Foram identificados quatro métodos: pílula (em seis casos de gravidez), preservativo (quatro), coito interrompido (quatro), e tabelinha (um caso). Nos outros oito casos de gravidez, nenhum método contraceptivo estava em uso.

Os universitários são constituídos em sua maioria por jovens com idade entre 17 e 24 anos, sendo que a entrada na universidade representa um período importante nas suas vidas. Pois é a partir desse momento que sua inserção social se expande e começam suas experiências no mundo corporativo, dando sua identidade profissional que está relacionada com a sua identidade. Quando o aluno entra na universidade, este entra em contato com diversas novas situações, que resultam em sentimentos de excitação e alegria, bem como insegurança e ansiedade. Aumentando as chances de comportamentos sexuais considerados de risco, como a negligência de uso de métodos contraceptivos e a prevenção para das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)(AKVARDAR,Y. et al., 2003).

É importante salientar o caráter heterogêneo e diversificado da juventude, pois são o conjunto de classe e seus atributos sociais que modelam e distinguem os jovens uns dos outros (BOURDIEU, 1983; Pais, 1993). Neste sentido, uma gravidez na adolescência pode não necessariamente configurar como um transtorno ou uma perturbação na trajetória do adolescente, pois a juventude guarda suas particularidades em termos de classe, gênero e etnia (ARIÈS, 1981).

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

A escolha de um método contraceptivo pelo casal é decidida por diferentes fatores, como aceitação física, entendimento do usuário, habilidade em seu manejo, fatores socioculturais, dentre outros. Estes diversos fatores podem influenciar de maneira positiva ou negativa, o que não podemos é desprezar sua existência, nem tampouco negar que eles são marcadores na construção de um planejamento familiar eficaz e seguro (MAGALHÃES et al., 2013)

De acordo com a Lei nº 9.263/1996, o planejamento familiar tem sua definição como a conjuntura de ações de regulação da fecundidade, na garantia de direitos igualitários de

constituições, limitações ou aumento da prole pela mulher, pelo homem e pelo casal (BRASIL, 2005).

Segundo Carreno (2006) o planejamento familiar e os métodos contraceptivos são aliados do casal, através de seu uso adequado, evitando gravidezes não desejadas, e proporcionando a prevenção das ISTs.

O modo de vida atual, a sociedade em crescimento, a inserção das mulheres no mercado de trabalho e o aumento do custeio de vida fez com que os casais reduzissem o número de filhos, surgindo uma grande preocupação em relação à contracepção (RANIERI E SILVA, 2011).

Atualmente mesmo com o aumento de informações sobre a contracepção, a incorporação das normas contraceptivas entre a sociedade é frágil. A característica da cultura sexual brasileira pouco reflexiva sobre o assunto e ainda espontaneísta, reforça os estereótipos de gênero, e atrapalha a adoção de medidas preventivas as ISTs e a gravidez indesejada (HEILBORN et al., 2006).

Segundo estudo realizado por Carvalho (2005), as mulheres buscam um método contraceptivo que proporcione os fatores ideais combinados: inócuo à saúde; alta eficácia; fácil de usar; aceitável aos seus costumes e ainda aceito sem resistências pelo parceiro.

Foi constatado no estudo de Souza et al (2006), que a pílula anticoncepcional é o método mais utilizado, devido a 50,3% das entrevistadas referiram o uso, seguido pela realização de laqueadura (32%) e pelo Códon em 28,1% dos casos.

Na seleção do método contraceptivo, as mulheres precisam levar em consideração diversos fatores, como a idade, números de filhos, compreensão e tolerância, desejo de gravidez futura, doenças crônicas com a possibilidade de se agravar com a utilização de determinado método. É fundamental o conhecimento relacionado a todos os métodos à disposição quando for realizar a seleção, pois todos são possuintes de suas limitações, sendo de grande importância que a mulher faça a análise e opte pelo melhor método segundo suas necessidades (RANIERI E SILVA, 2011).

Segundo com estudo realizado foi constatado que os métodos contraceptivos disponíveis se dividem em:

- Métodos comportamentais;

- Métodos de barreira;
- Métodos hormonais;
- Métodos cirúrgicos;

MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

Esses métodos acabam englobando as técnicas com base na auto identificação dos distintos momentos do ciclo menstrual da mulher e a consequente abstenção do relacionamento sexual com contato genital no período fértil (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CURITIBA, 2002).

Apesar de apresentarem menores riscos de efeitos colaterais, serem mais seguros em relação à saúde do que outros métodos contraceptivos, os métodos comportamentais são os que apresentam os maiores índices de falhas (BRASIL, 2002).

Técnica da tabelinha

A técnica da tabelinha é bastante conhecida e já foi bastante utilizada. Nesse método, é fundamental que as mulheres tenham aprendido para o controle através do calendário quando tem ocorrência seus períodos férteis. Nesse período, o casal não deve ter relacionamento sexual com penetração vaginal. Para poder fazer a utilização deste método, é fundamental que a mulher tenha conhecimento dos seus últimos 6 a 12 ciclos menstruais espontâneos e sua duração (MIRANDA E JUNIOR, 2008).

Com relação ao índice de falha, varia entre 14 e 47 %, apresentando menos erros em mulheres com ciclos regulares (AZEVEDO, 2011).

Sendo esse método bastante falho, a mulher precisa ter abstenção dos relacionamentos sexuais por seis ou sete dias anteriores ao 14º dia do ciclo menstrual e por outros depois dele (ABREU, 1995).

Temperatura basal

A técnica da temperatura basal corporal é baseada na avaliação das variações da temperatura basal corporal nas distintas etapas do ciclo menstrual, no objetivo da determinação do período fértil e orientação da abstinência pelo sexo, sem contato genital

durante esse período. Esse método tem sua fundamentação no aumento da temperatura basal, entre 0,3 e 0,8° C, com ocorrência após o período de ovulação, em decorrência da ação da progesterona no centro termorregulador do hipotálamo (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA, 2002).

Normalmente a temperatura do corpo varia de 36 a 36,5°C. Pela média diária da temperatura da mulher, antes de levantar, verifica-se que baixa um pouco, um dia antes da ovulação, para depois subir, no dia da ovulação (AZEVEDO, 2011).

Esse método precisa ter realização da seguinte forma: a mulher ao acordar, com 4 a 6 horas de sono, no mínimo, e antes de se levantar, precisará fazer a medição de sua temperatura e fazer seu registro. A mulher precisará evitar relacionamentos sexuais desde seu primeiro dia de menstruação até após 3 dias consecutivos da elevação térmica (MIRANDA E JUNIOR, 2008).

Método de Billings

O método de Billings teve descrição através do Casal Billings, e tem como base verificar a secreção vaginal, geralmente com presença e maior abundância no período fértil ou ovulatório. Esse muco, com produção através das criptas cervicais, tem sua apresentação como viscoso no início do ciclo (BRASIL, 2002).

Na década de 1970, o estudo de Billings começa a ser cientificamente aceito como um método contraceptivo eficaz, após informe inicial com indicação de 97% de eficácia. Estudo randomizado, realizado em mulheres que estavam usando o Método da Ovulação Billings (MOB), em vários países por todo o mundo, que acabou contribuindo para o abandono do uso da temperatura corporal, comparando-o favoravelmente com a eficácia de métodos contraceptivos conhecidos, como o Dispositivo Intrauterino (DIU) e a pílula (WESTMORE, 2007).

Segundo Catarinich (1993), é importante verificar para a correta utilização do método que os primeiros dias inférteis são os dias que antecedem qualquer mudança no padrão básico de infertilidade. Tais dias podem ser secos, sem qualquer sinal de muco, ou mesmo que ele ocorra, será bem escasso, pegajoso ou espesso, constante, dia após dia, indicando a infertilidade, ocorrendo mudança nesse padrão indica possível fertilidade.

Coito interrompido

Constitui um método anticoncepcional, no qual o homem interrompe a relação sexual e retira o pênis da vagina da parceira antes de chegar a ejaculação, evitando assim que o sêmen entre em contato com a vagina, impedindo o encontro dos espermatozoides com o óvulo. É um método que não tem custo, não produto químico ou dispositivo, estando disponível em toda ocasião, desde que o homem queira praticá-lo (EVANGELISTA, 2012).

O coito interrompido permite tornar o homem corresponsável no papel da fecundidade, levando ao diálogo do casal com relação à anticoncepção e a própria sexualidade. Apresenta-se, ainda, como opção importante para os casais que possuem motivos religiosos ou filosóficos que não os permitem utilizar outros meios de contracepção (HATCHER et al., 2009).

Quanto a eficácia, recentemente foi realizado um estudo com 43 homens por Evangelista (2012) que demonstrou a ausência de espermatozoides no líquido pré-ejaculatório de homens com espermograma normal contribuindo para a eficácia do coito interrompido, que quando feito da maneira correta, é um método considerado seguro para contracepção, mas que não protege das ISTs.

MÉTODOS DE BARREIRAS

De acordo com Souza (2014), são chamados métodos de barreira aqueles que impõem obstáculos mecânicos ou químicos à ascensão dos espermatozoides no canal cervical. Os métodos conhecidos são os preservativos, também chamados camisinha ou códon (masculina e feminina); o diafragma, os espermicidas químicos e o Dispositivo Intrauterino (DIU).

