

2020 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2020 Os autores
Copyright da Edição © 2020 Atena Editora
Editora Chefe: Profa Dra Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Karine de Lima
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profa Dra Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profa Dra Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Profa Dra Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profa Dra Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profa Dra Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profa Dra Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profa Dra Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profa Dra Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profa Dra Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profa Dra Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profa Dra Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profa Dra Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profa Dra Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profa Dra Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profa Dra Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profa Dra Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profa Dra Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profa Dra Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profa Dra Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Profa Dra Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profa Dra Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profa Dra Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profa Dra Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profa Dra Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profa Dra Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Msc. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profa Dra Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profa Msc. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profa Msc. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Msc. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Msc. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Profa Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profa Msc. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profa Msc. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profa Dra Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Msc. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Msc. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Msc. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profa Msc. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

R696s Rodrigues, Paulo Ricardo.
A saúde sexual no contexto escolar [recurso eletrônico] / Paulo Ricardo Rodrigues, Juliana Castro Monteiro Pirovani. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-112-1

DOI 10.22533/at.ed.121202506

1. Educação sexual. 2. Saúde escolar. 3. Sexualidade. I. Pirovani, Juliana Castro Monteiro. II. Título.

CDD 613.9

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.arenaeditora.com.br
contato@arenaeditora.com.br

Agradecimentos

Este e-book nasceu das perguntas que meus estudantes faziam nas aulas de Biologia. Percebi, então, que havia muita curiosidade sobre assuntos relacionados à vivência de sua sexualidade e que sentiam pouco espaço em suas famílias para debater esses temas. Neste momento, o tema “saúde sexual e reprodutiva” me escolheu.

A proposta principal deste livro é conversar de maneira direta e interativa com leitor, seja ele professor ou aluno. Tornar acessível o conhecimento científico e devolve-lo à comunidade escolar foi uma constante fonte de motivação ao longo do processo de escrita. Recebi muita ajuda e apoio durante essa caminhada e gostaria de agradecer a todos, principalmente aos estudantes. Eles não só contribuíram com suas perguntas, mas também colocaram a mão na massa.

As ilustrações foram feitas pelas queridas alunas Cíntia Beatriz, Dâmaris, Francielly, Natalia e Sara. Obrigado por fazerem um trabalho tão lindo na ilustração do e-book. Vocês deram vida ao texto. Agradeço também ao programa de Mestrado Profissional em Ensino de Biologia em Rede Nacional – PROFBIO – da Universidade Federal do Espírito Santo, campus São Mateus. Continuar os estudos e fazer uma pós-graduação era um sonho de longa data.

Agradeço à minha orientadora, Profa Dr Juliana Castro Monteiro Pirovani. As várias noites de preocupação valeram a pena. E por fim, agradeço também à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro durante o mestrado.

A todos, muito obrigado!

Sumário

<u>INTRODUÇÃO</u>	09	<u>CAPÍTULO 3 – GRAVIDEZ</u>	54
<u>CAPÍTULO 1 – APARELHO REPRODUTOR</u>	12	<u>Ciclo reprodutivo e período fértil</u>	56
<u>Aparelho reprodutor masculino</u>	13	<u>Anticoncepcionais e a gravidez</u>	58
<u>Testículos</u>	14	<u>Gravidez na adolescência</u>	59
<u>Pênis</u>	18	<u>Bibliografia consultada</u>	62
<u>Vias Espermáticas</u>	22	<u>CAPÍTULO 4 – INFECÇÕES SEXUALMENTE</u>	
<u>Glândulas Sexuais Acessórias</u>	23	<u>TRANSMISSÍVEIS</u>	64
<u>Aparelho Reprodutor Feminino</u>	25	<u>HIV/AIDS</u>	67
<u>Ovários</u>	26	<u>Sífilis</u>	75
<u>Tubas Uterinas</u>	27	<u>Outras IST: Gonorreia</u>	79
<u>Útero</u>	27	<u>Outras IST: Clamídia</u>	80
<u>Vagina</u>	30	<u>Outras IST: Tricomoníase</u>	81
<u>Pudendo Feminino</u>	31	<u>Outras IST: HPV</u>	82
<u>Bibliografia consultada</u>	32	<u>Outras IST: Herpes</u>	83
<u>CAPÍTULO 2 – MÉTODOS CONTRACEPTIVOS</u>	34	<u>Candidíase</u>	84
<u>Métodos contraceptivos</u>	35	<u>Bibliografia consultada</u>	85
<u>Classificação dos Métodos Contraceptivos</u>	37	<u>CAPÍTULO 5 -SEXO</u>	88
<u>Métodos comportamentais</u>	38	<u>Sexo</u>	89
<u>Métodos hormonais</u>	42	<u>Virgindade</u>	90
<u>Métodos de barreira</u>	46	<u>Orgasmo</u>	94
<u>Métodos cirúrgicos</u>	48	<u>Sexo e saúde</u>	97
<u>Eficácia dos Métodos Contraceptivos</u>	50	<u>Bibliografia consultada</u>	100
<u>Bibliografia consultada</u>	52	<u>Caixinha da dúvida</u>	102

Introdução

A sexualidade é uma característica inerente à condição humana. Sua representação é fruto de uma construção social, cultural e histórica e se manifesta em todas as etapas da vida (BRASIL, 2007). Envolve definições de sexo, orientação sexual, identidade de gênero, reprodução e se expressa em comportamentos, pensamentos e desejos.

A adolescência é o momento em que a descoberta da sexualidade aparece de maneira bastante evidenciada. Este período é compreendido entre os 12 e 18 anos, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei n.º 8.069/90 (BRASIL, 1990) ou entre 10 e 19 anos, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Neste livro será utilizada a definição da OMS.

A OMS define a saúde sexual da seguinte forma:

[...] saúde sexual é um estado físico, emocional, mental e social do bem-estar em relação à sexualidade; não é meramente a ausência de doenças, disfunções ou debilidades. A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade, das relações sexuais, tanto quanto a possibilidade de ter experiências prazerosas e sexo seguro, livre de coerção, discriminação e violência. Para se alcançar e manter a saúde sexual, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e satisfeitos. (WHO, p.3, 2017, tradução nossa).

Nesta fase da vida, a experimentação de seus corpos e do mundo se intensifica, colocando os jovens em situações de risco. Aumentam as chances do consumo de

álcool e outras drogas bem como a iniciação da vida sexual. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) (BRASIL, 2016) mostrou que 27,5% dos jovens do 9º ano já tiveram relações sexuais. Quando se avança para a faixa dos 17 anos, esse índice sobe para 54,7%, indicando a importância do tema saúde sexual e reprodutiva para as escolas brasileiras.

A correta orientação sexual é um direito do jovem. Dela depende a maneira com que ele exercerá sua sexualidade de maneira saudável e responsável. Essa preocupação ganhou força na década de 80 em decorrência da epidemia de HIV/Aids e devido aos índices de gravidez indesejada (BRASIL, 1997). Assim, em 1989, esse tema passou a fazer parte dos conteúdos escolares como tema transversal.

Cercada de tabus, a sexualidade do jovem é muitas vezes ignorada. Programas de saúde destinados aos adolescentes frequentemente desconsideram que estes sejam pessoas sexuadas. A porta de entrada desse grupo no serviço de saúde ocorre muitas vezes através de atividades relacionadas ao planejamento familiar ou, ainda, no atendimento pré-natal (BRASIL, 2007). Tal situação se configura como um problema, uma vez que não atende as expectativas dos jovens por limitar sua sexualidade a aspectos reprodutivos.

Os reflexos podem ser vistos pelos números e tipo de atendimento que predominam entre os adolescentes brasileiros no Sistema Único de Saúde. Entre os meninos,

os serviços mais procurados não estão relacionados à saúde sexual. Já entre as meninas, atendimentos vinculados à gravidez se destacam (BRASIL, 2007). Em 2003, 37% das internações das adolescentes foram motivadas por gravidez, parto e puerpério. Em 2017, de acordo com o DATASUS, ocorreram 480.923 partos de mulheres entre 10 e 19 anos no país. No mundo, são cerca de 16 milhões de adolescentes entre 15 e 19 anos que engravidam anualmente (RODRIGUES e SANTOS, 2017), dados que indicam que a situação persiste, sobretudo, nos países em desenvolvimento.

O debate sobre educação sexual nas famílias e escolas não evoluiu na velocidade das transformações sociais que o mundo sofreu. Crianças e adolescentes são pessoas em desenvolvimento, logo influenciados pelos significados dos papéis que cada um exerce na sociedade.

A família é o primeiro contato com a orientação sexual. É a partir dela que se dá a construção da identidade e valores sociais das crianças e adolescentes. Partindo dos parâmetros sociais, desenvolvem sua identidade de gênero e sua sexualidade (BRASIL, 1997).

A sexualidade dos estudantes se manifesta na escola e deve ser trabalhada. Tabus, preconceitos e crenças necessitam ser objetos de debate para permitir aos alunos maior conhecimento e autonomia sobre o próprio corpo. Oliveira et al (2017) destacam a importância de tratar o assunto ao constatar a insuficiência de conhecimento dos jovens sobre o tema. Em seus estudos, observaram que, apesar de ter acesso a fontes variadas como internet, mídia, amigos e família, não apresentaram

informações consolidadas sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Apontam ainda que há diferença entre meninos e meninas neste campo, sendo que elas possuem maior conhecimento sobre os métodos contraceptivos. Isso aponta uma diferenciação nos papéis masculinos e femininos no campo da sexualidade. As mulheres seriam responsabilizadas por questões ligadas ao campo reprodutivo, enquanto, os homens apresentariam maior conhecimento nas experiências sexuais (BRASIL, 2010).

A participação dos estudantes nos debates e construção de estratégias para promoção da saúde é fundamental. Este grupo tem se destacado com índices alarmantes de infecções por IST/Aids e persistência da gravidez não planejada. As taxas de HIV triplicaram nos últimos 10 anos entre adolescentes maiores de 15 anos. Os meninos apresentam maior vulnerabilidade, com taxas de infecção 70% maiores do que nas meninas (OLIVEIRA et al, 2017). Esse dado pode ser explicado pela frequência no uso de preservativos.

Segundo a PeNSE (BRASIL, 2016), apenas 65,6% dos estudantes afirmou ter usado preservativo na última relação sexual. Quando o parceiro é fixo ou alguém conhecido, o uso da camisinha fica ainda menor. Das meninas que já tiveram relação sexual, 61,5% diz usar a pílula e 9% já ter engravidado (BRASIL, 2016).

As escolas, ao receberem os estudantes, vivenciam essa realidade é recomendado traçar estratégias de ação quanto a problemática. O ambiente escolar deve funcionar como espaço de amplo debate das questões a

cerca da sexualidade, expandindo a ação tradicional do campo da prevenção para promoção efetiva da saúde sexual e reprodutiva dos jovens. Nesse sentido, questões como gênero, orientação sexual, direitos reprodutivos, IST, paternidade não planejada e demais aspectos que envolvam a sexualidade sadia devem fazer parte da prática pedagógica da escola e de instituições parceiras. Esse livro propõe-se contribuir com essa discussão ao oferecer uma ferramenta aos professores da educação básica: um material didático com informações atualizadas e de fácil acesso e uso em sala de aula ou na preparação de atividades pedagógicas a respeito da saúde sexual.

Bibliografia Consultada

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2015.** Rio de Janeiro: IBGE; 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2018.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais : pluralidade cultural, orientação sexual.** Brasília: MEC/SEF, 1997. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/orientacao.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2018.

A Saúde Sexual no Contexto Escolar

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial : saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens.** Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

OLIVEIRA, P. C. et al. **Conhecimento em saúde sexual e reprodutiva: estudo transversal com adolescentes.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2017; 19:a17. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.39926>. Acesso em: 5 fev. 2018.

OMS (Org.). **Problemas de la salud de la adolescencia. Informe de un comité de expertos de la O.M.S.** (Informe técnico nº 308). Ginebra, 1965. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38485/WHO_TRS_308_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 05 Fev. 2018.

RODRIGUES, C. L.; SANTOS, P. G. **Gravidez na adolescência: características das mães e recém-nascido segundo o sistema de informação de nascimentos.** Adolesc Saúde. 2017;14(4):143-149. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=694#. Acesso em: 15 mai. 2019.

WHO (Org.). **Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach.** Geneva. p. 3, 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258738/9789241512886ng.pdf;jsessionid=D94F4D7B729A016EC29C35B5AEoFoDAB?sequence=1>. Acesso em: 05 fev. 2018.

transplante profundidade
espermatozoide produzem
Até principal mulher curar
possível feminina intensificar cirurgia
alimentação homem sêmen
homens **espermatozoides**
alguo influencia apenas **pênis** líquido erétil
idosos Problemas ter **idade** sintomas

Capítulo 1

Aparelho Reprodutor

vagina possuir filhos **que** deficiência gosto corpo
relação testículo **Existe** aparelho sexual
cresce conter **alguma** masculino TPM fimose
grávida reprodução ejaculação
podem pré-ejaculatório menstrua
liberado menstruamos atrapaalha
forma produzido disfunção
masturbação

Aparelho Reprodutor Masculino

O sistema genital ou aparelho reprodutor masculino é formado pelo pênis, testículos, bolsa escrotal (escroto), vias espermáticas (epidídimo, ductos deferentes, ductos ejaculatórios e uretra) e glândulas sexuais acessórias (vesículas seminais, próstata e glândulas bulbouretrais). Para seu correto funcionamento, todos os componentes devem estar em boas condições, assim os espermatozoides produzidos terão boa qualidade e conseguirão ser expelidos através do pênis durante a ejaculação e poderão estar aptos a realizar a fecundação do gameta feminino.