Preservativo Masculina

O preservativo masculino impede o acesso do espermatozoide ao aparelho reprodutor feminino, e também que os microrganismos causadores das infecções do trato genital e as ISTs infectem o parceiro. Dentre as vantagens: não contém riscos para saúde, não requer supervisão médica, tem eficácia imediata, é econômico, não requer exame pélvico antes do uso e pode prolongar a ereção e o tempo até a ejaculação. Quanto as desvantagens: elevada taxa de fracasso (10 a 30% no primeiro ano de uso); desaconselháveis para mulheres com elevado risco de gravidez, dependendo do usuário, requer motivação constante do casal, é descartável; requer recursos disponíveis, quando estiver acontecendo à relação, pode reduzir a

sensibilidade do pênis; pode ser dificultar manter a ereção; deve ter cuidado na hora de retirar a camisinha, para que não aconteça nenhum acidente, pode estourar ou sair durante o coito (CARRERA E REASCOS, 2006).

Preservativo Feminino

Já o preservativo feminino é constituído por um tubo de poliuretano, possuindo uma extremidade fechada e outra aberta, com acoplamento a dois anéis com flexibilidade também de poliuretano. O segundo anel é constituinte do reforço externo do preservativo, que quando é colocado de forma correta, acaba cobrindo a parte da vulva (BRASIL, 2002).

Esse método tem eficiência para a proteção da gravidez indesejada e das ISTs, quando tem utilização em todos os relacionamentos sexuais, antes de qualquer contato com do pênis com a vagina ela acaba dando uma maior autonomia para a mulher perante seu corpo e sua vida sexual a camisinha tem seu funcionamento como uma barreira, que recebe o esperma ejaculado pelo homem no relacionamento sexual, o que impede a entrada dos espermatozoides no corpo da mulher, o que evita a fecundação (BRASIL, 2006).

Diafragma

Para Eluf (2006), o diafragma é uma capinha de látex ou silicone, macia e com aro de metal flexível. É introduzida pela própria mulher no fundo da vagina, previamente a relação sexual. Quando introduzida corretamente, cobre o colo do útero ajustando-se entre o púbis e a parede posterior da vagina. Este método não permite que os espermatozoides entrem no útero, formando uma barreira. É utilizado em conjunto com a geléia espermicida (substâncias químicas associadas que são capazes de matar os espermatozoides). Existem seis tamanhos diferentes, de 60 cm a 85 cm de diâmetro, é de uso exclusivo de cada mulher, sendo necessário que um profissional de saúde, faça a verificação do tamanho necessário que varia entre as mulheres.

O diafragma precisa ter sua colocação duas horas antes do ato sexual, e apenas deve ter sua retirada no mínimo oito horas após, sendo que uma longa permanência poderá causar irritações no colo uterino e na vagina (MONZU, 1992).

Seu uso requer cuidados como observá-lo contra luz para verificar se está intacto; lavá-lo com água e sabão, enxugar e secar muito bem pode ser fervido periodicamente para desinfecção, ou colocado em solução de um copo de água fervida e uma colher de água

sanitária; deixando em imersão por 30 minutos, enxaguar e secar. O diafragma exige disciplina em seu uso; não protege contra as ISTs; é pouco indicado por falta de conhecimento e familiaridade dos profissionais com o método; no comércio muitas vezes não se tem o tamanho ideal para a mulher, e é difícil de ser encontrado nas farmácias (ELUF, 2006).

Espermicidas

Para Benfam (2002), o espermicida é um método contraceptivo constituído de substâncias químicas, elas impedem o movimento ou matam os espermatozoides não deixando chegar ao ovulo. Atuam como base inerte em forma de: creme, geléia, espuma, filme, tabletes ou supositório. Os métodos podem ser utilizados de maneira isolada ou associados a outros métodos (o que aumenta sua eficácia). Além disso, podem contribuir para a prevenção de algumas ISTs bacterianas.

Dispositivo Intrauterino (DIU)

O DIU consiste em um pequeno objeto constituído de plástico com cerca de 3 cm, em formato de T ou de uma ferradura, recobertos parcialmente com fios de cobre. O seu mecanismo de ação é espermaticida, destruindo os espermatozoides no interior da cavidade uterina (MARINHO; AQUINO; ALMEIDA, 2009).

Para Hatcher et al. (2001), o principal efeito colateral associado com o uso deste método é a exacerbação do fluxo menstrual, tanto seu volume e também o número de dias.

A sua aceitação vem se elevando e as pesquisas mais recentes mostram que os DIU mais modernos, acrescidos com cobre e levonorgestrel (neste caso também pode ser considerado um método hormonal), são seguros e muito eficazes. A seleção adequada da usuária e a ainda, a inserção cuidadosa, realizado por profissional experiente e treinado, melhoram a eficácia, a segurança do método e a continuidade de uso (BRASIL, 2010).

MÉTODOS HORMONAIS

São considerados fármacos que são constituídos de hormônios sexuais femininos usados para prevenir a gravidez (KOROLKOVAS E FRANÇA, 2010).

Dentre os métodos hormonais podemos destacar os mais relevantes às pílulas anticoncepcionais combinadas, as pílulas anticoncepcionais de emergência e os injetáveis (SOUZA, 2014).

Pílula combinada

Segundo Monzu (1992) o principal mecanismo de ação do anticoncepcional hormonal combinado oral é a inibição da ovulação devido ao bloqueio da liberação de gonadotrofinas pela hipófise. E ainda, modificam o muco cervical, espessando-o, tornando-o hostil à passagem dos espermatozoides, alteram o endométrio, e modificam a contratilidade das tubas e a resposta ovariana às gonadotrofinas.

Pílula combinada é a combinação normalmente de estrogênio e progesterona sintéticos que tem como objetivo inibir a ovulação. A primeira pílula deve ser tomada no 5º dia do ciclo, ao final da cartela, parar durante sete dias e então, reiniciar uma nova cartela no 8º dia, desde que tenha havido fluxo menstrual. Ela possui diversas contraindicações: diabetes; hipertensão; trombo flebites; cardiopatias; hepatopatias; idade superior a 35 anos; fumantes; arteriosclerose; enxaqueca; epilepsia; neuropatias; neoplasias; glaucoma; coagulopatias; adolescentes com menos de dois anos de ciclos regulares; trinta dias antes de grande cirurgia; dentre outras (CARVALHO, 1996).

Para Corrêa e Petchesky (1996) é um desrespeito ao princípio da autonomia das mulheres envolvidas, a comum postura dos profissionais de saúde, que consideram as queixas das mulheres a respeito da pílula como efeitos colaterais esperados, como se fossem de pouca importância, desconsiderando as suas queixas.

As combinadas podem ser classificadas em monofásica, bifásica e trifásica. Nas monofásicas, a dose de esteroides é constante nos 21 ou 22 comprimidos da cartela. As bifásicas contêm 2 tipos de comprimidos contendo os mesmos hormônios em proporções diferentes. As trifásicas contêm 3 tipos de comprimidos com os mesmos hormônios em proporções distintas (BRASIL, 2010).

Pílula Anticoncepcional de Emergência

A Contracepção emergencial é uma medida de emergência, utilizada com objetivo de prevenir a gravidez, em casos de relação sexual sem proteção, de estupro ou ainda por ruptura do preservativo (SILVEIRA *apud* ALMEIDA, 2008).

Seu mecanismo de ação ainda não é totalmente conhecido, dependerá do dia em que foi tomado. Provavelmente ele promove atraso na ovulação ou mesmo sua inibição, podendo interagir no processo de fertilização ou no transporte tubário ou ainda não permitir a

implantação por alterar a receptividade do endométrio, ocasionando também na regressão do corpo lúteo. Este é um método seguro, mas não deve ser utilizado frequentemente (ACCETTA; ABECHÉ GARLET, 2011).

Segundo Amaral (2009), o uso da pílula do dia seguinte pode causar reações adversas como dores de cabeça, alteração no ciclo menstrual, sensibilidade nos seios, vômitos e náuseas devido o alto nível de hormônio. Entretanto em um estudo realizado por Vendruscolo e Zanin (2011) em 49,5% das mulheres que usaram este método não relataram qualquer efeito adverso.

Anticoncepcional Injetável

São anticoncepcionais hormonais que contêm progestogênio ou associação de estrogênios e progestogênios, para administração parenteral, com doses hormonais de longo período de duração. São constituídos por progestogênio isolado, com efeito anticonceptivo por período de três meses ou combinado que é uma associação de progestogênio e estrogênio para uso mensal (BRASIL, 2002).

O anticoncepcional injetável para três meses é realizado com acetato de medroxiprogesterona de depósito, com alta eficácia por esse período e menor número de efeitos colaterais pela inexistência do estrogênio. Pode ser utilizado no pós-parto e durante a lactação, não apresenta muitas interações medicamentosas e não interfere na presença de amenorréia, e (PAZ; DITTERICH, 2009).

As injeções mensais são soluções injetáveis que no Brasil são apresentadas em cartucho ou ampolas 50 mg de enantato de noretisterona e 5 mg de valerato de estradiol em solução oleosa. Outros são constituídos de 150 mg de acetofenida de algestona e 10 mg de 17-enantato de estradiol, acondicionados em solução oleosa na ampola de 1 ml. A primeira injeção deve ser aplicada no 1º dia do ciclo menstrual. As injeções intramusculares e as subsequentes devem ser administradas a cada 30 +/- 3 dias, ou seja, no mínimo 27 e no máximo 33 dias. Após uma ou duas semanas da 1ª injeção, pode ocorrer sangramento; entretanto, a injeção subsequente deve ser aplicada a cada 30 dias (KATZUNG, 1998).