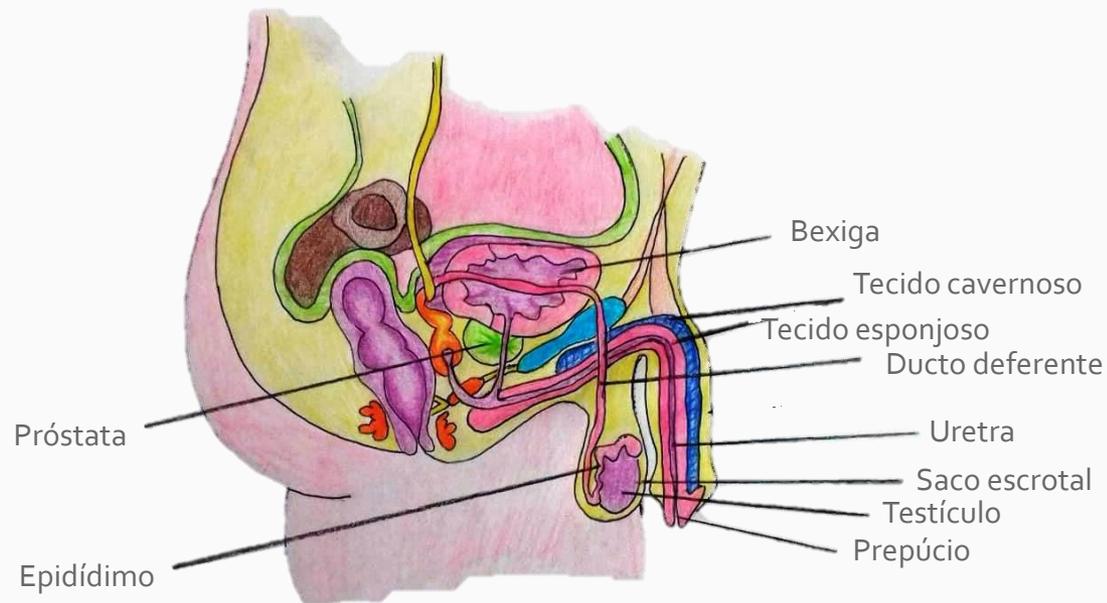


Figura 1: Aparelho reprodutor masculino.

Ilustração : CORREA, 2019.

Testículos

Os testículos são os principais órgãos deste sistema. São órgãos ovoides e normalmente dois estão presentes na bolsa escrotal. É o local de produção dos gametas (espermatozoides) e do hormônio sexual masculino, a testosterona.

Durante o amadurecimento sexual, a produção de testosterona é responsável pelo desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários masculinos e o consequente amadurecimento do sistema genital. Entre esses caracteres estão o ganho de massa muscular, crescimento dos pelos pubianos, na barba, axilas e ao longo do corpo, desenvolvimento dos testículos, crescimento do pênis e desenvolvimento dos mecanismos que envolvem a produção do sêmen e a ejaculação. A voz do menino se modifica nesta fase por conta do alargamento da laringe, o que torna o tom de voz mais grave.

Alguns homens, entretanto, podem nascer com apenas um testículo ou tê-lo retirado ao longo da vida. Estes homens podem ter filhos normalmente. O desejo sexual, ereção, produção dos espermatozoides,

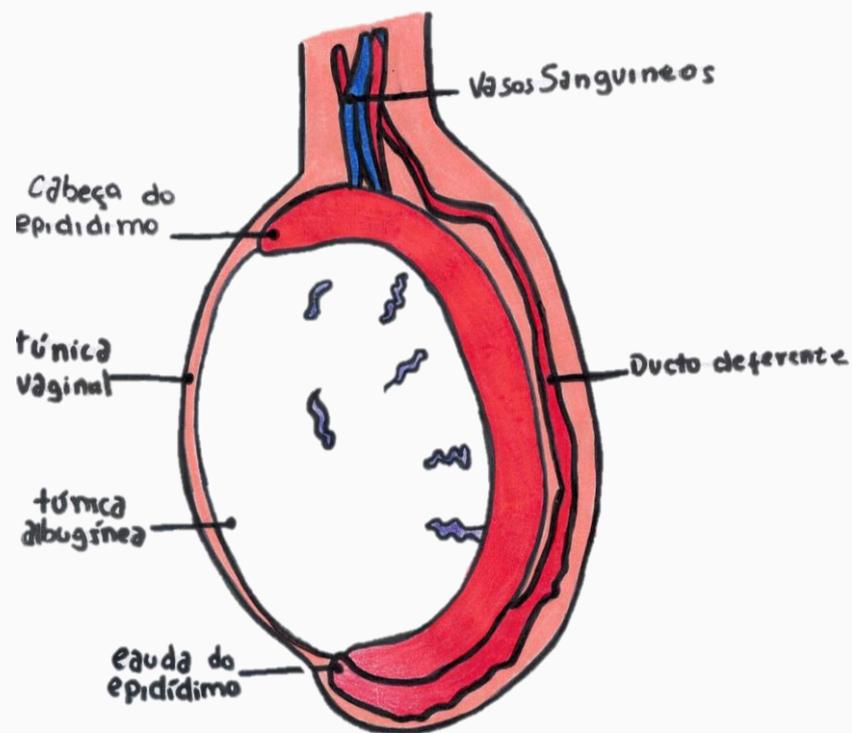


Figura 2: testículo.

Ilustração: ZUCHETO, 2019.

ejaculação e os níveis de testosterona não são afetados pela ausência do outro testículo. Deste modo, as funções reprodutivas são preservadas e a reprodução é possível. Os filhos também não nascerão com algum problema ou má formação em razão da ausência de um dos testículos.

Em casos de câncer de testículo, a retirada de um ou dos dois testículos pode ser necessária. A quimioterapia e a radioterapia afetam a produção de espermatozoides, seja reduzindo a produção ou a qualidade dos gametas. Nestes casos, o homem pode apresentar infertilidade (incapacidade de ter filhos) temporária ou permanente.

Se o homem deseja ter filhos e foi diagnosticado com câncer de testículo, pode optar por coletar seus espermatozoides e congelá-los em clínicas de fertilização. Deste modo, no futuro, poderá ter filhos saudáveis.

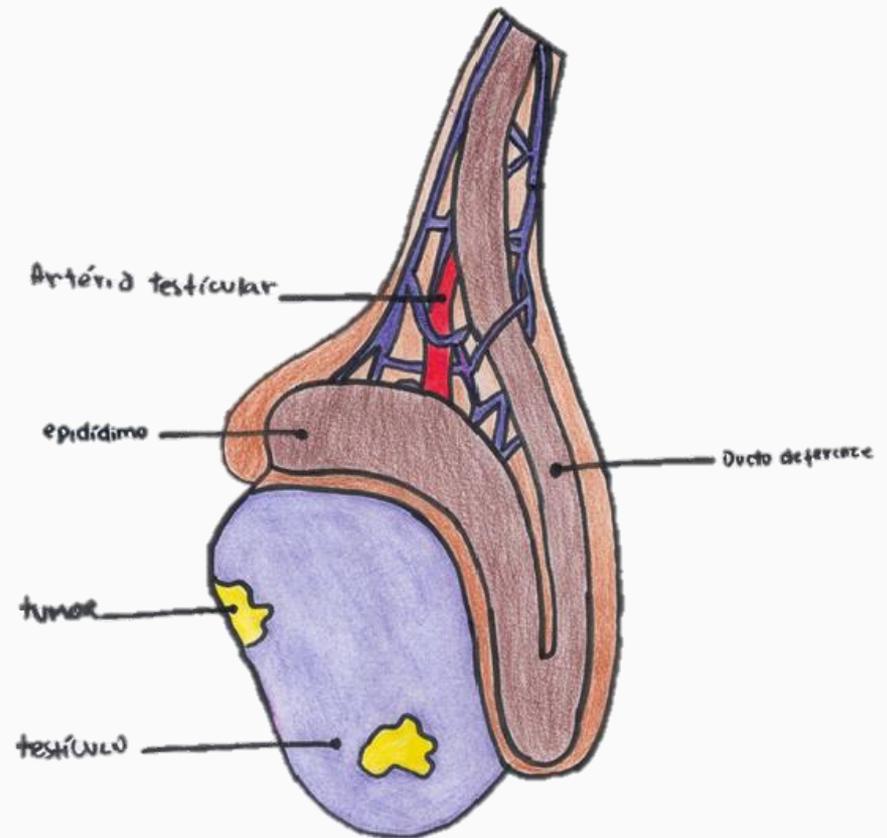


Figura 3: Testículo com câncer. Ilustração: ZUCHETO, 2019.

Produção de espermatozoides

Os espermatozoides são os gametas masculinos e os ovócitos, popularmente chamados de óvulos, os gametas femininos. Os espermatozoides são produzidos nos testículos e os ovócitos nos ovários através de processos de divisão celular denominados mitose e meiose. Na mitose, as células se multiplicam e dão origem a novas células geneticamente idênticas. Já na meiose, as células-filhas são geneticamente diferentes das células-mãe. Neste processo de divisão celular, o DNA é recombinado, ou seja, troca partes entre si, o que gera maior diversidade genética aos gametas, além de ter a quantidade de material genético diminuída à metade.

O padrão genético de nossa espécie é de 46 cromossomos. São 23 pares, onde um cromossomo de cada par é recebido do pai e o outro da mãe através dos gametas. Quando o espermatozoide e o ovócito se unem na fecundação, cada um carregando 23 cromossomos, o padrão genético se restabelece, formando um novo indivíduo com 46 cromossomos.

Nos testículos, os espermatozoides são formados nos túbulos seminíferos. Lá, após diversas divisões celulares e um período de diferenciação, os espermatozoides passam para o epidídimo onde

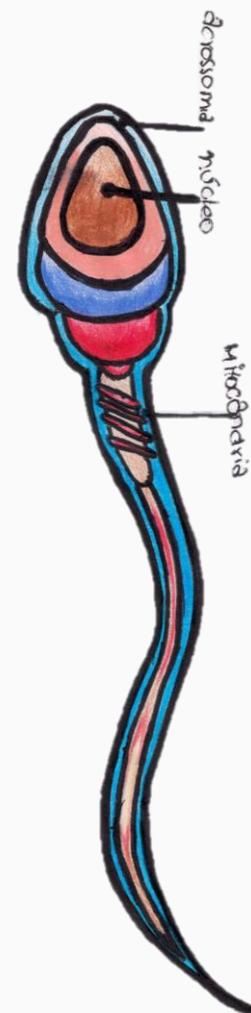


Figura 4: Espermatozoide.

Ilustração: ZUCHETO, 2019.

terminam de amadurecer. O processo total de produção dos espermatozoides leva aproximadamente 64 dias para ser finalizado em seres humanos. Ele inicia na puberdade e continua até a morte do indivíduo.

Os espermatozoides são liberados através da ejaculação, processo onde os gametas e as secreções produzidas pelas glândulas sexuais acessórias (vesículas seminais, próstata e glândula bulbouretral) são expelidos pelo pênis. O conjunto das secreções e espermatozoides é denominado sêmen ou esperma.

Quando o homem atinge o clímax da excitação sexual, sinais químicos e nervosos dão início ao processo de liberação do sêmen. Contrações nos epidídimos e nos ductos deferentes impulsionam os espermatozoides através desses canais até a chegada na uretra. O mesmo acontece nas glândulas acessórias, de modo a liberar as secreções acumuladas nelas. Agora completamente formado, o sêmen chega à uretra. Os músculos na base do pênis se contraem repetidamente de modo a expulsar o esperma para fora do pênis. Essa pulsação libera o sêmen e configura a ejaculação. Em cada ejaculação são liberados em torno de 2 a 6 mL de sêmen, contendo de 40 a 250 milhões de espermatozoides.

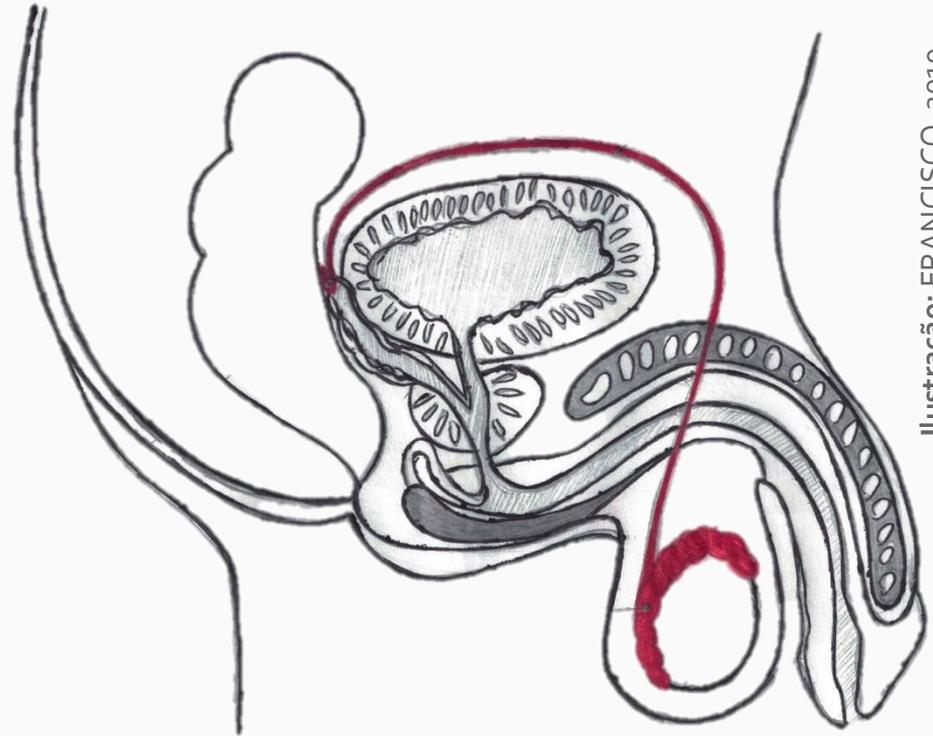


Ilustração: FRANCISCO, 2019.

Figura 5: Caminho dos espermatozoides.

Pênis

O pênis é o órgão copulador, responsável pela introdução dos gametas no canal vaginal no momento da relação sexual. Também possui função excretora, ou seja, é responsável pela eliminação da urina.

Os tecidos que formam o pênis, chamados de corpos cavernosos e esponjosos, permitem que a ereção ocorra e que a relação sexual seja possível. O pênis é dividido em três partes: raiz, corpo e cabeça. A raiz é a porção do órgão que se está inserida no corpo do homem. O corpo corresponde a parte de prolongamento do pênis e a cabeça ou glândula, é a parte final do membro.

Por ser uma região com muitas células nervosas, a glândula é bastante sensível e produz sensação de prazer quando estimulada durante o sexo ou a masturbação.

Recobrendo a cabeça do pênis há uma pele chamada prepúcio, ela protege o pênis quando não ereto. É esta pele que, quando em excesso, caracteriza a **fimose**. A fimose deve ser tratada, pois pode atrapalhar a higienização do pênis causando acúmulo de secreções aumentando a chances de desenvolver infecções na região.

O prepúcio deve expor toda a cabeça do pênis quando puxado para trás, processo que é fundamental para a correta limpeza do órgão. Quando isto não é possível, é necessário tratar a fimose. O tratamento deve ser indicado pelo médico e pode envolver o uso de pomadas ou a retirada do excesso de pele cirurgicamente.

Na extremidade da glândula, temos a abertura da uretra, canal que percorre o interior do pênis e por onde o sêmen e a urina são expelidos.

Caixinha da Dúvida!

[A masturbação pode fazer algo ao corpo?](#)

Desenvolvimento do pênis

A puberdade é um período de grandes modificações físicas, psíquicas e sociais por quais meninos e meninas passam ao longo do seu desenvolvimento para a fase adulta. Segundo a Organização Mundial da Saúde, esta fase compreende entre os 10 e 19 anos de idade e marca o amadurecimento de nossas características sexuais e reprodutivas.

As meninas costumam entrar na puberdade antes e os meninos mais tardiamente. As características desenvolvidas nessa época são chamadas de caracteres sexuais secundários. Nos homens, são identificadas com o desenvolvimento dos testículos, crescimento do pênis, produção de espermatozoides, aparecimento dos pelos pubianos, no rosto e corpo, engrossamento da voz e desenvolvimento muscular.

O desenvolvimento dos testículos é o primeiro sinal do início da puberdade nos meninos, porém não costuma ser facilmente notado. O crescimento do pênis aparece posteriormente, entre os 11 e 18 anos. A primeira fase de crescimento do pênis envolve o aumento de seu comprimento.

Em seguida, o diâmetro e a glândula se desenvolvem até chegar ao formato adulto. Os testículos e o escroto apresentam amadurecimento ao longo dessas fases e também se encerra ao fim da adolescência, por volta dos 18 e 19 anos.



Figura 6: Desenvolvimento do pênis.

Ilustração: FRANCISCO, 2019.

O Pênis e o sexo

Ter o pênis torto para cima, para baixo, para esquerda ou direita é uma condição bastante comum. Pequenas inclinações são normais em relação à anatomia do órgão e não atrapalham a relação sexual. Porém, há casos onde a curvatura do pênis é mais acentuada e pode gerar desconforto, dificuldade de penetração, dor para o homem ou para a(o) parceira(o), dificuldade de ereção ou ainda dor no órgão após o sexo. Essa condição mais grave pode ser causada por duas situações, a Doença de Peyronie ou a Curvatura Peniana Congênita (de nascença).

A Curvatura Peniana Congênita é uma condição genética. Neste caso, a elasticidade dos tecidos que formam o pênis variam, o que provoca a inclinação e caracteriza o pênis torto. Por ser uma herança genética, desde o nascimento o menino possui o pênis curvo. Entretanto, a partir da puberdade é que a situação costuma ser identificada, uma vez que o número de ereções aumenta e a vida sexual se inicia. Quando o homem se sente fisicamente ou psicologicamente prejudicado, é necessário buscar ajuda médica. A Curvatura Peniana Congênita tem tratamento. O diagnóstico precoce é importante para evitar que a situação se agrave e outras doenças apareçam.

A **Doença de Peyronie** também pode provocar a curvatura do pênis. Diferente da anterior, o menino não nasce com o pênis torto, ele vai se inclinando ao longo da vida. Pequenas lesões nos tecidos penianos provocam inflamações e cicatrizações que diminuem a elasticidade do tecido e provocam a curvatura do pênis. Essas lesões podem ser causadas por pancadas, sexo muito intenso, fratura no pênis ou aplicação de medicamentos para ereção. Essa doença também pode ser tratada. O homem deve procurar o médico para analisar a melhor alternativa de tratamento.

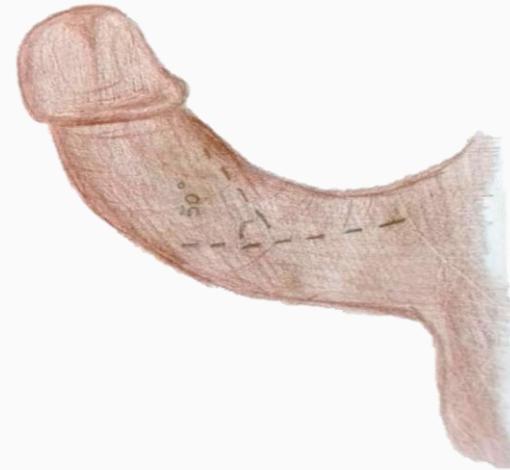


Ilustração: CORREA, 2019.

Figura 7: Doença de Peyronie.

Disfunção erétil

A disfunção erétil (DE), também conhecida como impotência sexual, se caracteriza pela incapacidade constante de ter ou manter uma ereção peniana para a realização de uma relação sexual satisfatória. É a disfunção sexual mais comum nos homens, atingindo 45% da população masculina maior de 18 anos no Brasil. É um problema que aumenta com a idade e quando há outras doenças associadas.

Na maioria dos casos, a DE é causada por problemas vasculares. Entretanto, questões psíquicas, neurológicas, hormonais (como o uso de anabolizantes) ou medicamentosas também podem levar a seu aparecimento. Os hábitos de vida influenciam no desenvolvimento dessa disfunção, podendo elevar ou reduzir os fatores de risco para a DE. Homens com diabetes, hipertensão, obesidade, doenças cardíacas, depressão e tabagismo apresentam maiores chances de desenvolver disfunções sexuais.

Os exercícios físicos são associados a uma boa saúde sexual, pois reduzem os fatores de risco para o desenvolvimento da DE. Em casos em que a disfunção foi diagnosticada, há diferentes tratamentos disponíveis. O uso de medicamentos de aplicação

local, de uso oral ou a utilização de próteses penianas são opções terapêuticas para a disfunção erétil.

É importante destacar que o tratamento a ser utilizado deve ser decidido juntamente com o médico. O uso de qualquer medicamento não deve ser iniciado sem recomendação de um especialista, pois os riscos e contraindicações devem ser avaliados para a opção da terapia mais segura.



Figura 8: Disfunção erétil.

Ilustração: CORREA, 2019.

Vias Espermáticas

Antes de ser liberado para o exterior do organismo, o sêmen percorre uma rede de tubos no sistema genital masculino. Essa rede tem o nome de vias espermáticas e são responsáveis pelo amadurecimento e transporte dos gametas masculinos. É formada pelo epidídimo, ductos deferentes, ductos ejaculatórios e uretra.

Epidídimo

Formado por dutos enrolados que recebem os espermatozoides produzidos nos testículos. Aqui eles terminam seu amadurecimento e ficam armazenados até o momento da ejaculação. Caso a ejaculação não ocorra, os gametas são reabsorvidos pelo organismo.

Ductos deferentes

Os canais ou ductos deferentes são tubos

responsáveis por conduzir os espermatozoides do epidídimo até a vesícula seminal. Ao fim, ligam-se aos ductos ejaculatórios.

Ductos ejaculatórios

São canais responsáveis por levar os espermatozoides mais os líquidos ejaculatórios produzidos pelas vesículas seminais e próstata até a uretra.

Uretra

Canal responsável por eliminar a urina armazenada na bexiga e o sêmen durante a ejaculação. Apenas nos homens possui essa dupla função. Nas mulheres, realiza apenas a excreção da urina.

Glândulas Sexuais Acessórias

Vesículas seminais

Essas glândulas produzem um líquido rico em um açúcar chamado frutose, além de outras substâncias responsáveis por neutralizar a acidez da uretra e vagina. Dessa forma, diminuem o número de espermatozoides danificados ao longo da ejaculação e garantem sua movimentação. A secreção liberada por essas vesículas compõem até 60% do total do sêmen.

Glândulas bulbouretrais

Essas glândulas estão localizadas abaixo da próstata e produzem o líquido pré-ejaculatório. Esse líquido protege os espermatozoides de contaminação durante a passagem pela uretra, além de auxiliar a penetração por ser um lubrificante natural do homem.

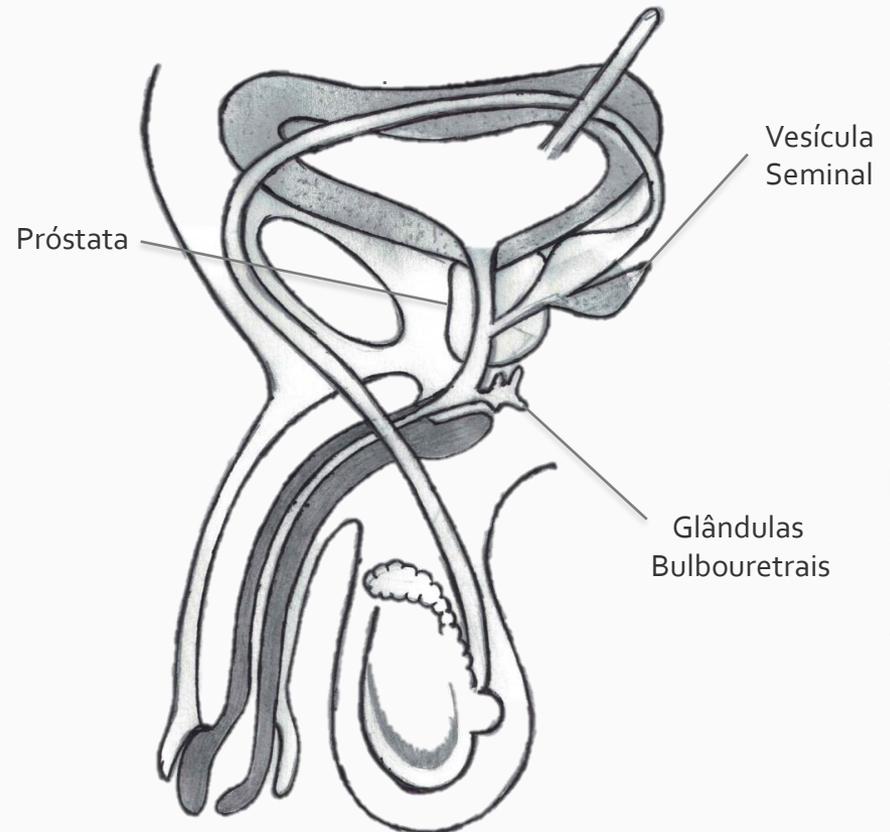


Figura 9: Glândulas sexuais acessórias.

Próstata

Glândula localizada logo abaixo da bexiga e a frente do reto. É responsável por produzir o líquido prostático. Essa secreção compõe até 30% do volume do sêmen e também tem função de neutralizar o pH da uretra e vagina, além de aumentar da motilidade e fertilidade dos espermatozoides.

O câncer de próstata se desenvolve lentamente e sem produzir sintomas iniciais. Quando descoberto no início tem grandes chances de cura. Entre os homens é o segundo tipo de câncer mais comum. Para diagnosticar esta doença em seu começo é necessário realizar exames de rotina a partir dos 50 anos quando não há casos de parentes próximos que já tenham desenvolvido a doença. Se houver casos na família, os exames devem começar aos 45 anos. Há dois exames que podem ser realizados, o exame do Antígeno Prostático Específico (PSA) que mede a concentração de substâncias produzidas pela próstata e encontradas no sangue ou o exame de toque retal. A maior parte das alterações encontradas na próstata são benignas, ou seja, não são cancerígenas.

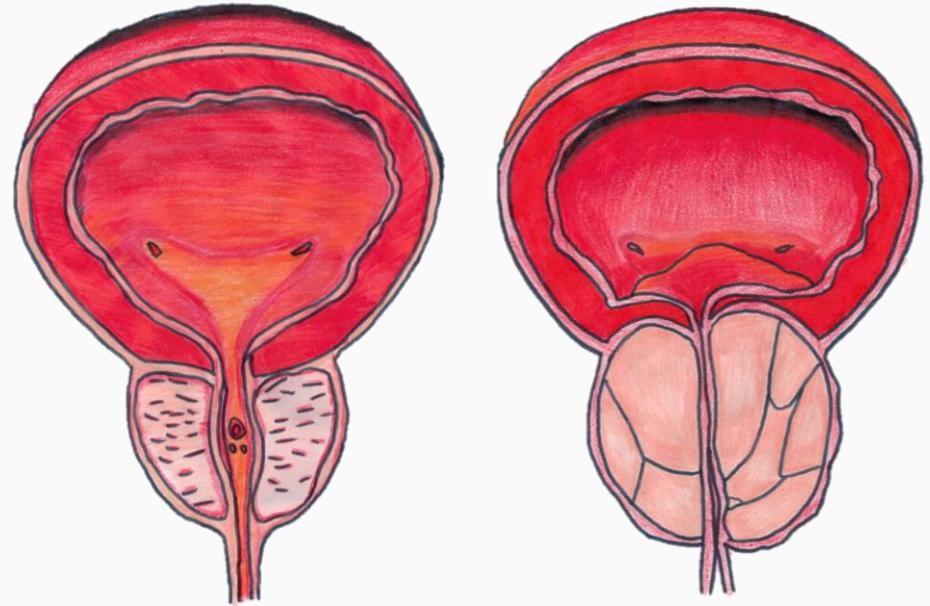


Figura 10: Próstata normal x próstata aumentada.