Segundo Hatcher et al. (2001), os principais efeitos colaterais dos injetáveis são atribuídos a possíveis sangramentos entre as menstruações, fluxo menstrual aumentado, ausência de fluxo menstrual após um ano de uso, conforme o tipo utilizado.

MÉTODOS CIRÚRGICOS

Como o aborto não é legalmente disponível no Brasil, o risco de falha do método e ocorrência de uma gravidez não desejada pode ter influência na decisão pela esterilização, com consequências incalculáveis no projeto de vida das mulheres. As mulheres chegam muitas vezes ao serviço de planejamento familiar já com representações negativas a respeito dos métodos alternativos à esterilização e, ainda, as informações oferecidas não seriam eficientes para reverter esse quadro de rejeição (CARVALHO E SCHOR, 2005).

A esterilização cirúrgica do homem e da mulher tem sua existência como forma anticoncepcional permanente. Para os casais, onde a mulher está na faixa de 30 à 44 anos, a esterilização torna-se um método bastante comum (BRASIL, 2005).

A laqueadura, também denominada como ligadura de trompas é uma cirurgia que pode ter realização pela mulher, onde faz o bloqueio do trajeto do espermatozoide percorrendo até o óvulo. O lugar para realização desse bloqueio são as tubas uterinas, onde o óvulo tem sua fecundação e posteriormente chega ao útero. A tuba uterina é presa em forma de alça, e amarrada com um fio inabsorvível, onde acaba impedindo a passagem do óvulo (MONZU, 1992).

Já a vasectomia é considerada uma cirurgia bastante simples realizada pelo homem, segura e rápida, que se faz em homens que não têm o desejo de ter mais filhos. É um método anticoncepcional permanente e irreversível, porque, depois de realizada a cirurgia, é bastante difícil de se recuperar a capacidade de fecundidade (PAZ; DITTERICH, 2009).

Na vasectomia, os canais deferentes são cortados e amarrados, cauterizados ou fechados através de grampos. É uma cirurgia relativamente simples, que pode ter realização em ambulatório, com anestesia local e o paciente não necessita ficar internado. Essa cirurgia também possui riscos, podendo apresentar problemas como qualquer cirurgia. Para realizar essa opção como método anticoncepcional, o homem necessita estar seguro de que não quer mais ter filhos. O efeito da vasectomia não é imediato, sendo que nas primeiras ejaculações depois da operação, ainda há espermatozoides no esperma ejaculado, ou seja, ainda há o risco do homem engravidar a mulher. A vasectomia apenas será considerada como segura quando o exame realizado no esperma, o espermograma, demonstrar que não há mais espermatozoides no esperma ejaculado (BRASIL, 2006).

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) é o nome dado para uma categoria de patologias que antigamente eram conhecidas como doenças venéreas (HIRICHSEN, 2005).

A relação sexual desprotegida pode dar alguns resultados desagradáveis, como a aquisição das ISTs pelo contato com o parceiro infectado. Sua manifestação geralmente é através de feridas, corrimentos, verrugas ou bolhas; algumas das doenças passam despercebidas pelo fato de não necessariamente apresentarem sintomas e quando não são diagnosticadas e tratadas precocemente podem evoluir em infertilidade, câncer e até mesmo o óbito (BRASIL, 2011).

Mundialmente são cada vez mais frequentes as ISTs. Estas são potencialmente graves e podem gerar complicações, como infertilidade, abortamento, infecções para o recém-nascido e também facilita a infecção pelo vírus do HIV. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) ocorrem, no Brasil, aproximadamente 10 a 12 milhões de novos casos de ISTs ao ano (BRASIL, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (2011), o principal fator da transmissão das ISTs é o sexo sem o preservativo, contudo ele não é o único, existem alguns tipos de ISTs que podem ser transmitidos durante a gestação, verticalmente (pelo parto) ou na amamentação, a transfusão sanguínea com sangue infectado e o uso de seringas e agulhas principalmente tratando-se de drogas injetáveis.

Sífilis

Seu agente etiológico é a bactéria *Treponema pallidum*, sua transmissão predominantemente sexual (forma adquirida) ou ainda materno fetal (forma congênita), sendo mais contagiosa nas duas primeiras fases da infecção (BRASIL, 1999).

Segundo Fonseca (1981), entre sete e vinte dias depois de ter tido relação sexual desprotegida com a pessoa infectada, começa o aparecimento dos primeiros sintomas característicos: feridas de pequeno porte nos órgãos sexuais e também por caroços nas virilhas, conhecidos como ínguas, podendo desaparecer mesmo sem a realização do tratamento, entretanto a pessoa continua infectada e desenvolvendo a infecção.

Gonorreia

Enfermidade infectocontagiosa, inter-humana, pandêmica, produzida por diplococo (*Neisseria gonorrhoeae*), de transmissão sexual, ainda que excepcionalmente possa ocorrer

contaminação indireta, e que não confere imunidade. Geralmente trata-se de infecção de uretra ou colo uterino, que pode propagar-se para glândulas e órgãos vizinhos por via ascendente, sendo eventualmente a infecção local primitiva extragenital, produzindo quadros de oftalmia, conjuntivite, faringites e anoretite. Nem sempre é localizada, já que, dependendo das condições imunológicas do hospedeiro, pode produzir infecção no sague, com manifestações gerais e sistêmicas (BELDA et al., 2009).

Hepatite

Hepatites Segundo FERREIRA (2004), é uma doença que causa danos no fígado por diversas causas (relação sexual desprotegida, ingestão de bebida e contato com alimentos contaminados) que pode ser classificada em A, B e C.

Hepatite A: transmitida através de alimentos contaminados, ou de uma pessoa à outra; a doença fica incubada entre 10 e 50 dias e normalmente não causa sintomas, mas quando presentes, os mais comuns são febre, pele e olhos amarelados, vômitos e náuseas, mal-estar, falta de apetite, desconforto abdominal, urina escura e fezes esbranquiçadas. Sua detecção se faz por exame de sangue e não há atualmente tratamento específico, esperando-se que o sistema imunológico do paciente reaja sozinho contra a infecção. Apesar de existir vacina para o vírus da hepatite A (HAV), a melhor maneira de evitá-la se dá pelo saneamento básico, tratamento adequado da água, pelo ato de lavar sempre as mãos antes das refeições e cozinhar bem os alimentos (FERREIRA, 2004).

A Hepatite B é transmitida por meio de relações sexuais, transfusões com sangue contaminado e de mãe para filho, os sintomas incluem icterícia, febre, dores de cabeça, náuseas, vômitos e dores musculares. A Hepatite C é transmitida como a hepatite B. A infecção geralmente é assintomática, porém alguns indivíduos podem desenvolver icterícia e ser acometidos por dores de garganta e cabeça, vômitos e fadiga. O maior perigo é a doença progredir para cirrose hepática. A infecção pelo vírus da Hepatite c (VHC) afeta aproximadamente 123 milhões de indivíduos no mundo, conhecida como a “epidemia silenciosa” (MOTA E ANTONIO 2007).

Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)

O HIV é o vírus causador da AIDS, o vírus leva à infecção das células do sangue e do sistema nervoso, e ainda causa supressão do sistema imune atingindo o Sistema Imunológico (BRASIL, 2011).

A transmissão sexual do HIV é influenciada por vários fatores, podemos de maneira simplificada dividi-los em: fatores que modificam a infectividade do indivíduo transmissor, e fatores que modificam a susceptibilidade dos indivíduos expostos, fatores relacionados ao agente infeccioso. Por exemplo, a presença de ulcerações genitais pode agir concomitantemente como um fator de aumento da infectividade do indivíduo transmissor, quanto como fator de aumento da susceptibilidade do indivíduo exposto, aumentando seu risco de contaminação pelo HIV. Já a circuncisão por exemplo é um fator que reduz a susceptibilidade do indivíduo exposto (QUINN et al., 2000).

Deste a década de 1980 a junho de 2016, foram notificados no país 842.710 casos de aids. O Brasil tem registrado, anualmente, uma média de 41,1 mil casos de aids nos últimos cinco anos. Em 2016, quanto a taxa de detecção de aids o estado do Paraná apresentou valores entre 17,1 casos por 100 mil habitantes, valor próximo da média nacional (20,7 casos), entretanto os estados próximos, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, apresentaram a maior taxa de detecção do país, 37,3 e 38,6 respectivamente (BRASIL, 2016).

Do início da epidemia de aids (1980) até dezembro de 2015, foram identificados 303.353 óbitos cuja causa básica foi a aids, sendo sua maioria na região Sudeste (60,3%), seguida das regiões Sul (17,5%), Nordeste (12,6%), Centro-Oeste (5,1%) e Norte (4,4%) (BRASIL, 2016).

REFERÊNCIAS

- ABECHE, A. M; ACCETTA, S. G; GARLET, G. **Ginecologia Infarto-Puberal: Anticoncepção na Adolescência. Rotinas em ginecologia.** In: FREITAS, F. *et al.* Rotinas em ginecologia; 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- ABREU, F. **Vasectomia: a opção masculina.** Rio de Janeiro: Mauad, 1995.
- AKVARDAR, Y. *et al.* **Substance use in a sample of Turkish medical students.** Drug Alcohol Depend. 24;72(2):117-21, 2003
- ALMEIDA, A. B. Anticoncepção. In: SILVEIRA, G.P.G. **Ginecologia baseada em evidências;** 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2008.
- AMARAL, R. T. Y.; SOUZA, H. **Os tabus da Adolescência, e o conhecimento de suas mudanças.** *Revista de Pediatria Brasileira.* São Paulo – SP. v2; p115-121, 2009.
- AVELLEIRA, J.C.R.; BOTTINO, G. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle,** 2006.
- AZEVEDO, Lília Maria de Moreira. **Métodos contraceptivos e suas características,** 2011.
- BELDA, Walter J.; SHIRATSU Ricardo; PINTO Valdir. **Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis.** 2009.
- BENFAM, Brasil. **Normas Técnicas em Anticoncepção.** Rio de Janeiro, 2002.
- BERQUÓ E, coordenadora. **Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000. (CEBRAP: Série Avaliação,n.4).
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis.** 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 142 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS,** ano V, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência em planejamento familiar: manual técnico.** 4. ed. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST e AIDS. Área técnica. Epidemiologia: DST.** Citado em dezembro, 2007. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/lumisbcd47a0dptbrie.htm>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de atenção á saúde da mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL, Ministério da saúde. **Caderno de Atenção Básica: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva.** 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. Por que usar camisinha?** Brasília, 2011. Disponível em: Acesso em 19 Mar. 2017.