Ilustração: ZUCHETO, 2019.

Aparelho Reprodutor Feminino

O aparelho reprodutor ou sistema genital feminino é formado externamente pelo pudendo feminino (também chamado de vulva), a vagina, o útero, as tubas uterinas e os ovários. Juntamente as glândulas mamárias, permitem as mulheres, a partir da fecundação, engravidar, gestar, dar a luz e alimentar um novo ser humano.

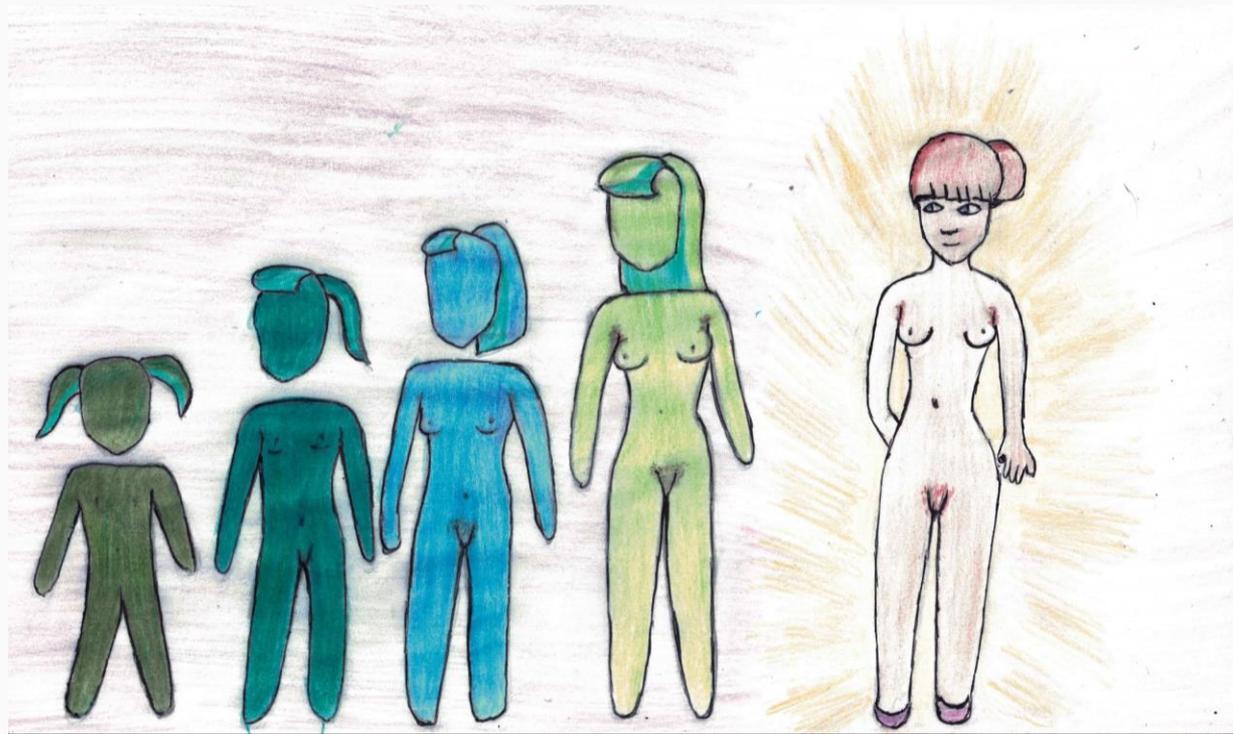


Figura 11: Amadurecimento feminino.

Ilustração: OLIVEIRA, 2019.

Ovários

Os ovários são as gônadas femininas e se localizam na cavidade pélvica. Normalmente em número par, um em cada lado do útero, são os locais de produção dos gametas (ovócitos secundários) e dos hormônios sexuais femininos, estrogênio e progesterona. Os ovócitos secundários se desenvolvem em óvulos maduros após a fecundação.

Diferentemente do que ocorre nos meninos, onde a produção de gametas se inicia na puberdade, nas meninas se inicia ainda quando estão no útero da mãe. Os ovócitos primários se formam durante o desenvolvimento do feto, a partir do terceiro mês de gestação. Após essa fase, o desenvolvimento para e só é continuado quando a menina entra na puberdade. A liberação do gameta feminino do ovário é chamada de ovulação, processo que pode ocorrer mensalmente, tendo início durante a puberdade e seu fim na menopausa. Durante sua vida reprodutiva, uma mulher pode liberar cerca de 400 gametas.

Durante o amadurecimento sexual, os hormônios são responsáveis pelo desenvolvimento

dos caracteres sexuais secundários femininos e o consequente amadurecimento do sistema genital. Entre esses caracteres estão o desenvolvimento dos seios, alargamento do quadril, maior acúmulo de gordura, crescimento dos pelos pubianos e nas axilas, início do ciclo menstrual e da ovulação.

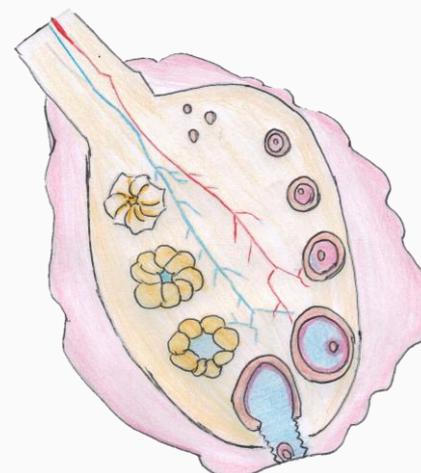


Ilustração: C. de OLIVEIRA, 2019.

Figura12: Desenvolvimento e liberação do ovócito ao longo do ciclo reprodutivo.

Tubas Uterinas

As tubas uterinas estão localizadas em cada lado do útero e são responsáveis por receber o gameta feminino liberado do ovário na ovulação e conduzir o embrião, caso haja fecundação, até o útero. Mede aproximadamente 10 centímetros e é o local onde a fecundação acontece. Se o ovócito secundário (gameta feminino) não for fecundado será, então, absorvido pelo corpo da mulher. Caso a fertilização tenha ocorrido, leva em torno de 4 a 5 dias para o embrião chegar até o útero..

Útero

O útero é um órgão que tem a função de receber e fixar o embrião e de abrigar o feto ao longo de seu desenvolvimento até o momento do parto. Por ele ocorre a passagem dos espermatozoides para as tubas uterinas, local da fecundação. Além disso, quando a mulher não está grávida, é a origem do fluxo menstrual. Tem forma e tamanho aproximado de uma pera. A parte superior do útero está ligada às tubas

uterinas e a parte inferior ao colo do útero, que se comunica com a vagina. No colo do útero é produzido um muco que sofre influência dos hormônios ao longo do ciclo reprodutivo. Ele muda de consistência, facilitando ou dificultando a passagem dos espermatozoides de acordo com a fertilidade da mulher.

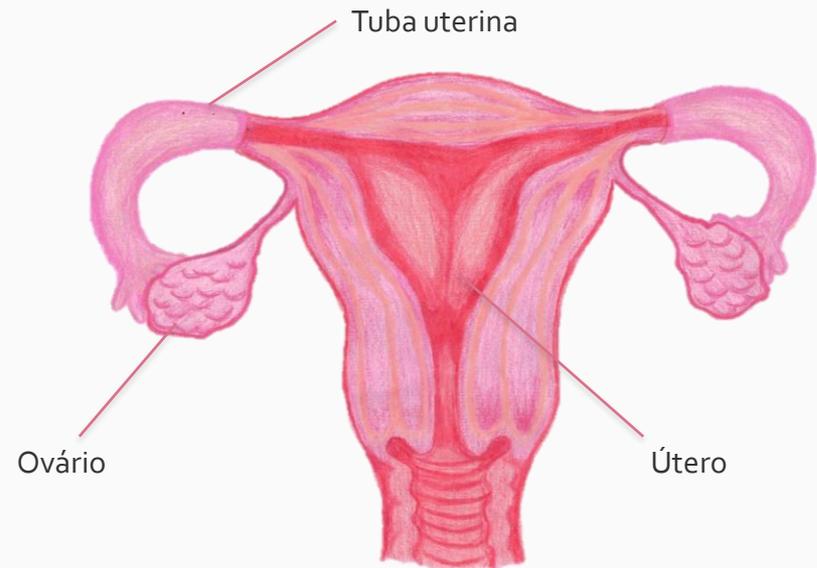


Figura 13: Útero.

Ilustração: CORREA, 2019.

A menstruação

A menstruação é a fase do ciclo menstrual em que o sangue e células do endométrio, tecido que recobre internamente útero, se desprendem e saem através da vagina.

A cada ciclo menstrual, que pode variar entre 24 e 35 dias (média de 28 dias), o útero se prepara para receber um embrião. Estimulados pelos hormônios estrógenos e progesterona, o endométrio se desenvolve e torna-se apto para a implantação do embrião. Caso não haja fertilização, os níveis de progesterona diminuem e o endométrio descama. Essa camada de tecido que se desprende é eliminada em forma de menstruação, que possui, em média, volume de 50 a 150 mL.

Tensão Pré-Menstrual (TPM)

A Tensão Pré-Menstrual (TPM) afeta milhões de mulheres em todo o mundo. Ela é descrita como um conjunto de alterações emocionais, físicas e cognitivas que ocorrem durante o período menstrual. Pesquisas indicam que até 80% das mulheres relatam ter alguns desses sintomas ao longo da vida. A TPM pode começar na adolescência e continuar até

a chegada da menopausa.

Ao longo do ciclo menstrual, os hormônios sexuais femininos, estrógenos e progesterona, tem sua concentração no sangue alterada. Essas modificações hormonais são responsáveis por preparar o corpo da mulher para uma possível gravidez, como descrito acima.

Geralmente nos dias que antecedem a menstruação, as mulheres percebem alguns sintomas de modificações em seu corpo e comportamento. Esses sinais configuram a TPM. Para cerca de 3% a 8% das mulheres esses sintomas são muito mais graves, provocando importantes prejuízos no relacionamento social, profissional e familiar. Podem ocorrer grandes modificações no humor, ansiedade, irritabilidade, dificuldade de concentração, cansaço, alterações no sono e alimentação, entre outros sintomas físicos como dor nas mamas, inchaço no corpo e dor de cabeça. Nestes casos, uma forma mais intensa da TPM pode estar se manifestando, o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM).

As causas do TDPM ainda não estão completamente esclarecidas. Porém, pesquisas indicam que um conjunto de fatores podem contribuir para seu aparecimento. Entre eles estão a

alimentação, fatores sociais e hormonais. Os hormônios femininos desencadeiam um grande número de eventos no corpo das mulheres, e alterações nessa cadeia de eventos parecem estar relacionada aos sintomas da TDPM.



Figura 14: Sintomas da TPM.

Gravidez e a pausa na menstruação

Para que uma mulher engravide é necessário que ocorra implantação do embrião no útero, iniciando a gravidez.

Quando isso acontece, o corpo da mulher continua a produzir hormônios para manter o endométrio desenvolvido e, assim, nutrir o embrião e permitir que a gravidez continue. Nesta fase, a mulher deixa de menstruar porque a camada do endométrio responsável por alimentar o embrião não descama. Caso isso aconteça, ocorrerá um aborto.

Geralmente no primeiro trimestre da gravidez podem ocorrer pequenos sangramentos, o que leva algumas mulheres a confundi-los com o período menstrual. É importante lembrar que durante a gravidez a mulher não menstrua. Há sangramentos que não oferecem riscos à evolução da gravidez, entretanto, pode haver situações mais graves em que existam riscos de um aborto espontâneo. Portanto, caso aconteça algum tipo de sangramento é importante procurar um médico para identificar sua causa e proteger a saúde da mãe e do bebê.

Vagina

Localizada entre a bexiga urinária e o reto, a vagina é um canal tubular muscular recoberto por uma mucosa e é responsável pela comunicação entre o útero e o pudendo feminino (vulva). Forma o canal para o parto, permite a passagem do fluxo menstrual e recebe o pênis durante o ato sexual.

Possui aproximadamente 10 cm de comprimento em repouso. Por ser elástica, quando excitada, a vagina pode alcançar cerca de 16 cm de comprimento.

A vagina tem um pH ácido. Isso protege a mulher por dificultar o crescimento de micro-organismos e evitar infecções. Porém, essa acidez também é prejudicial aos espermatozoides. Para superar essa dificuldade, os líquidos que formam o sêmen possuem pH alcalino, o que permite aos espermatozoides ultrapassar o canal vaginal e chegar ao útero sem sofrer danos.

Na abertura da vagina para o exterior, há uma prega mucosa chamada hímen. Esse tecido reduz o espaço de abertura da vagina e costuma ser rompido na primeira relação sexual. Por ser rico em vasos

A Saúde Sexual no Contexto Escolar

sanguíneos, ao se romper pode causar algum sangramento. É importante salientar que existem diferentes tipos de hímen e que nem todas as mulheres sagram na primeira relação sexual.

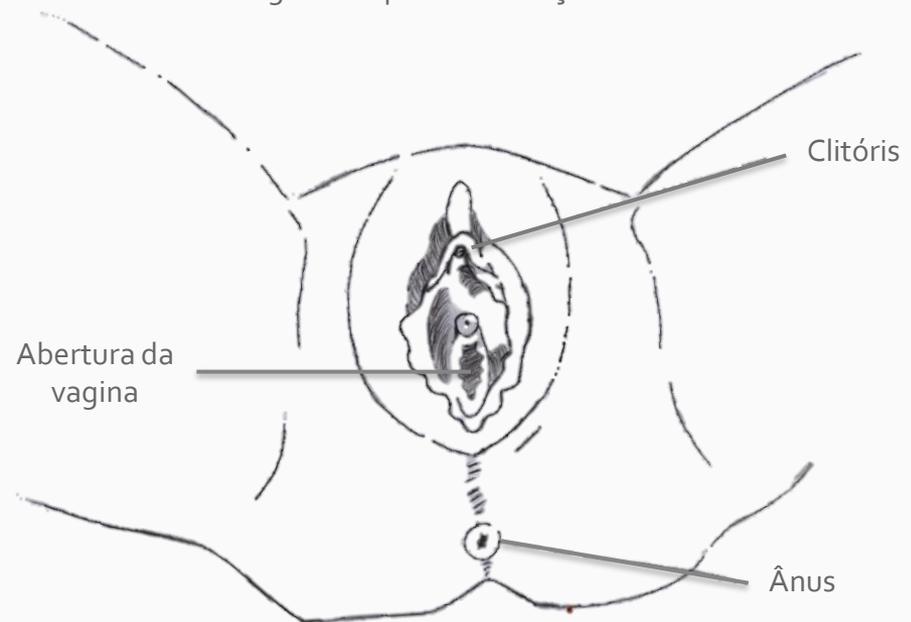


Figura 15: Visão externa do aparelho reprodutor feminino.

Pudendo Feminino

Os órgãos genitais externos das mulheres recebem o nome de pudendo feminino. É composto pelo monte do púbis, grandes e pequenos lábios do pudendo, o clitóris e, entre os lábios menores, a abertura da vagina e da uretra para o exterior. Também estão presentes várias glândulas que produzem muco e promovem a lubrificação da vagina quando a mulher está excitada.

O clitóris

O clitóris é um órgão de importante função no prazer sexual feminino. Localiza-se na parte superior de onde os pequenos lábios do pudendo se unem e é recoberto por uma proteção de pele chama prepúcio do clitóris. É um órgão muito rico em terminações nervosas e, por isso, bastante sensível. A parte exposta do clitóris é denominada glândula. Este órgão, assim como o pênis, também aumenta de tamanho quando estimulado sexualmente.

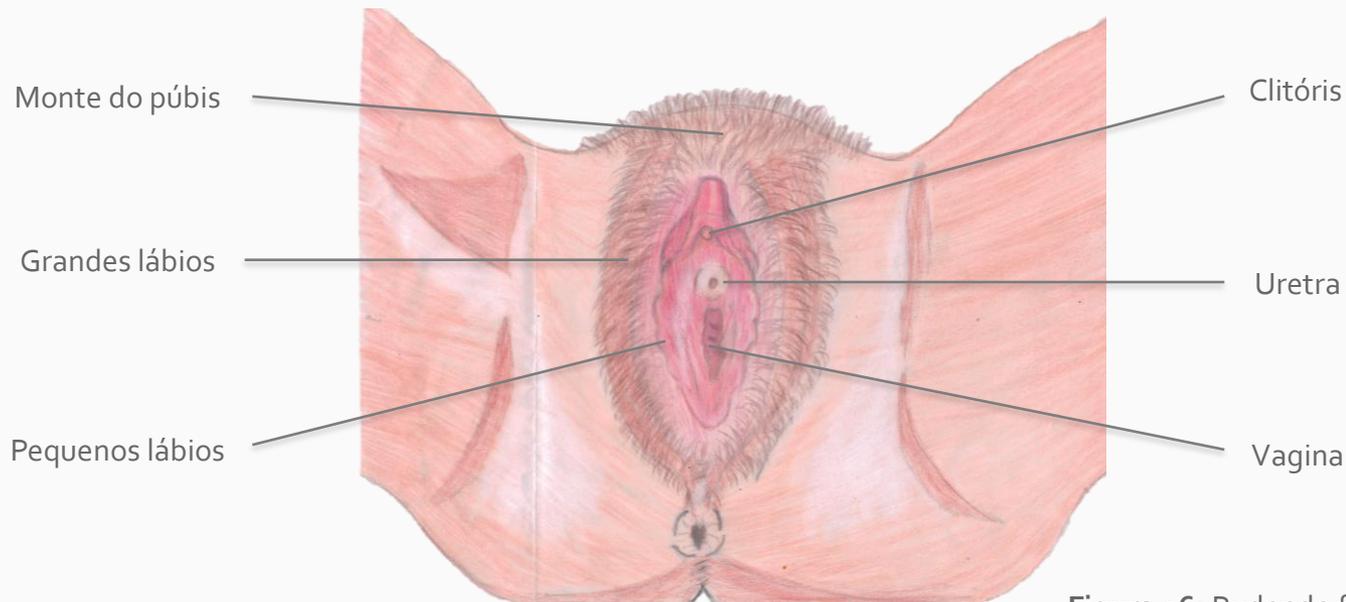


Ilustração: OLIVEIRA, 2019.

Figura 16: Pudendo feminino.

Bibliografia consultada

DEPREZ, L. D. **Tumores do testículo: implicações na fertilidade masculina.** 2013. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/81111>. Acesso em: 15 Abr. 2019.

DUARTE, M. de F. da S. **Physical maturation: a review with special reference to Brazilian children.** Cadernos de saúde publica, v. 9, p. S71-S84, 1993. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X1993000500008&lng=pt&tlng=en. Acesso em: 15 Abr. 2019.

FONSECA, J.; ALMEIDA, M. **Doença De La Peyronie e Curvatura Congênita Do Pênis.** In: FORTUNATO, A. O. S. F. B.; FIGUEIREDO, A. R. C. Manual de Medicina Sexual: Visão Multidisciplinar: Lisboa: Sociedade Portuguesa de Andrologia, 2014. p.133-147. Disponível em: <http://www.spandrologia.pt/Pdfs/Publicacoes/manualdemedicinasexual.pdf>. Acesso em: 16 Abr. 2019.

FONSECA, Z. A. de S. A. et al. **Avaliação dos mitos e tabus sexuais entre jovens de 18 a 29 anos no estado do Rio Grande do Norte.** Revista de Ciências Médicas e Biológicas, v. 10, n. 2, p. 153-156, 2011. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/viewFile/5041/4168>. Acesso em: 15 Abr. 2019.

GIAMI, A.; NASCIMENTO, K. C. do; RUSSO, J.. **Da impotência à disfunção erétil: destinos da medicalização da sexualidade.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 19, p. 637-658, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 Abr. 2019.

LOURENÇO, B.; QUEIROZ, L. **Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência.** Revista de Medicina, v. 89, n. 2, p. 70-75, 19 jun. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v89i2p70-75>. Acesso em: 17 Abr. 2019.

NEVES, G. et al. **Agentes dopaminérgicos e o tratamento da disfunção erétil.** Quím. Nova, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 949-957, Dec. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422004000600020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 Abr. 2019.

PEREIRA, P. C. **Educação sexual familiar e religiosidade nas concepções sobre masturbação de jovens evangélicos.** 2014. 151 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências e Letras (Campus de Araraquara), 2014. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/115803>. Acesso em: 18 Abr. 2019.

RIOS L. T. M. et al. **Anormalidades do primeiro trimestre da gravidez:** ensaio iconográfico. Radiol Bras. 2010;43(2):125-132. Disponível em: http://www.rb.org.br/detalhe_artigo.asp?id=951&id_ioma=Portugues. Acesso em: 18 abr. 2019.

SARRIS, A. et al. **Fisiopatologia, avaliação e tratamento da disfunção erétil: artigo de revisão.** Revista de Medicina, v. 95, n. 1, p. 18-29, 21 jul. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v95i1p18-29>. Acesso em: 18 Abr. 2019.

SOUZA, C. A. de et al. **Importância do exercício físico no tratamento da disfunção erétil.** Rev Bras Cardiol, v. 24, n. 3, p. 180-185, 2011. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_03/a_2011_v24_n03_o6import.pdf. Acesso em: 18 Abr. 2019.

TORTORA, Gerard. J.; DERRICKSON, Bryan. **Princípios de Anatomia e fisiologia.** 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

transplante profundidade
espermatozoide produzem
Até principal mulher curar
possível feminina intensificar cirurgia
alimentação homem sêmen
homens **espermatozoides**
influencia apenas **pênis** líquido erétil
algo idosos Problemas **idade** sintomas

Capítulo 2

Métodos Contraceptivos

vagina possuir filhos **que** deficiência gosto corpo
relação testículo **Existe** aparelho sexual
cresce conter **alguma** TPM fimose
grávida **alguma** masculino
podem reprodução ejaculação
liberado pré-ejaculatório menstrua
forma menstruamos atrapalha
produzido disfunção
masturbação

Métodos contraceptivos

A preocupação com a contracepção tem sido descrita desde a antiguidade. Há relatos gregos, romanos e egípcios de milhares de anos sobre métodos para evitar a gravidez e infecções sexualmente transmissíveis (IST). De extratos de plantas a excrementos de animais, várias foram as maneiras utilizadas para planejar o momento de se ter um filho. A história dos preservativos também é antiga e desdobra-se desde o uso de vísceras de animais e tampões vaginais de linho até a invenção da borracha e dos preservativos modernos.

Porém, foi com a invenção da pílula anticoncepcional, na década de 1960, que aconteceu uma revolução no planejamento familiar. As mulheres puderam controlar com maior eficiência o número de filhos que desejavam ter e o momento em que a gravidez ocorreria. As décadas seguintes observaram o surgimento de vários outros anticoncepcionais, entre eles o diafragma, o dispositivo intrauterino e os implantes. Atualmente, existem várias opções de métodos contraceptivos (MC) disponíveis para a escolha das pessoas.

Os métodos contraceptivos são recursos utilizados para evitar a paternidade/maternidade não planejada. São classificados em naturais, de barreira, dispositivo intrauterino (DIU), hormonais, definitivos e os de emergência. Há os que são reversíveis, como a pílula anticoncepcional, e os irreversíveis, como por exemplo,



Ilustração: CORREA, 2019.

Figura 1: Representação dos métodos contraceptivos.

a laqueadura. Os métodos reversíveis permitem que a gravidez ocorra quando sua utilização é interrompida. Já os irreversíveis provocam esterilidade, tornando a gravidez impossível na maioria dos casos. Podem ser utilizados por homens e mulheres de acordo com suas características.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) possui um Programa de Planejamento Familiar que visa oferecer informações para orientar os usuários sobre os anticoncepcionais de modo que possam escolher livremente o MC a ser utilizado. Além de informações, o programa oferece gratuitamente métodos anticoncepcionais e a contracepção de emergência à população.

Através da rede pública, os usuários podem obter ajuda para planejar sua vida reprodutiva da maneira que considere mais adequada. Alguns MC só são encontrados na rede privada. Hoje, os MC são considerados bastante seguros quando utilizados de maneira correta. Auxiliam os casais na decisão sobre o melhor momento para a concepção e, no caso da camisinha, protegem contra as IST.



Ilustração: CARMO, 2019.

Figura 2: Contracepção .

Classificação dos Métodos Contraceptivos

Os métodos comportamentais ou naturais incluem a tabelinha, temperatura basal, muco cervical (Billings), sintotérmico e o coito interrompido. Entre os medicamentosos temos as pílulas, anel vaginal, injetáveis, implantes subdérmicos e adesivos. O dispositivo intrauterino (DIU) é o exemplo de método intrauterino, enquanto a laqueadura e vasectomia são os métodos cirúrgicos.

Entre os métodos contraceptivos, apenas as camisinhas masculina e feminina evitam, ao mesmo tempo, a gravidez e as IST. Os outros métodos apenas impedem a gravidez.

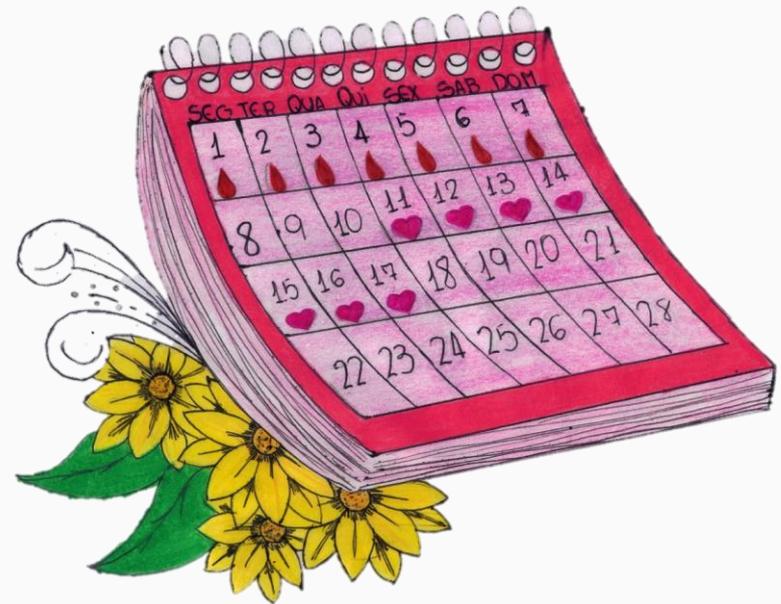


Figura 3: Ciclo menstrual.