BROMWICH, P. PARSONS, T. **Tudo o que você precisa saber sobre métodos anticoncepcionais.** São Paulo: Experimento, 1997.

CARDOSO LRD, MALBERGIER A, FIGUEIREDO TFB. **O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão de DSTs/HIV/Aids.** Rev Psiqu Clin 2008;

CARRENO, Ioná; SOARES, Juvenal; OLINTO, Maria Teresa Anselmo; MENEGHEL, Stela. **Uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil,** 2006.

CARRERA, Gabriela; REASCOS, Nancy Jativa. **Manual de Enfermagem.** Cotia-SP, 2006.

CARVALHO, Geraldo Mota de. **Enfermagem em Ginecologia.** São Paulo: EPU, 1996.

CARVALHO, Marta Lucia de Oliveira e SCHOR, Néia. **Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas.** Revista de Saude Publica, v. 39, n. 5, p. 788–794, 2005.

CATARINICH, Billings EL, Billings JJ, M. **Atlas Billings do método da ovulação: padrões de muco de fertilidade e de infertilidade.** 5. ed. São Paulo: Santuário; 1993.

CORRÊA S, PETCHESKY R. **Direitos sociais e reprodutivos: uma perspectiva feminista.** Physis (Rio J) 1996.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Planejamento familiar.** 2. ed. Curitiba: SMS, 2002.

ELUF, M. Luisa. **Diretrizes e Orientações contraceptivas para áreas de educação e saúde.** 6º edição, São Paulo, 2006.

EVANGELISTA, DANIELLE ROSA, *Análise Do Líquido Pré-Ejaculatório E Sua Relação Com A Eficácia Do Coito Interrompido*, 2012.

FERREIRA, C. T; S., Themis Reverbel da. **Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção.** Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 7, n. 4, Dec. 2004 .

FONSECA, A. da. **Doenças venéreas e doença de Hansen.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981. 264 p.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 6 ed. São Paulo: Atlas 2010.

GOMES WA, Costa MCO, Sobrinho CLN, Santos CAST, Bacelar EB. **Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes.** J Pediatr. (Rio de J) 2002;78(4):301-8.

HATCHER RA, RINEHART W, BLACKBURN R, GELLER JS, SHELTON Jd. **Pontos essenciais da tecnologia de anticoncepção.** Baltimore: Escola de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins, Programa de Informação de População; 2001.

HATCHER, R.A. et al. **contraceptive technology** [internet]. 19. Ed. 2009. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=chjencfbherfpe=frontcover>. Acesso em: 19 jan. 2012.

HEILBORN ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. **O aprendizado da sexualidade. Reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Garamond; 2006.

HILLMAN van Hal SJ, R, Stark DJ, Harkness JL, Marriott D. **Lymphogranuloma venereum: an emerging anorectal disease in Australia**. Med J Aust. 2007

HINRICHSSEN, S. L. **Doenças infecciosas e parasitárias**. Rio de Janeiro: Medsi: Guanabara Koogan, 2005.

HOWARD MM, Howard MM, Fontenberry JD, Blythe MJ, Zimet GD, Orr DP. **Patterns of sexual partnerships among adolescent females**. J Adolesc Health 1999.

JUNIOR, J. D. dos S; MIRANDA, A. T. C. de M. **Métodos Contraceptivos. Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

KATZUNG, B. F. **Farmacologia básica e clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

KOROLKOVAS, A.; FRANÇA, F.F.A.C. **Dicionário Terapêutico Guanabara**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

MAGALHÃES, A. C.; PEREIRA D. A.; BARBOSA D. M. J.; CAILLAUX M; SALES V. B. L. **Vivência da Mulher na Escolha do Método de Ovulação Billings**, 2013.

MARINHO, L.F.B.; AQUINHO, E.M.L.; ALMEIDA, M.C.C. **Contraceptive practices and sexual initiation among young people in three Brazilian State capitals**. Cad. Saúde Pública, v. 5, n. 2, p. 227-239, 2009.

MARTINS LBM, Costa-Paiva L, D'Osis MJ, Sousa MH, Pinto Neto AM, Tadini V. **Conhecimentos sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes**. Rev Saúde Pública. 2006;40(1):57-64.

MELO, Ana D. de; DANTAS, InagakiI Marilúcia Santos; ABUD, Ana Cristina Freire; GONÇALVES, Leila Luíza Conceição. **“Práticas contraceptivas entre acadêmicos de enfermagem de uma universidade federal”**, 2007.

MONZU, M. **Sexualidade e anticoncepção**. São Paulo: Editora STS, 1992.

MOTA, Ana; ANTONIO, A. Rodrigues. **Hepatite C**, Monografia, 2007.

MUZA GM, Costa MP. **Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes. O olhar dos**

adolescentes. Cad Saúde Pública. 2002;18(1)321-8.

OPAS - ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Recomendaciones para la atención integral de salud de los adolescentes com enfasis en salud sexual y reproductiva.** Centro Estudios de Población (CENEP), Buenos Aires, Argentina, 2000.

PANIZ. V. M. V.; FASSA, A. G.; SILVA, M. C.; **Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil.** Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, nov-dez, 2005.

PAZ, E. C. M.; DITTERICH, R. G. **O conhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos no planejamento familiar.** Revista Gestão & Saúde, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 1-10. 2009.

QUINN TC; Wawer MJ; Sewankambo N et al. **Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1.** Rakai project Study group. N. Engl J Med. 2000; 342:921-929.

RANIERI Carla Maira; RITIARLA Flavia Da Silva. **Atenção Farmacêutica No Uso De Métodos Contraceptivos,** 2011.

SILVA, P. **Farmacologia.** 7ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006.

SIMÃO AB, Miranda-Ribeiro P, Caetano AJ, César CC. **Comparando as idades à primeira relação sexual, à primeira união e ao nascimento do primeiro filho de duas coortes de mulheres brancas e negras em Belo Horizonte: evidências quantitativas.** Rev Bras Estud Popul. 2006; 23: 151-66.

SOUZA, J. M. M. de et al . **Utilização de métodos contraceptivos entre as usuárias da rede pública de saúde do município de Maringá-PR.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, maio 2006.

SOUZA, E. F. Diniz. **A importância do planejamento familiar com uso adequado dos métodos anticoncepcionais na Estratégia de Saúde da Família,** 2014.

VENDRUSCOLO, A. A. Vieira, ZANIN, Giovane Douglas. **Perfil de utilização de contraceptivos, por acadêmicas de uma faculdade particular,** 2011.

VIEIRA LM, SAES SO, DÓRIA AAB, GOLDBERG TBL. **Reflexões Sobre Anticoncepção Na Adolescência No Brasil.** Rev Bras Saude Matern Infant 2006;

WESTMORE Billings EL, A. **O método Billings, controle de fertilidade sem drogas e sem dispositivos artificiais.** 12. ed. São Paulo: Paulus; 2007. p. 217-30.

WHITAKER DJ, Miller KS, May DC, Levin ML. **Teenage partenrs' communication about sexual risk and condom use: The importance of parent-teenager discussions.** Fam Plan Perpect. 1999.

WHO (World Health Organization). **Sexual Relations Among Young People in Developing Countries: Evidence from WHO Case Studies.** Geneva: WHO, 2001.

2. ARTIGO CIENTÍFICO

COMPORTAMENTO SEXUAL E CONTRACEPÇÃO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL – PR

David Santos Junior KAZMIERCZAK¹

Giovane Douglas ZANIN²

1. Acadêmico de Farmácia – Centro Universitário - FAG, Cascavel - PR, Brasil;

2. Docente Orientador do Colegiado do Curso de Farmácia - Centro Universitário FAG, Cascavel - PR, Brasil.

E mail autor responsável: giovane@fag.edu.br

RESUMO

Atualmente, as questões que diz respeito à contracepção e prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), principalmente nos jovens, tornam-se relevantes, pois a consequência de uma relação sexual desprotegida pode alterar irreversivelmente a vida dos envolvidos. Nesse sentido este trabalho avaliou a conduta sexual e perfil de utilização de contraceptivos em estudantes de uma instituição de ensino superior na cidade de Cascavel – Paraná, por meio da coleta de informações através de questionário. Foram avaliados 407 estudantes, de ambos os sexos. Em relação à amostra, ela foi composta por 208 (51,11%) homens e 199 (48,99%) mulheres. A faixa etária predominante ficou entre os 18 aos 23 anos (77,65%). São sexualmente ativos, 97,12% dos homens e 89,95% das mulheres, a idade em que ocorreu a primeira relação sexual foi em média 15,70 anos para os homens e 16,15 anos para as mulheres. No que se refere a quantidade de parceiros sexuais, 46,15% dos homens tiveram relações sexuais com pelo menos 10 parceiras sexuais, contudo apenas 12,56% das mulheres repetiram essa conduta. Em ambos os sexos, 45% daqueles que são pais referiram que foi uma gravidez não planejada. Atualmente 82,22% das estudantes utilizam algum método contraceptivo, dos quais a pílula anticoncepcional isolada é a mais utilizada (57,43%), seguida da combinação da pílula anticoncepcional e do preservativo (21,62%), quando utilizado a pílula anticoncepcional, 43,51% referiram ter efeitos colaterais, dos quais náuseas (45,07%), dor de cabeça (42,25%) e mal-estar (33,80%) foram os mais lembrados. A anticoncepção de emergência foi utilizada por 26,21% das mulheres, dessas 73,79% não referiram quaisquer efeitos colaterais devido ao seu uso. Quanto ao preservativo, 93,07% dos homens já tiveram relações sexuais sem o seu uso, o mesmo se repetiu com 86,11% das mulheres. Esses resultados chamam a atenção, principalmente no que se concerne a comportamentos de risco, visto que a maioria está negligenciando a utilização do preservativo.