Métodos comportamentais

Os métodos comportamentais são baseados na observação do ciclo reprodutivo feminino, na abstinência sexual e em atitudes tomadas durante o sexo que reduzem as chances de uma gravidez indesejada. As mudanças fisiológicas no corpo feminino são os principais sinais indicativos da fertilidade e da necessidade de ações preventivas. São métodos com elevado índice de falha, uma vez que a regularidade e o bom conhecimento do ciclo reprodutivo feminino são fundamentais para elevar sua eficácia.

Tabelinha

O método da tabelinha ou calendário consiste em acompanhar o ciclo reprodutivo feminino de modo a identificar seu período fértil, ou seja, o momento em que a mulher está apta a engravidar. Pode ser utilizado

por casais que desejam ter filhos ou por aqueles que pretendam evitar a gravidez. Para ser adotado é necessário que o ciclo menstrual seja regulado e conhecido. Mulheres com ciclos menstruais desregulados não devem optar por este método, uma vez que não é possível prever o momento em que a ovulação ocorrerá e, portanto, evitar a gravidez.

O ciclo menstrual deve ser acompanhado por um período mínimo de seis meses e atualizado mensalmente. O 1º dia da menstruação é o início de um novo ciclo. O período entre uma menstruação e outra demonstra a duração do ciclo. Um período menstrual padrão possui 28 dias (média da população em geral), porém pode variar em valores menores de 25 e maiores de 30 dias. Conhecer essa flutuação é fundamental.

Para calcular o período fértil, deve-se observar o menor e o maior ciclo por período mínimo de seis meses. Da duração do menor ciclo, deve-se subtrair 18 dias e do maior, 11 dias. Por exemplo, se neste período

uma mulher tiver como período mais curto um ciclo de 26 dias e mais longo de 30 dias, teremos: $26 - 18 = 8$ e $30 - 11 = 19$. Entre os dias 8 e 19 do ciclo reprodutivo, a mulher estará em seu período fértil.

Durante o período fértil, para evitar a gravidez, deve-se optar pelo uso de métodos de apoio como a camisinha ou evitar relações sexuais vaginais. O coito interrompido ou o uso de espermicidas também podem ser utilizados. Entretanto, os últimos possuem menor eficácia.

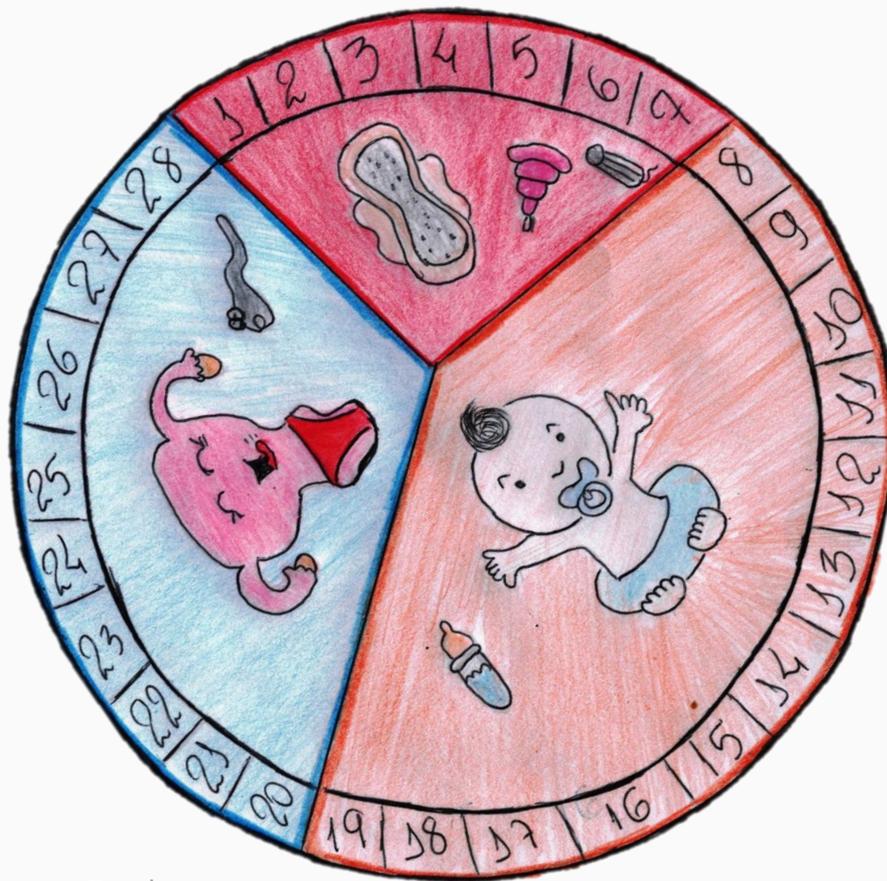


Figura 4: Calculando o período fértil.

Ilustração: C. de OLIVEIRA, 2019.

Muco cervical ou Billings

O método Billings baseia-se na percepção das modificações na aparência e consistência do muco cervical. O muco, que pode ser percebido pela umidade que confere ao canal vaginal, é produzido no colo do útero. Ele sofre influência dos hormônios femininos e muda ao longo do período menstrual. São essas mudanças que indicam o período fértil.

O muco tem aspecto característico no período pré-ovulatório, ovulatório e pós ovulatório.

No período pré-ovulatório, logo após a menstruação, há pouco muco (vagina seca). Sua acidez e viscosidade reduzem a mobilidade dos espermatozoides, impedindo sua passagem. Este muco é chamado de infértil ou muco do tipo farinha por ser espesso e possuir coloração esbranquiçada. Essa secreção pode permanecer com essas características por dias. Neste momento do ciclo, a mulher não está em seu período fértil.

Ao longo do período ovulatório a aparência do muco se transforma (vagina úmida). A produção aumenta e este torna-se mais pegajoso. Apesar de ainda esbranquiçado, é possível perceber diferenças em relação ao estágio anterior. Essa mudança representa o início do período fértil da mulher.



Figura 5: Contracepção através do método Billings.

O muco continua mudando indicando que a ovulação está prestes a ocorrer. Sua cor passa para próximo de transparente e sua viscosidade alcança seu ponto máximo. O muco adquire caráter escorregadio e é possível esticá-lo entre os dedos. É frequentemente comparado à clara de ovo cru. Este é o chamado muco fértil ou filante. Neste momento, a mulher está no seu dia mais fértil do ciclo.

Já no período pós-ovulatório, o muco vai se modificando do aspecto filante para retornar ao do tipo infértil. Volta a engrossar, diminui em quantidade e sua cor volta para próximo de branco. Neste momento a mulher não corre risco de engravidar.

Para fazer uso do Método Billings é necessário que as mulheres observem e reconheçam os sinais e as mudanças que seu corpo apresenta ao longo de seu ciclo reprodutivo. A partir dessas observações, é possível utilizar métodos naturais de contracepção em seu planejamento familiar.

Coito interrompido

O método do coito interrompido consiste em retirar o pênis da vagina da mulher antes da ejaculação ocorrer. É fundamental manter o sêmen fora de contato com os genitais da mulher, mesmo na parte externa. Este método também é conhecido

como “tirar na hora” ou “gozar fora”.

Para utiliza-lo, o homem tem que ter controle sobre a ejaculação, conseguindo sentir quando a ejaculação estiver para acontecer. Homens com ejaculação precoce ou que ainda não tenham o domínio sobre a ejaculação não devem recorrer a esse método.

Caso o homem tenha ejaculado recentemente, recomenda-se urinar e limpar bem o pênis. Isso reduzirá a chance de algum espermatozoide residual entrar em contato com a vagina da mulher.

Quando o homem consegue retirar o pênis da vagina antes de ejacular, espera-se que a cada 100 mulheres, quatro engravidem. Se o método não for utilizado de forma correta, o número de mulheres grávidas sobe para cerca de 20 em cada 100. Isso faz com que este seja um dos métodos anticoncepcionais menos eficientes.

Caixinha da Dúvida!

[O coletor menstrual é um método contraceptivo?](#)

Métodos hormonais

Os métodos hormonais são baseados na utilização de substâncias sintéticas similares aos hormônios sexuais femininos, o estrogênio e a progesterona. A administração desses compostos altera o ciclo reprodutor feminino impedindo que a ovulação, fecundação ou implantação do embrião ocorra. São exemplos de métodos hormonais as pílulas, implantes subdérmicos, injeções e adesivos.

Pílula anticoncepcional

As pílulas anticoncepcionais, conhecidas como anticoncepcionais orais, são medicamentos que evitam a gravidez não planejada. Feitas a base de hormônios sintéticos semelhantes aos hormônios sexuais femininos, há pílulas anticoncepcionais combinadas, que possuem hormônios progesterona e estrógenos e pílulas com apenas progesteronas, também chamadas de minipílulas.



Figura 6: Métodos hormonais.

Ilustração: ZUCHETO, 2019.

As pílulas combinadas agem impedindo que a mulher ovule. Para isso, devem ser tomadas diariamente, assim, menos de uma mulher a cada 100 engravidariam. Quando há esquecimento, o índice de falha sobe para cerca de oito mulheres a cada 100.

As minipílulas são indicadas para mulheres que estejam amamentando ou não estejam usando método à base de estrógenos. Esse tipo de pílula, além de impedir a ovulação, faz com que o muco cervical torne-se mais espesso dificultando a passagem dos espermatozoides. O índice de falha é de menos de um caso a cada 100 mulheres que esteja amamentando e fazendo o uso correto deste anticoncepcional. Havendo esquecimento, a taxa chega a uma mulher grávida para cada 100.

Em mulheres que não estão amamentando, mas façam uso correto da pílula, o índice de falha é considerado baixo e chega a nove a cada 1000 mulheres. Se esquecimentos ocorrerem ou forem utilizadas de forma incorreta, o número de mulheres que engravidam fica entre três e dez a cada 100.

Os anticoncepcionais orais são seguros e uma importante fonte de planejamento familiar. Devem ser tomadas com orientação médica e da maneira correta para potencializar sua eficiência.

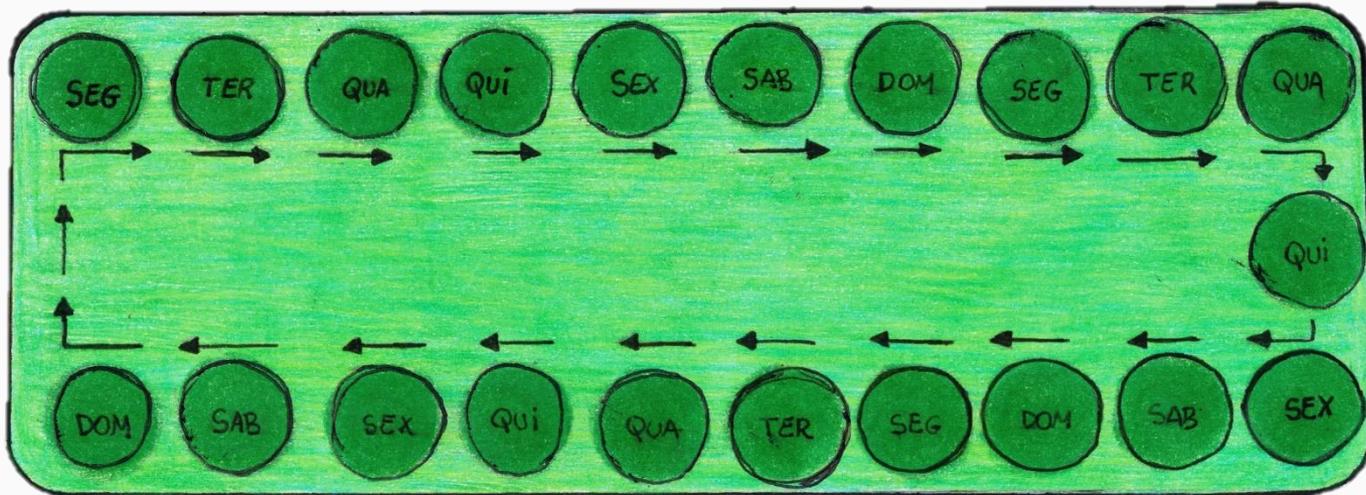


Figura 7: Pílula anticoncepcional.

Ilustração: CORREA, 2019.

Trocando de pílula

Para iniciar o uso da pílula ou sua substituição por outra, o ideal é consultar o médico. Em caso de troca, o profissional investigará os motivos que levam ao desejo de troca e orientará na escolha do novo contraceptivo.

Seguindo as recomendações médicas, os riscos de gravidez durante a troca do contraceptivo oral permanecem os mesmos do uso continuado, ou seja, a mulher poderá trocar de anticoncepcional sem elevar os riscos de gravidez.

As pílulas e o câncer

Todos os medicamentos possuem efeitos colaterais. Entretanto, a pílula é considerada bastante segura e os riscos de complicações mais graves são bastante baixos.

Em relação ao câncer, pesquisas indicam que o uso dos contraceptivos orais aumenta a proteção contra os cânceres de ovário e endométrio. Em relação ao câncer de mama, os dados não são conclusivos. Entre usuárias há mais de 10 anos das pílulas anticoncepcionais e mulheres que nunca a utilizaram, não há diferença entre o risco de

desenvolvimento do câncer de mama.

Porém, quando comparadas mulheres que fazem uso atual de pílulas e as que já fazem uso há pelo menos 10 anos, há risco ligeiramente maior de desenvolvimento desse tipo de câncer nas que utilizam há mais tempo. Entretanto, os estudos não podem afirmar que foi o uso do anticoncepcional que elevou o risco desse tipo de câncer.

O câncer cervical, também chamado de câncer do colo do útero, é causado por alguns tipos do vírus papilomavirus humano, o HPV. Na maioria das pessoas, o próprio organismo consegue combater e eliminar o vírus. Quando a infecção é persistente, pode ocasionar o desenvolvimento do câncer. Nesses casos, o uso da pílula anticoncepcional pode acelerar o desenvolvimento da infecção para o câncer de colo do útero.

Injeções anticoncepcionais

O anticoncepcional injetável mensal, popularmente conhecido como “injeção” é composto com hormônios sintéticos semelhantes aos hormônios naturais da mulher, o estrogênio e a progesterona.

Deve ser administrada a cada 04 semanas para impedir a ovulação e que a mulher engravide.

Se a mulher não estiver grávida, o método pode ser iniciado a qualquer momento desde que observados alguns critérios. Se a primeira injeção for aplicada em até sete dias após o início da última menstruação, não há necessidade de uso de outro método contraceptivo de apoio. Porém, se a injeção for realizada após o período de sete dias, é necessária a utilização método de apoio por sete dias após a injeção. Neste tempo, o casal pode deixar de ter relações sexuais, usar camisinha ou métodos com espermicidas, por exemplo, para evitar uma gravidez não planejada.

Utilizada da maneira correta, os injetáveis mensais são bastante seguros. Espera-se que menos de uma em cada 100 mulheres engravide seguindo essas orientações. Se os critérios não forem obedecidos este número sobe para três mulheres a cada 100.

A injeção pode ser adiantada ou atrasada em até sete dias sem prejuízo a eficácia do método, porém, é recomendado que sejam aplicadas a cada quatro semanas de modo a minimizar as chances de falha.

Pílula do dia seguinte

As pílulas anticoncepcionais de emergência, também conhecidas como pílula do dia seguinte, são medicamentos a base de compostos semelhantes aos hormônios femininos estrógeno e progesterona. Agem impedindo ou retardando a ovulação, de modo a evitar que a mulher engravide.

A pílula deve ser utilizada em até 72h após a relação desprotegida. Havendo esse cuidado, as chances de gravidez são de cerca de até duas mulheres a cada 100 que fizeram uso desse método.

É importante lembrar que a pílula do dia seguinte só evita a gravidez quando a relação sexual ocorreu antes do uso e dentro do período determinado. Relações sexuais que ocorram após o uso da pílula não estarão protegidas. Portanto, outros métodos contraceptivos devem ser utilizados para que uma gravidez indesejada não ocorra.

Caixinha da Dúvida!

[A menina deve tomar pílula do dia seguinte se já fizer uso da pílula anticoncepcional?](#)

Métodos de barreira

Os métodos de barreira são aqueles que impedem a entrada dos gametas masculinos no interior do útero e tubas uterina ao estabelecer uma barreira física entre eles. Estão entre esses métodos a camisinha masculina e feminina, o diafragma e o capuz cervical. A camisinha, além de evitar a gravidez também protege contra as IST.

Camisinha

As camisinhas masculinas e femininas estão disponíveis gratuitamente no SUS do Brasil e são métodos eficientes na prevenção da gravidez indesejada e de IST. A camisinha masculina é distribuída gratuitamente desde 1994, sendo amplamente conhecida pela população além de ser encontrada facilmente em estabelecimentos comerciais para compra.



Figura 8: Com que roupa?

Conversando com o parceiro sobre a camisinha

Em comparação, o preservativo feminino só começou a ser distribuído pelo SUS a partir do ano 2000 e possui menor rede de distribuição. Apesar de estudos indicarem que a camisinha feminina é conhecida por boa parte das mulheres, seu uso ainda é considerado baixo.

Em 2016, o Ministério da Saúde disponibilizou 375 milhões de preservativos masculinos na rede pública de saúde para a população, enquanto apenas cerca de 10 milhões de camisinhas femininas foram distribuídas.

A enorme diferença na distribuição gratuita entre os preservativos masculinos e femininos e o baixo uso do segundo podem explicar a menor disponibilidade desse método contraceptivo. Entretanto, é importante frisar que ambos são seguros e devem fazer parte das opções dos casais. O diálogo entre os pares pode ajudar a escolher o método mais adequado às necessidades do casal, garantindo que possam planejar sua vida reprodutiva e se protegerem de IST.

O diálogo é parte fundamental de uma boa relação entre o casal. Isso inclui, obviamente, o planejamento conjunto dos métodos contraceptivos que usarão e a contribuição de cada um para que o resultado seja alcançado.

Conversar com o parceiro antes de começar a ter relações sexuais contribui para aumentar as chances de uso do preservativo. É importante esclarecer as dúvidas para evitar que mitos sobre a camisinha acabem influenciando a rejeição pelo companheiro.

Os homens costumam alegar que a perda da sensibilidade, dificuldade em manter a ereção ou algum incômodo são as razões para que a camisinha seja deixada de lado. Conhecer os dados sobre o uso do preservativo pode ajudar a superar essa resistência.

Quando utilizada de maneira correta, a camisinha pode prevenir a gravidez em 98% dos casos e em até 95% à contaminação pelo HIV. Conversar sobre os diferentes tipos de camisinha também é bastante útil. Há diferentes modelos no mercado,

variando em tamanho, material, textura, sabor e outros fatores que podem tornar seu uso facilitado.

O importante é que o casal se mantenha informado e dialogue sempre. Usar camisinha em um relacionamento estável não significa desconfiança no parceiro, mas sim uma maneira de evitar uma gravidez indesejada ou a contaminação por alguma IST existente.

Métodos cirúrgicos

Os métodos contraceptivos cirúrgicos, como a laqueadura e a vasectomia, estão entre os mais seguros existentes. Se realizados corretamente, possuem baixo índice de falha.

Vasectomia

A **vasectomia** é o método de esterilização masculina permanente. Consiste em bloquear a passagem dos espermatozoides e sua liberação através da ejaculação. É um procedimento simples em que

homens maiores de 25 anos ou que possuam, pelo menos, dois filhos vivos podem realizar e, assim, evitar bebês não planejados.

Para realizar a vasectomia, um pequeno corte é realizado no escroto (saco). Através dessa incisão, os canais (ductos deferentes) que conduzem os espermatozoides serão cortados e amarrados ou cauterizados. Dessa forma, a passagem do espermatozoide é impedida e a ejaculação não terá gametas, somente o líquido seminal.

É importante destacar: a vasectomia não afeta o desempenho sexual do homem. A ejaculação continuará a ocorrer, apenas não possuirá espermatozoides e, por isso, não poderá ocorrer a gravidez. A ereção, os testículos, o desejo sexual ou qualquer outra característica masculina permanecerá igual.

Este método permite ao homem maior autonomia sobre o planejamento familiar. A vasectomia é um dos métodos mais seguros que temos disponíveis. A ausência de espermatozoides no sêmen se dá após cerca de 20 ejaculações. É necessário realizar um espermograma para verificar a inexistência de gametas na ejaculação. Quando o procedimento é realizado corretamente e o paciente segue as orientações médicas, o índice de gravidez é de um caso a cada 1000. Caso o homem não tenha realizado exames para avaliar a existência de

espermatozoides no sêmen ou não tenha utilizado outros métodos contraceptivos após a cirurgia, a taxa de falha sobe, mas não chega a dois casos a cada 1000. Após 03 anos da realização do procedimento, a ocorrência de gravidez pode chegar a quatro casos a cada 1000, porque os canais cortados podem crescer e voltar a se ligar.

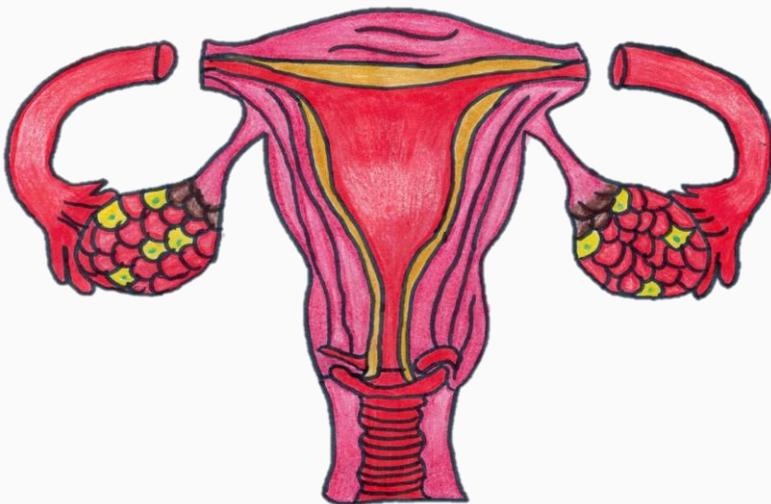


Figura 9: Corte das tubas uterinas.

Laqueadura

A laqueadura, também conhecida como ligadura tubária, é um processo de esterilização feminina permanente. É um dos métodos contraceptivos mais seguros que existem, apresentando índices de falha menores do que 01 a cada 100 mulheres. Pode ser realizada por mulheres maiores de 25 anos ou que possuam pelo menos 02 filhos vivos.

A laqueadura consiste no corte ou bloqueio das tubas uterinas. Este procedimento, realizado cirurgicamente, impede que o ovócito e os espermatozoides se encontrem, evitando a fecundação e uma possível gravidez.

Mesmo após 10 anos da realização da cirurgia, a eficiência do método permanece elevada. Apenas cerca de duas mulheres a cada 100 engravida.

A laqueadura não enfraquece a mulher ou altera seu ciclo menstrual. Também não causa dores no corpo ou modifica o desejo sexual feminino. Essa cirurgia não possui efeitos colaterais conhecidos e é segura para as mulheres.

Eficácia dos Métodos Contraceptivos

Tornar-se pai ou mãe sem planejamento pode ser um grande desafio para a maioria das pessoas. Por isso, diferentes métodos contraceptivos podem ajudar na escolha do melhor momento para ter um bebê.

Anticoncepcionais modernos são bastante seguros, porém não podemos dizer que sejam infalíveis. A maneira em que são usados influencia em sua eficiência, podendo aumentar ou diminuir as chances de uma gravidez ocorrer. A laqueadura, vasectomia e o Dispositivo Intrauterino (DIU) são considerados muito eficazes, pois apresentam baixo índice de falha. O mesmo pode-se dizer da pílula anticoncepcional quando utilizada de acordo com as orientações médicas.

Tabela 1: Casos de gravidez por 1000 mulheres com uso de métodos contraceptivos oferecidos pelo SUS.

Método de planejamento familiar	Casos de gravidez no 1º ano de uso	
	Uso correto	Uso comum*
Vasectomia	01	Menos de 02
Laqueadura	05	05
DIU com cobre	06	08
Injetáveis mensais	Menos de 01	30
Injetáveis trimestrais	02	40
Pílula anticoncepcional combinada	03	70
Minipílula	03	70
Camisinha masculina	20	130
Diafragma com espermicida	160	170
Camisinha feminina	50	210

Por outro lado, o coito interrompido pode apresentar índice de falha bastante superior, não sendo considerado seguro.

Entender o funcionamento de cada um é muito importante para escolher o melhor método a ser utilizado para cada casal, e a consulta ao médico é fundamental nesse processo.

A tabela 1 demonstra a eficácia dos métodos anticoncepcionais disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: Adaptado. WHO (2018). *Método não utilizado conforme as orientações.

Os métodos contraceptivos que não estão disponíveis no SUS e os classificados como comportamentais são indicados na tabela 2.

Tabela 2: Casos de gravidez por 1000 mulheres com uso de métodos contraceptivos não oferecidos pelos SUS/comportamentais.

Método de planejamento familiar	Casos de gravidez no 1º ano de uso	
	Uso correto	Uso comum*
Implantes	01	01
DIU hormonal	05	07
Adesivo combinado	03	70
Anel vaginal	03	70
Coito interrompido	40	200
Métodos baseados no calendário/sintomas	30	230
Nenhum método	850	850

Fonte: Adaptado. WHO (2018). *Método não utilizado conforme as orientações.

Os métodos mais seguros para evitar a gravidez são o implante, a vasectomia e a laqueadura. Todos apresentam eficácia elevada se realizados de maneira correta.

Para evitar as IST, apenas as camisinhas masculina e feminina são indicadas. Por isso, o ideal nessas situações é combinar os métodos anticoncepcionais. Assim, estará evitando ao mesmo tempo a gravidez e as infecções sexualmente transmissíveis.

Bibliografia consultada

BRASIL, Ministério da Saúde. **Você conhece o preservativo feminino?** Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/servicos/529-17-voce-conhece-o-preservativo-feminino>. Acesso em: 12 abr. 2019.

BRASIL. **Saúde distribui meio bilhão de preservativos.** Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2012/03/saude-distribui-meio-bilhao-de-preservativos>. Acesso em: 13 abr. 2019.

COSTA, A. et al. **História do planejamento familiar e sua relação com os métodos contraceptivos.** Revista Baiana de Saúde Pública, Bahia, v. 37, n. 1, p. 74-86, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n1/a3821.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.

DOURADO, I. et al. **Revisitando o uso do preservativo no Brasil.** Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 18, n. 15, p. 63-98, set/2015. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/18935/1/Artigo%20oper%20nac.%20Ines%20Dourado%202015.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

MIRANDA-RIBEIRO, P. et al. **“É igual chupar bala com papel”: a vulnerabilidade feminina ao HIV/Aids e o uso de camisinha em Belo Horizonte e Recife.** E-book, v. 2, p. 391-416, 2015. Disponível em: <http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/ebook/article/viewFile/58/56>. Acesso em: 2 abr. 2019.

OMS. **Planejamento familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde,** 2007. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44028/9780978856304_por.pdf;jsessionid=6E3BF2575719E526EEFF82298395C733?sequence=6. Acesso em: 10 abr. 2019.

RATTI, C. R. et al. **O tabu da menstruação reforçado pelas propagandas de absorvente.** In: Intercom–Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XXXVIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação–Rio de Janeiro-RJ–4 a. 2015. Disponível em: <http://portalintercom.org.br/anais/nacional2015/resumos/R10-0436-1.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2019.