Palavras-chave: Anticoncepcional. Sexo. Parceiros. IST.

INTRODUÇÃO

Para Organização Mundial da Saúde (OMS) a juventude é como uma categoria sociológica que representa um momento de transição dos sujeitos, jovens, para assumirem o papel de adulto na sociedade e abrange o período dos 15 aos 24 anos de idade (OMS, 2000).

Segundo Rocha & Silva (2014) essa faixa etária é mais suscetível e acometida por Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), este período está constantemente relacionada com os comportamentos de risco, sendo atualmente o principal fator de transmissão da Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA).

Os jovens apresentem comportamentos de risco, por diversos fatores como quando ingressam em cursos de graduação, pois ocorrem mudanças comportamentais, nas quais incluem responsabilidades, autonomia financeira, poder de dirigir as suas decisões e ações, maior contato e oportunidade de uso de álcool, drogas e prática de sexo inseguro (SALES et al, 2016).

Segundo o boletim epidemiológico de SIDA, entre o período de 2007 e 2016, no que se refere às faixas etárias, verificou-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se nas faixas de 20 a 34 anos, com percentual de 52,3% dos casos (BRASIL, 2016).

Além das ISTs, outro fator importante é a gravidez na adolescência, é evidente que ela gera consequências nocivas imediatas no emocional dos jovens envolvidos, principalmente no momento da descoberta da gravidez (ARRUDA, 1999). Entretanto, nem sempre toda gravidez adolescente é indesejada (PINTO, 2004).

A gestação na adolescência, de maneira geral, é classificada como de risco, devido a representar uma situação de risco biológico (para as mães e também para os recém-nascidos), existindo ainda, evidências de que este fato repercute negativamente nos índices de evasão escolar, impactando no nível de escolaridade da mãe, reduzindo suas oportunidades futuras (DIAS, 2010).

Portanto, a melhor maneira para se evitar as ISTs e a gravidez não planejada consiste na utilização de métodos contraceptivos, como o preservativo e a pílula anticoncepcional respectivamente, sendo estes métodos considerados os mais seguros (PIROTTA & SCHOR, 2004).

Assim, a pesquisa buscou levantar informações advindas dos estudantes, que em grande parte são jovens, sobre sua conduta sexual, a utilização de contraceptivos e métodos para prevenção das ISTs.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, baseado nas informações coletadas através de questionário, a respeito do conhecimento em relação à sexualidade e o uso de métodos contraceptivos por acadêmicos de uma Instituição de Ensino Superior do Oeste do Paraná.

Anteriormente ao procedimento de coleta de dados, o estudo obteve a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos do Centro Universitário FAG sob o parecer de nº 2.261.577/2017.

A amostragem foi feita em caráter aleatório e representativo, composta por estudantes de diversas áreas de conhecimento, o número de participantes foi obtido através de um cálculo amostral (previsão de 385), considerando o total de alunos matriculados no Centro Universitário FAG, com margem de erro de 5% (BARBETTA, 2001).

O instrumento foi aplicado de forma coletiva, na própria instituição e em sala de aula, as perguntas foram referentes ao sexo, idade, orientação sexual, conduta sexual atual e histórica, maternidade/paternidade, utilização de métodos contraceptivos e preventivos para ISTs, e seus efeitos colaterais.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 208 (51,11%) homens e 199 (48,99%) mulheres, totalizando 407 estudantes. Quanto à orientação sexual 379 (93,12%) referiram ser heterossexual, 17 (4,18%) bissexual e 11 (2,70%) homossexual. A média da idade atual dos entrevistados homens esteve em 21,89 anos e das mulheres em 20,83 anos.

A tabela 1 apresenta a idade atual dos estudantes.

Tabela 1 - Distribuição da proporção (%) da idade dos estudantes

IDADE (ANOS)	HOMENS	MULHERES
18 – 20	40,38%	57,29%
21 – 23	35,10%	22,61%
24 – 26	10,10%	7,54%
27 – 29	5,77%	6,03%
30 – 32	4,81%	2,01%
34 – 36	0,48%	2,51%
37 – 39	0,96%	1,01%
40 ou mais	1,44%	1,01%
Não respondeu	0,96%	0%

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2000), jovem é a aquele compreendido entre os 15 e 24 anos de idade. A população de jovens constitui a faixa etária mais suscetível e acometida por IST/SIDA, ela está constantemente relacionada com os comportamentos de risco, sendo atualmente o principal fator de transmissão da SIDA (ROCHA & SILVA, 2014).

Quanto à atividade sexual, foi constatado que 97,12% dos homens e 89,95% das mulheres já são sexualmente ativos, resultado similar do estudo de Flores et al (2015) em que também a população era de acadêmicos, visto que 95,55% deles teriam iniciado atividade sexual.

A tabela 2 representa a idade em que ocorreu a primeira relação sexual.

Tabela 2 - Proporção da idade dos estudantes na primeira relação sexual.

IDADE	HOMENS	MULHERES
10	0%	0,59%
11	0,51%	0%
12	3,54%	0,59%
13	7,58%	1,76%
14	9,60%	11,18%
15	23,74%	23,53%
16	28,79%	27,65%
17	12,12%	17,06%
18	9,09%	8,24%
19	4,04%	4,71%
20	0,51%	4,71%
21	0,51%	0%

Para 81,19% das mulheres a sexarca (primeira relação sexual) iniciou na adolescência entre os 15 aos 19 anos. Dado muito próximo do estudo de Vendruscolo e Zanin (2011) onde verificaram que 78% das mulheres avaliadas tiveram a sexarca também entre os 15 aos 19 anos, assim foi possível evidenciar que não houve alterações significativas neste período.

Na pesquisa de Buskievicz & Zanin (2012) que avaliou 327 universitários, a idade média da sexarca para os homens foi em 15,91 anos e para as mulheres 17,23 anos.

No estudo de Molina et al. (2013), entre adolescentes da rede pública de Cuiabá-MG, a maior frequência de iniciação sexual foi aos 15 anos tanto para os homens (13,3%) como para as mulheres (14,1%).

Borges et al. (2015) avaliaram o comportamento sexual de 74.589 adolescentes em 27 capitais do País, e constataram que a maior prevalência na idade da primeira relação sexual é 17 anos (56,4%).

Entretanto na cidade de Recife, a média da idade dos adolescentes escolares na primeira relação sexual é de $14,70 \pm 1,82$ anos, apresentando as meninas idade superior aos meninos (CASTRO, ARAÚJO & PITANGUI, 2016).

No presente estudo a idade da sexarca foi em média 15,70 anos para os homens e

16,15 anos para as mulheres. Ainda sendo possível vislumbrar que os homens são mais precoces em relação às mulheres, pois 21,23% deles com 14 anos de idade já teriam a sexarca, todavia as mulheres quando tinham a mesma idade apenas 14,12% delas estavam sexualmente ativas.

Confirmando o estudo de Oliveira et al (2011), pois eles constataram que o risco de ter iniciação sexual precoce foi 41% maior entre os homens quando comparados com as mulheres.

Isso é devido à distinção do início da vida sexual entre os homens e mulheres, enquanto que frequentemente elas interpretam a primeira relação sexual como um momento decisivo na construção do primeiro relacionamento verdadeiro, para eles representa um momento de iniciação pessoal no qual a parceira, constantemente, não é foco de interesse, tendo pouca importância (SIMÃO et al.,2006).

No estudo de Castro, Araújo e Pitangui, essa distinção foi evidenciada, visto que a maior parte das meninas referiu que o motivo da primeira relação sexual foi em razão da paixão e amor, já para os meninos foi à curiosidade e atração física (CASTRO, ARAÚJO & PITANGUI, 2016).

Não podemos deixar de lado o contexto social, onde a sociedade impõe que o ato sexual para o homem é algo certo, entretanto para mulher errado. Isso consequentemente reflete na idade da sexarca, sendo que para eles a atividade sexual tem início mais precoce, entre 12 anos ou menos, e para elas com idade maior, entre os 14, 15 anos (SCHOR, et al. 2007).

Essa diferença de idade em relação ao presente estudo pode ser esclarecida por Madkour (2010), pois concluiu que a escolaridade do jovem apresenta uma relação inversamente proporcional com a idade da primeira relação sexual, outro autor o Oliveira et al (2011) confirmou essa afirmação em seu estudo, onde constatou que os jovens que tinham até quatro anos de estudos apresentaram risco 41% maior de iniciação sexual precoce em comparação com aqueles com 12 anos ou mais de estudos.

Logo, como o universo deste estudo são os estudantes universitários a diferença de idade da primeira relação sexual desses para a população geral do país pode ser justificada.

Embora o Código Penal Brasileiro presuma crime qualquer ato sexual com menores de

14 anos de idade, a sexarca é precoce entre os adolescentes, o estudo demonstrou que 11,3% dos homens e 2,94% das mulheres já tinham iniciado atividade sexual com 13 anos de idade.

Na cidade de Cuiabá-MT também ocorreu essa precocidade, pois um estudo realizado em 691 adolescentes, observou-se a sexarca aos 7 anos de idade entre os meninos, 12 anos de idade entre as meninas (MOLINA et al., 2013).

Os resultados da Pesquisa nacional de saúde do escolar (PENSE) 2015, indicaram que 27,5% dos escolares brasileiros do 9º ano do ensino fundamental já tiveram a sexarca, no sexo masculino 36,0% enquanto entre os do sexo feminino o percentual foi de 19,5%.

A precocidade da sexarca se relaciona ao maior risco de relações sexuais desprotegidas e uso incorreto de métodos anticoncepcionais (SANCHEZ et al., 2013) e, como resultado, aumento da incidência de gravidez não planejada e IST, risco aumentado para arrependimento, depressão e pensamentos suicidas (KIM, 2010).

A sexarca apresentou ainda mais uma divergência em relação aos sexos, pois quando ela ocorreu em 79,67% das mulheres foi com um parceiro fixo, no caso dos homens somente 40,10%.

No estudo de Delatorre & Dias (2015) ocorreu resultado similar, visto que a sexarca em 82,7% das mulheres foram com parceiro fixo, contudo apenas 42,0% no caso dos homens. Apresentando também essa tendência o estudo de Borges & Shor (2005), onde verificaram que 82,2% das mulheres iniciaram sua vida sexual em um relacionamento estável, e apenas 32,6% dos homens o fizeram.

Buskiewicz & Zanin (2012) em sua pesquisa, verificou-se que 89% das mulheres iniciaram a vida sexual com parceiro fixo, ao passo que apenas 20% dos homens a iniciaram da mesma maneira.

A Tabela 3 apresenta a quantidade de parceiros sexuais totais que os estudantes tiveram até o momento da pesquisa.

Tabela 3 – Proporção do número de parceiros sexuais.

PARCEIROS	HOMENS	MULHERES
1	6,73%	26,13%
2	6,73%	15,58%
3	7,21%	8,54%
4	12,02%	7,54%
5	4,81%	6,03%
6	1,92%	3,02%
7	2,88%	4,02%
8	5,77%	4,02%
9	2,88%	2,01%
10 ou mais	46,15%	12,56%
Não respondeu	2,88%	10,55%

Conforme descrito na tabela 3, a quantidade de parceiros sexuais até o momento da pesquisa por parte dos homens verificou-se que 46,15% tiveram relações sexuais com 10 parceiras ou mais, 12,02% com 4 parceiras, 7,21% com 3 parceiras, 6,73% com 2 parceiras, 6,73% com 1 parceira, 5,77% com 8 parceiras, 4,81% com 5 parceiras, 2,88% com 9 parceiras, 2,88% com 7 parceiras, 1,92% com 6 parceiras e 2,88% não responderam a pergunta.

Em relação às mulheres o número de parceiros sexuais foi para 26,13% delas 1 parceiro, 15,58% delas 2 parceiros, 12,56% delas 10 ou mais parceiros, 8,54% delas 3 parceiros, 7,54% delas 4 parceiros, 6,03% delas 5 parceiros, 4,02% delas 8 parceiros, 4,02% delas 7 parceiros, 2,01% delas 9 parceiros e 10,55% delas não responderam a pergunta.

É possível vislumbrar a grande troca de parceiras sexuais pelos homens em relação às mulheres, visto que 46,15% deles tiveram até o momento da pesquisa 10 parceiras ou mais, enquanto que essa conduta foi vista em apenas 12,56% das mulheres.

Alguns fatores em conjunto podem explicar o acentuado número de parceiros sexuais, um deles é a curiosidade de novas experiências e outro é a de que os jovens acham que irão adquirir vantagens com elas, entretanto não conseguem refletir sobre seus riscos, como por exemplo, a gravidez indesejada e o risco das ISTs (Camargo & Botelho, 2007).

No estudo realizado por Vendruscolo e Zanin (2011), sobre o perfil de utilização dos métodos contraceptivos em mulheres, verificou-se que 19,5% delas tiveram até o momento do estudo 6 parceiros sexuais.

Já na pesquisa de Buskievicz & Zanin (2012), a média de parceiros sexuais foi de 2,47 parceiros para as mulheres e 8,13 para os homens.

Silva & Padilha (2014), verificaram em seus estudos, sobre o autocuidado em relação a doenças sexualmente transmissíveis, que 22,81% dos acadêmicos tiveram até o momento da pesquisa de 4 a 9 parceiros, 9,39% de 10 a 14 parceiros, 5,36% de 1 a 3 parceiros sexuais; 2,01% de 15 a 19 parceiros e 1,34% mais de 20 parceiros sexuais.

Relacionando ainda, a orientação sexual com o número de parceiros sexuais, considerando somente quem respondeu a pergunta, foi possível observar que de uma maneira geral 27,18% dos que declararam ser heterossexual tiveram 10 ou mais parceiros sexuais, enquanto que 69,23% dos que declararam ser bissexual e/ou homossexual tiveram 10 ou mais parceiros sexuais, evidenciando a maior troca de parceiros sexuais por esta parcela.

Podemos analisar que atualmente tornou-se comum ter uma vida ativa sexualmente, consequentemente vem os riscos de uma gravidez indesejada e das IST/SIDA. De modo geral, o comportamento em ambos os sexos, é marcado por vários parceiros e poucos relacionamentos estáveis.

A tabela 4 apresenta a prevalência de paternidade e maternidade nos estudantes.

Tabela 4 – Proporção da prevalência de paternidade e maternidade nos estudantes.

FILHOS BIOLÓGICOS	HOMENS	MULHERES
Sim	9,76%	10,15%
Não	90,24%	89,85%

Conforme a tabela 4, a maioria dos homens e mulheres não possuem filhos, 90,24% e 89,85%, respectivamente. Considerando somente a população que tem filhos, sendo 20 homens e 20 mulheres, 45% dos homens e 45% das mulheres referiram que a gravidez não foi planejada, nenhum dos pais e mães entre a faixa etária de 18 e 23 anos planejaram a gravidez, não havendo ainda correlação neste estudo entre a idade da sexarca e maternidade ou paternidade.

No estudo de Dias & Aquino (2006) com 4.634 pessoas entrevistadas, sobre maternidade e paternidade na adolescência, a gravidez nos jovens entre 18 e 24 anos foi inversamente proporcional com a escolaridade dos mesmos, ou seja, quanto maior a instrução menor as chances de gravidezes indesejadas, no mesmo estudo constatou que cerca de 40% dos jovens não formaram união após o nascimento, continuando com suas respectivas famílias.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 2009, dos mais de 16 milhões de adolescentes no Brasil, 5,37% declararam terem tido filho (PNAD, 2009). É sabido que uma das formas de lograr êxito no planejamento familiar é o uso correto de métodos contraceptivos, sobretudo na faixa etária acadêmica visto que sua grande maioria está em idade fértil.

Com relação às mulheres, neste estudo foi constatado que 82,22% delas usam atualmente algum método contraceptivo.

Resultado próximo do estudo de Buskievicz & Zanin (2012), onde 88% das entrevistadas estavam fazendo uso de algum método contraceptivo.

No estudo de Borges et al. (2015), com adolescentes, 82,3% referiram uso de métodos contraceptivos na última relação sexual. A tabela 5 apresenta quais são os métodos contraceptivos mais utilizados pelas mulheres.

Tabela 5 - Métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres atualmente.

MÉTODO	PROPORÇÃO
Pílula anticoncepcional	57,43%
Preservativo e Pílula anticoncepcional	21,62%
Preservativo	12,16%
Outros	4,53%
Anticoncepcional injetável	1,35%
Pílula anticoncepcional e Coito interrompido	0,68%
Pílula do dia seguinte	0,68%
Tabelinha	0,68%
Espermicida	0,68%

Pode-se observar na tabela 5 que a pílula anticoncepcional isolada é o método contraceptivo mais utilizado pelas mulheres (57,43%), seguido pela combinação da pílula anticoncepcional e do preservativo (21,62%), vindo em seguida somente o uso do preservativo (12,16%).

Resultado similar no estudo Ferreira et al. (2010), onde relataram que os métodos contraceptivos mais utilizados entre as adolescentes foi a pílula anticoncepcional 68%, seguido do preservativo 25% e da injeção hormonal 7%.

No estudo de Buskiewicz & Zanin (2012), 40% utilizaram somente a pílula anticoncepcional, seguido também pela combinação da pílula anticoncepcional e do preservativo 31%, e em seguida somente o preservativo 27%.

O método contraceptivo mais utilizado no estudo de Vendruscolo e Zanin (2011) também foi a pílula anticoncepcional, pois 81% delas estavam utilizando este método, seguido do preservativo com 12,5%, o contraceptivo injetável 4%, DIU 2% e o coito interrompido 0,5%.

Martins et al. (2012) também observaram em sua pesquisa, a pílula anticoncepcional como a primeira escolha das mulheres, pois 86% delas estavam utilizando esse método.

A pílula anticoncepcional é um método hormonal, essa denominação é devido à presença de hormônios em sua composição, o estrogênio e a progesterona, que podem aparecer de forma isolada ou associada. Esses hormônios agem impedindo o amadurecimento do óvulo e, conseqüentemente, não ocorre à ovulação. (PAZ; DITTERICH, 2009).

Atualmente, a pílula anticoncepcional oral é um dos métodos mais utilizados em todo o planeta. Aproximadamente 18% das mulheres, em união estável ou não, fazem uso desse método nos países desenvolvidos, enquanto nos países em desenvolvimento esse número chega a cerca de 75% (BAHAMONDES et al., 2011).

As pílulas anticoncepcionais são consumidas regularmente por diversas mulheres em todo o mundo. Sua praticidade e eficiência já são estabelecidas, entretanto, seus efeitos colaterais em relação ao risco de outras doenças vêm sendo discutidos desde o início de seu uso, em 1960 (MITRE et al., 2006).

Pode se entender por efeito colateral qualquer reação farmacológica que não está relacionada à ação principal de um fármaco, ou seja, refere-se a um efeito indesejado de um medicamento (OLIVEIRA, 2008).

No presente estudo 57,49% das mulheres não referiram nenhum efeito colateral em quanto à utilização da pílula anticoncepcional.

A contracepção hormonal tem como característica a utilização de hormônios, que devem ser dosados adequadamente, tendo como finalidade impedir uma gravidez indesejada, para tanto a mulher deve passar por uma avaliação criteriosa do médico, este deve levar em conta todas as variáveis e particularidades dela bem como do medicamento, neste estudo a maioria das mulheres que utilizaram este método, foi devido à prescrição médica (77,11%), dessa população 39,06% referiram ter efeitos colaterais durante sua utilização, já aquelas que utilizaram este método sem a prescrição médica a proporção de efeitos colaterais foi ligeiramente maior 52,63%.

Na tabela 6 estão apresentados os efeitos colaterais que as mulheres relataram durante o uso da pílula anticoncepcional.

Tabela 6 – Efeitos colaterais relatados pelas mulheres durante o uso da pílula anticoncepcional, número e proporção (%).

EFEITOS COLATERAIS DA PÍLULA ANTICONCEPCIONAL			
Náuseas	32 (45,07%)	Nervosismo	14 (19,71%)
Dor de cabeça	30 (42,25%)	Dor nas pernas	13 (18,30%)
Mal-estar	24 (33,80%)	Diminuição da libido	12 (16,90%)
Aumento de peso	23 (32,39%)	Vômitos	10 (14,08%)
Irritação	16 (22,53%)	Varizes	9 (12,67%)
Dor de estômago	16 (22,53%)	Outros	5 (7,04%)
Enxaqueca	14 (19,71%)	Pressão alta	3 (4,22%)
Tonturas	14 (19,71%)		

A usuária se adequa ao método da pílula anticoncepcional de maneira peculiar. Logo após a primeira dosagem, são frequentes os relatos de sintomas adversos. Os efeitos colaterais mais recorrentes associados a esses medicamentos são: dores de cabeça, náuseas, vômitos, irritabilidade, tonturas, ganho de peso e redução da libido (BOUZAS et al., 2004).

No estudo de Martins et al. (2012), 31% das mulheres que utilizavam a pílula anticoncepcional não referiam quaisquer efeito colateral, 42% referiram aumento de peso, 16% aumento e dor nos seios, 11% cefaleia, 11% náuseas, 11% tonturas, 11% ansiedade e nervosismo, 5% diminuição da libido.

Efeitos colaterais têm sido apontados como a principal causa de descontinuação de uso da pílula anticoncepcional (ROSENBERG , 1995). Em um estudo realizado nos Estados Unidos 37% das usuárias da pílula anticoncepcional que descontinuaram o uso, referiram efeitos colaterais (ROSENBERG,1998).

Tem sido descrito que dentro do primeiro ano de início da pílula anticoncepcional, entre 7 a 27% das mulheres interrompem o seu uso devido a razões que poderiam ter sido discutidas entre o médico e a paciente durante a primeira consulta (HOOPER, 2010). Consequentemente, a anticoncepção de emergência também conhecida por pós-coital ou pílula do dia seguinte, acaba sendo utilizada com mais frequência.

Quanto à pílula do dia seguinte, 57,54% das mulheres sexualmente ativas referiu o seu uso, dessas 26,21% tiveram efeitos colaterais quando utilizada.

A tabela 7 demonstra a quantidade de vezes que as mulheres recorreram à anticoncepção de emergência.

Tabela 7 – Recorrência da utilização da pílula do dia seguinte.

VEZES UTILIZADAS	PROPORÇÃO
1	21,36%
2	33,01%
3	19,42%
4	8,74%
5	2,91%
6	8,74%
7	0,97%
8 ou mais	4,85%

Para Nogueira et al (2000), a anticoncepção de emergência é um método alternativo de anticoncepção para serem usados em situações, consideradas por estes autores como especiais

das quais: relação sexual desprotegida ou não planejada; uso inadequado de métodos anticoncepcionais (por exemplo: esquecimento de 2 ou mais pílulas anticoncepcionais regulares); falha anticoncepcional presumida (acidentes com o uso do preservativo ou com o diafragma); violência sexual.

Pílula do dia seguinte pode ser entendida por uma administração de doses altas de hormônios, em um prazo de até 72 horas depois da relação sexual. Onde irá atuar alterando a motilidade da trompa e o endométrio, dificultando ou impedindo a implantação do ovulo no útero (SILVA, 2009).

Conforme a tabela 7 atualmente as mulheres frequentemente estão recorrendo à utilização da anticoncepção de emergência, pois das 57,54% mulheres sexualmente ativas que referiu o seu uso, 21,36% a usou uma vez, 33,01% usou 2 vezes, 19,42% usou 3 vezes, 8,74% usou 4 vezes, 2,91% usou 5 vezes, 8,74% usou 6 vezes, 0,97% usou 7 vezes e 4,85% usou 8 vezes ou mais a pílula do dia seguinte até o momento da pesquisa.

Confrontando com o estudo de Buskiewicz & Zanin (2012), onde eles constataram que 22% das acadêmicas fizeram uso da anticoncepção de emergência 4 vezes, 19,5% nunca usaram, 16% usaram 6 vezes, 14% usaram 2 vezes, 11,5% usaram 1 vez, é possível confirmar a acentuada utilização desse método.

O mesmo ocorre no estudo de Bastos et al. (2008), visto que cerca de 45% das mulheres já haviam usado a anticoncepção de emergência e dentre essas 45,1% o fizeram mais de uma vez.

No estudo de *Brambilla et al. (2016)*, com 190 universitárias, o uso da anticoncepção de emergência foi referido por 47,4% das acadêmicas, dessas 64,4% utilizaram uma ou duas vezes.

Neste estudo 73,79% das mulheres que recorreram ao uso da anticoncepção de emergência não referiram quaisquer efeitos colaterais. Dentre as que referiram efeitos colaterais, os mais relatados foram náuseas (48,14%), dor de cabeça (48,14%), mal-estar (44,44%), nervosismo (25,92%), tonturas (25,92%), enxaqueca (22,22%).

No estudo de Vendruscolo & Zanin (2011), 49,5% das mulheres que recorreram ao uso da anticoncepção de emergência também não referiram quaisquer efeitos colaterais, os

mais relatados 24% sentiram dores de cabeça, 16% sentiram enjoo, 6% vômitos, 2,5% menstruaram após ingestão.

A maioria dos contraceptivos serve apenas para prevenir a gravidez indesejada, entretanto não previne as ISTs, com exceção do preservativo, servindo esse para os dois fins.

A tabela 8 apresenta a ocorrência de relações sexuais com e sem a utilização do preservativo.

Tabela 8 - Relações sexuais protegidas e desprotegidas.

RELAÇÕES SEXUAIS	HOMENS	MULHERES
Protegidas	6,93%	13,89%
Desprotegidas	93,07%	86,11%

Segundo a Organização Mundial da Saúde os preservativos estando corretamente desenhados, com a elasticidade e força adequadas, livres de perfurações e uniformes, o risco de transmissão de patógenos durante a relação sexual reduz drasticamente (OMS, 2009). No Brasil a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) através da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) número 62 de 2008 estabelece os requisitos mínimos a que devem obedecer aos preservativos masculinos de látex (ANVISA, 2008).

O Sistema Único de Saúde (SUS) mantém a distribuição gratuita, em todo o Brasil, dos preservativos masculinos e femininos. Segundo o Governo Federal, só nos quatro primeiros meses de 2016, foram distribuídos 143,4 milhões de preservativos masculinos e 4,2 milhões de femininos (BRASIL, 2016).

Mesmo se tratando de uma população relativamente bem instruída, a tabela 8 demonstra o risco gritante que os estudantes estão correndo, no sentido principalmente de adquirirem ISTs, posto que 93,07% dos homens já tiveram relações sexuais sem o uso do preservativo, o mesmo se repete com 86,11% das mulheres. Nessa população que confirmou relações sexuais desprotegidas, 75,48% das mulheres não fizeram exames para averiguar a existência de ISTs previamente nela e em seu parceiro, 84,04% dos homens também repetiram essa conduta.

Molina et al. concluiu em seu estudo que existe uma precariedade de conhecimento dos adolescentes sobre métodos contraceptivos (2013).

No estudo realizado por Borges et al. (2015), sobre a iniciação da vida sexual e a contracepção em adolescentes brasileiros, o preservativo masculino foi usado por 68,8% dos jovens na última relação sexual.

Já no estudo de Nunes et al. (2015), em jovens escolares de 12 a 24 anos, apenas 38,3% relataram uso regular do preservativo.

A tabela 9 apresenta o uso atual do preservativo nas relações sexuais.

Tabela 9 – Frequência da utilização do preservativo nas relações sexuais.

UTILIZAÇÃO DO PRESERVATIVO	HOMENS	MULHERES
Na maioria das vezes	35,15%	31,67%
Nunca	29,70%	35,56%
Quando lembra	9,41%	7,22%
Sempre	25,74%	25,56%

De acordo com a tabela 9, é possível observar que em ambos os sexos, a parcela daqueles que utilizam sempre o preservativo é pequena, sendo 25,74% para os homens e 25,56% no caso das mulheres.

Muitos autores associaram esse comportamento de risco com a falta de conhecimento sobre a sexualidade, entretanto quando perguntado qual o método que pode evitar as ISTs, houve um consenso quase que comum, já que 96,50% de ambos os sexos responderam que é o preservativo, os jovens em sua maioria estão negligenciando sua saúde, dando a ela pouca importância.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que a maioria dos jovens está apresentando comportamentos de risco, no que se refere principalmente a ISTs, visto que eles possuem conhecimento sobre o assunto, contudo estão negligenciando as ações necessárias para a sua prevenção. Pode-se observar ainda o acentuado número de mulheres que apresentou efeitos colaterais durante o uso da pílula anticoncepcional, 42,51% delas, o que consequentemente pode induzir parte delas, a não utilização do método.

De forma geral, a maioria dos estudantes está atualmente utilizando métodos contraceptivos, entretanto os mesmos referiram ter no passado relações sexuais sem a utilização do preservativo. Quanto à gravidez não planejada, pode-se utilizar ainda um artifício, a contracepção de emergência, que inclusive apresentou um número elevado neste estudo, visto que 57,54% das mulheres utilizaram esse método, entretanto o maior problema é sabido, as ISTs, essas muitas vezes têm um período de tempo assintomático, somando ainda a troca expressiva de parceiros sexuais resulta no risco cada vez maior de epidemias dessas infecções.

Assim, se baseando neste e em estudos similares, será possível futuramente desenvolver e adequar ações sociais mais específicas e direcionadas para o público alvo, no sentido de reduzir a recorrência de IST/SIDA, bem como da gravidez não planejada.

REFERÊNCIAS

- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº. 62, de 03 de setembro de 2008**. Estabelece os requisitos mínimos a que devem obedecer aos Preservativos Masculinos de Látex de Borracha Natural. 2008.
- ARRUDA S.; CAVASIN S. **Gravidez na adolescência: desejo ou subversão?** Prevenir é sempre melhor, boletim número 2, 1999.
- BAHAMONDES, L et al. **Fatores associados à descontinuação do uso de anticoncepcionais orais combinados**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 303-309, 2011.
- BARBETTA, P. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais** 6ed. Editora da UFSC, 2001.
- BASTOS, M. R.; BORGES, A. L. V.; HOGA, L. A. K.; FERNANDES, M. P.; CONTIN, M.V.: **Práticas Contraceptivas entre Jovens Universitárias: o uso da Anticoncepção de Emergência**. Texto contexto Enfermagem, Florianópolis jul/set, 2008.
- BORGES ALV, Schor N. **Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil**. Cad Saúde Pública 2005; 21:499-507.
- BORGES - Ana L.; FUJIMOR E.; KUSCHNIR MC.; CHOFAKIAN C. BN.; MORAES JP.; AZEVEDO GD.; SANTOS K; ASCONCELLOS MT. L. - **ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros**, 2015.
- BOUZAS, I.; PACHECO, A.; EISENTEIN, E. **Orientação dos principais contraceptivos durante a adolescência**. Adolescência & Saúde, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p.27- 33, 2004.
- BRAMBILLA A.; RIECHEL T.; AMADEI JL. **Contracepção de emergência e universitárias da área da saúde**, 2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**, 2016.
- BUSKIEVICZ Adrieli; ZANIN Giovane. **Comportamento sexual e uso de métodos contraceptivos entre estudantes universitários de cascavel-pr**, 2012.
- CASTRO, JFL; ARAÚJO, RC; PITANGUI ACR. **Sexual behavior and practices of adolescent students in the city of Recife, Brasil**. J Hum Growth Dev. 2016;26(3):
- DELATORRE, M. Z., & Dias, A. C. G. **Conhecimentos e práticas sobre métodos contraceptivos em estudantes universitários**, 2015

DIAS AB. ; Estela M. L. AQUINO - **Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil** - Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(7):1447-1458, jul, 2006.

DIAS ACG, Teixeira MAP. **Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo**. Paidéia (Ribeirão Preto). 2010; 20(45):123-31.

FERREIRA, C.L. et al. **Repetição de gravidez na adolescência: estudos sobre a prática contraceptiva em adolescentes**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Natal, Rio Grande do Norte-Brasil, 2010.

HOOPEL DJ. **Attitudes, awareness, compliance and preferences among hormonal contraception users: a global, cross-sectional, self-administered, online survey**. Clin Drug Investig. 2010;30(11): 749-63.

KIM DS, Kim HS. **Early initiation of alcohol drinking, cigarette smoking, and sexual intercourse linked to suicidal ideation and attempts: findings from the 2006 Korean Youth Risk Behavior Survey**. Yonsei Med J. 2010.

MADKOUR AS, FARHAT T, HALPERN CT, GODEAU E, GABHAINN SN. **Early adolescent sexual initiation as a problem behavior: a comparative study of five nations**. J Adolesc Health 2010; 47:389-98

MARTINS CT; PRADO JJ; COUQUEIRO MB; SILVA PAC; CAITANO RD; MACHADO TLC; MORAES ASBS - **riscos secundários à utilização de anticoncepcionais por via oral na unidade básica de saúde deputado gercino coelho no município de guanambi no ano de 2012**, 2012.

MITRE, E.I. et al. **Avaliações audiométrica e vestibular em mulheres que utilizam o método contraceptivo hormonal oral**. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. São Paulo, v. 72, n. 3, p. 350-354, 2006.

MOLINA, M.C.C.; STOPPIGLIA P. G. S.; MARTINS, C. B.; ALENCASTRO L. C. S. **Conhecimento de adolescentes do ensino médio quanto aos métodos contraceptivos**. O mundo da saúde, São Paulo, 2013.

NOGUEIRA, A. A. et al. **Anticoncepcionais de emergência: por que não usar?** In: Medicina, Ribeirão Preto, 33, jan./mar. 2000. pp: 60-63

NUNES B. K.G.; GUERRA A. D. L.; SILVA SM; GUIMARÃES RA; SOUZA MM; TELES AS; MATOS MA. **O uso de preservativos: a realidade de adolescentes e adultos jovens de um assentamento urbano**, 2015.

OLIVEIRA, A.L. et al. **Métodos contraceptivos**. [s.l. s.n.], 2008.

OLIVEIRA, Tairana D.; MAIER VT; JANSEN K; RODRIGUES CEG; CRUZEIRO ALS;

ORES, LC. **Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional** - Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, Brasil. 2011.

OMS. World Health Organization. **Effectiveness of male latex condoms in protecting against pregnancy and sexually transmitted infections**. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs243/en/>. Acessado em 2009 (29 set)

PAZ, E. C. M.; DITTERICH, R.G.. **O conhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos no planejamento familiar**. Revista Gestão & Saúde. Curitiba, v. 1, n. 1, p. 1-10, 2009.

PENSE- **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**, IBGE, Ministério da saúde, 2015.

PINTO MAV. **Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes**. Rev Saúde Pública. 2004;

PNAD - **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**, IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e estatística, 2009.

ROCHA, Y. A., & SILVA, M. A. **Conhecimento sobre HIV/ AIDS e práticas sexuais de estudantes de graduação em enfermagem**. Estudos, 41(2), 275-289, 2014.

ROSENBERG MJ, Waugh MS, Meehan TE. **Use and misuse of oral contraceptives: risk indicators for poor pill taking and discontinuation**. Contraception. 1995;51(5):283-8.

ROSENBERG MJ, Waugh MS. **Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons**. Am J Obstet Gynecol. 1998;179(3 Pt 1):577-82.

SALES, Willian B.; CAVEIÃO Cristiano; VISENTIN Angelita; - **Comportamento sexual de risco e conhecimento sobre IST/SIDA em universitários da saúde** - Revista de Enfermagem Referência, 2016.

SANCHEZ ZM, NAPPO SA, CRUZ JI, CARLINI EA, CARLINI CM, MARTINS SS. **Sexual behavior among high school students in Brazil: alcohol consumption and legal and illegal drug use associated with unprotected sex**. Clinics (São Paulo) 2013.

SCHOR, N. *et.al*. **Adolescência, vida sexual e planejamento reprodutivo de escolares de Serra Pelada, Pará**. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. v.17 n.2 São Paulo, 2007.

SILVA, Amina Regina; PADILHA Maria Itayra - **Acadêmicos de enfermagem e seu autocuidado em relação a doenças sexualmente transmissíveis**, 2014.

SILVA, J. **Métodos contraceptivos no Brasil**. São Leopoldo 2009 Disponível em: <<http://www.unisinos.br>> acesso em 24 de outubro de 2017

VENDRUSCOLO Amanda AV; ZANIN Giovane D. **Perfil de utilização de contraceptivos, por acadêmicas de uma faculdade particular**, 2011.