SAMPAIO, J. et al. **Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semiárido nordestino.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 1-2, mar/2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902011000100019&script=sci_abstract>. Acesso em: 11 abr. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION DEPARTMENT OF REPRODUCTIVE HEALTH AND RESEARCH (WHO/RHR) AND JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL OF PUBLIC HEALTH. **Family Planning: a global handbook for providers.** Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 mar. 2019.

Existe
descobre
certa
ovário
usando
relação
ejacular
fertil
idade
atrapalhar
possuvel
minha
que
vagina
camisinha
gravidez
chance
acontece
anal
material
mulher
existecisto

Capítulo 3

Gravidez

genéticos
diabebê
comum
veio
Transei
ejaculou
Tomar
transar
engravidar
diminuir
futura
homem
homens
ter
sexo
namorado
pílula
durante
desprotegida
chances

Gravidez

A reprodução é um processo fundamental para a manutenção das espécies, uma vez que é através dela que novos indivíduos são gerados. Nos seres humanos, a gestação tem período aproximado de 38 semanas contados a partir da fecundação ou de 40 semanas quando considerada a data da última menstruação.

A gravidez é uma época de muitas transformações físicas, fisiológicas e psíquicas para as mulheres. O casal e a família costumam se preparar para este momento, uma vez que a paternidade é um evento importante na vida de todos.

Durante a gravidez a mulher precisa ser acompanhada por médicos para garantir sua saúde e a do bebê. Condições como doenças pré-existentes, necessidades nutricionais específicas deste período e hábitos de vida que possam ser considerados de risco devem ser avaliadas durante o pré-natal. Este acompanhamento também permite identificar situações relacionadas à gestação como a diabetes gestacional, eclampsia e a hipertensão.

O pré-natal gratuito é um direito da gestante e pode ser realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).



Ilustração: FRANCISCO, 2019.

Figura 1: Gravidez.

Ciclo reprodutivo e período fértil

O período fértil é o momento do ciclo reprodutivo em que a mulher está ovulando e, portanto, capaz de ter seu gameta fertilizado. É apenas durante esse período que uma mulher pode engravidar naturalmente. Neste momento, o útero está preparado para receber o embrião (implantação), condição fundamental para que a gravidez se inicie.

É possível prever o período em que uma mulher estará fértil baseando-se em seu ciclo menstrual. Para tanto, é necessário conhecer a duração deste ciclo e sua regularidade. O ciclo reprodutivo feminino possui, geralmente, entre 24 e 36 dias, tendo média de 28 dias. Como início de um ciclo reprodutivo considera-se o primeiro dia da menstruação.

O ciclo reprodutivo feminino é dividido em quatro fases: menstrual, pré-ovulatória, ovulação e a pós-ovulatória.

A fase menstrual compreende aproximadamente 05 dias e é o momento em que a menstruação ocorre.

A fase pré-ovulatória abrange os eventos entre o fim da menstruação e a ovulação. Tem período de dias variável e é o maior responsável pela diferença entre os ciclos das mulheres. Nesta fase, o ovócito a ser liberado durante a ovulação se desenvolve. No útero, o endométrio se torna mais espesso para ser capaz de receber o embrião.

Caixinha da Dúvida!

É possível engravidar com sexo anal?

Anticoncepcionais e a gravidez

Os métodos contraceptivos hormonais são bastante conhecidos pela população e utilizados com frequência para evitar a paternidade não planejada. Relações sexuais desprotegidas podem levar a uma gravidez se ocorrer durante o período fértil da mulher. Por isso, muitos casais optam por esse método anticoncepcional.

As pílulas anticoncepcionais são bastante eficientes se utilizadas de maneira correta. As pílulas combinadas possuem substâncias sintéticas semelhantes aos hormônios sexuais femininos que impedem a ovulação. Dessa forma, a chance de gravidez é bastante reduzida.

A mulher só está prevenida quanto à gravidez enquanto estiver fazendo uso do anticoncepcional. O uso contínuo, mesmo que por anos, não resultará em dificuldades para uma futura gravidez. Quando a ingestão da pílula anticoncepcional for interrompida, a mulher volta a ter seu ciclo natural e pode engravidar naturalmente.

Os preservativos masculinos e femininos são importantes, pois, além de evitar a gravidez também previnem as infecções sexualmente transmissíveis.

O ideal é utilizar a proteção combinada de dois métodos contraceptivos. O uso da camisinha e de um anticoncepcional hormonal, por exemplo, potencializam os efeitos protetivos.

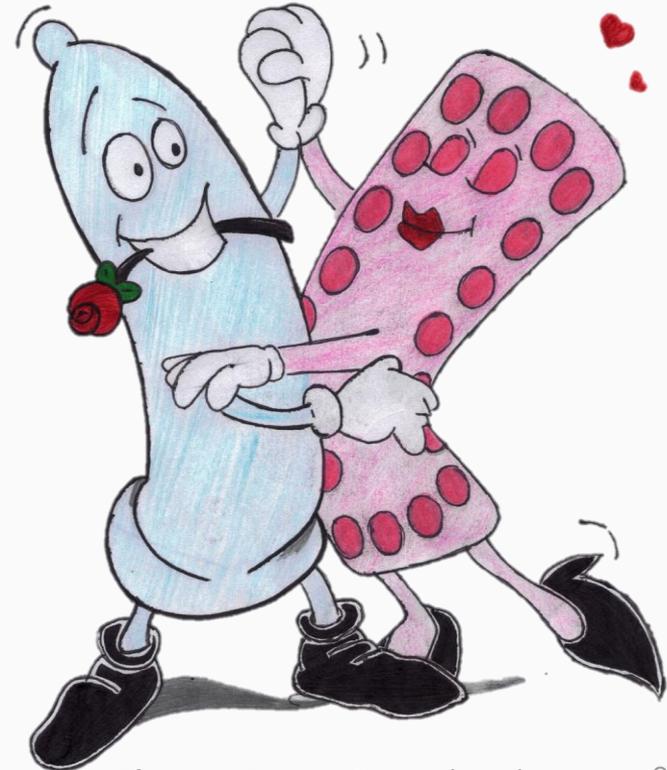


Ilustração: ZUCHETO, 2019.

Gravidez na adolescência

A taxa de fecundidade no mundo tem-se reduzido nos últimos anos. Na América Latina e Caribe, segundo a ONU, entre 2010 e 2015, o índice ficou em 2,15 nascimentos por mulher. No passado esse número chegava a quase quatro filhos por mulher.

No Brasil, os dados são ainda mais impressionantes. De acordo com o IBGE, na década de 80, a taxa de fecundidade no país era de 4,4 filhos por mulher. Em 2015, esse índice baixou para 1,72, indicando que a redução do número de filhos por mulher tem sido mais veloz em nosso país.

Entretanto, o número de [adolescentes grávidas](#) permanece elevado. Enquanto a média mundial é de aproximadamente 46 nascimentos para cada mil meninas entre 15 e 19 anos, no Brasil esse índice ultrapassa os 68 casos. Aqui, em 2017, segundo o sistema de informações DATASUS, foram registrados mais de 480 mil nascimentos entre meninas de 10 a 19 anos, o que representa 16% do total de nascidos vivos no país.

Número de nascidos vivos no Brasil.

	10-14 anos	15-19 anos	% do total de nascimentos
2013	27.989	532.002	19,4%
2014	28.244	534.364	19,0%
2015	26.700	520.864	18,2%
2016	24.135	477.246	17,6%
2017	22.146	458.777	16,5%

Fonte: DATASUS (2018).

Na América Latina, estima-se que 15% das gestações ocorram em mulheres menores de 20 anos. Isso indica que, apesar de ter diminuído o número de gestações, o Brasil ainda mantém números acima da média regional e mundial de gravidezes na adolescência. Esse número é elevado e necessita ser enfrentado.

A paternidade precoce traz diversos desafios, principalmente para as meninas. Além de impactar na vida social da adolescente, como na continuação dos estudos e em oportunidades de trabalho, os riscos para a saúde da mãe e do bebê são maiores nessa faixa etária. A mortalidade materna é uma das principais causas de mortes de meninas entre 15 e 24 anos nas Américas. A saúde do bebê também sofre maiores impactos, com chances de morte até 50% maiores do que entre nascidos de mães entre 20 e 29 anos.

O acompanhamento pré-natal é muito importante para reduzir os riscos para mãe e bebê. Infelizmente, por diversos motivos, muitas vezes a adolescente tem dificuldade em reconhecer a gravidez ou contá-la para a família, o que atrasa o início do acompanhamento e pode agravar a situação.



Figura 4: Pré-natal.

Prevenção

Boa parte do total de gestações na adolescência não foi desejada ou planejada, o que afeta de maneira importante a vida das mães. A iniciação sexual, que tem ocorrido por volta dos 13 anos de idade, associada ao desconhecimento ou não uso de métodos contraceptivos, tem contribuído para o elevado número gravidezes de adolescentes entre 15 e 19 anos. São 16 milhões de nascimentos a cada ano no mundo neste grupo. Colaboram para esses números a baixa escolaridade e renda e o conhecimento dos adolescentes sobre o uso correto dos métodos contraceptivos.

Mitos, dificuldade de diálogo com a família ou a busca de informações em fontes inseguras favorecem a permanência de comportamentos de risco entre os adolescentes.

Programas de planejamento familiar apontam para melhoras no entendimento e ação dos jovens quanto ao uso dos métodos contraceptivos e a vivência de sua sexualidade de forma saudável. Por isso, investir em educação e programas de saúde sexual e reprodutiva são importantes ações para enfrentar os elevados números de gravidezes na faixa entre 10 e 19 anos. Entretanto, é importante tratar da

sexualidade dos adolescentes de forma completa e não apenas no campo médico/biológico.

Conhecer o próprio corpo e o uso correto dos métodos contraceptivos permite aos adolescentes escolher e até combinar métodos contraceptivos para prevenir uma gravidez indesejada ou contrair uma IST.

Caixinha da Dúvida!

[Uma mulher pode engravidar de mais um homem ao mesmo tempo?](#)

Bibliografia consultada

ALVES, J. E. D. **Transição da fecundidade e relações de gênero no Brasil**. 152f. Tese (Doutorado), Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, UFMG, Belo Horizonte, 1994. Disponível em: http://www.cedeplar.ufmg.br/demografia/teses/1994/Jose_Eustaquio_Diniz_Alves.pdf. Acesso em: 02 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Departamento de Informação do SUS (DATASUS)**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acessado em 20 fev. 2019.

BERLOFI, L. M. et al. **Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar**. Acta Paulista de Enfermagem, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a11v19n2>. Acesso em: 02 jun. de 2019.

CAMARGO, E. Á. I.; FERRARI, R. A. P. **Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, p. 937-946, 2009. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000300030&script=sci_arttext&tlng=pt#ModalArticles. Acesso em 02 jun. de 2019.

COUTINHO, Emília de C. et al. **Gravidez e parto: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães?**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 48, n. spe2, p. 17-24, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00017.pdf. Acesso em: 02 jun. 2019.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. **Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo**. Paidéia (Ribeirão Preto): cadernos de psicologia e educação. Vol. 20, n. 45, (jan./abr. 2010), p. 123-131., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n45/a15v20n45>. Acesso em: 02 jun. 2019.

FREIRE, C. M. V.; TEDOLDI, C. L. **17. Hipertensão arterial na gestação**. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 93, n. 6, supl. 1, p. 159-165, Dec. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001300017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 mai. 2019.

FREITAS, F. S.; GIOTTO, A. C. **Conhecimento sobre as consequências do uso de anticoncepcional hormonal.** Revista de Iniciação Científica e Extensão, v. 1, n. 2, p. 91-95, 26 jun. 2018. Disponível em: <http://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/56>. Acesso em: 15 mai. 2019.

GIORDANO, L. A. et al. **Tumores anexiais na adolescência.** Adolescência e Saúde, v. 6, n. 4, p. 48-52, 2009. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=9. Acesso em: 02 jun. 2019.

GURGEL, M. G. I. et al. **Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 31, n. 4, p. 640, 2010. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/14939/11844>. Acesso em jun. 2019.

HIDALGO, M. M. **Cistos ovarianos funcionais em usuarias de implantes contraceptivos liberadores de etonogestrel ou levonorgestrel.** 2005. 78f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/313065>. Acesso em: 02 jun. 2019

IBGE. **Taxa de Fecundidade Total – Brasil – 2000 a 2015.** Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>. Acesso em: 10 jun. 2019.

ONU. **Taxa de gravidez adolescente no Brasil está acima da média latino-americana e caribenha.** Disponível: <https://nacoesunidas.org/taxa-de-gravidez-adolescente-no-brasil-esta-acima-da-media-latino-americana-e-caribenha/>. Acesso em: maio de 2019.

OMS/SRP e Escola Bloomberg de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação (CPC) da Universidade Johns Hopkins, Projeto INFO. **Planejamento Familiar: Um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde.** Baltimore e Genebra: CPC e OMS, 2007. Disponível em: <http://www.infoforhealth.org/globalhandbook/remindersheets/portuguese.shtml>. Acesso em: 20 mar. 2019.

SANTOS, S. C. D. et al. **Perfil das gestantes adolescentes no interior de Pernambuco.** Revista Brasileira de Educação e Saúde, Pombal-PB, v. 8, n. 3, p. 49-53, set./2018. Disponível em: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/5715/5281>. Acesso em: 28 mai. 2019.

YAZLLE, M. E. H. D. **Gravidez na adolescência.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 443-445, Aug. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000800001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 mai. 2019.

WHO/RHR and (CCP), Knowledge for Health Project. **Family Planning: A Global Handbook for Providers (2018 update).** Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em 20 mar. de 2019.

transmitir transmiti-lo indetectável
organismo contaminação
sexualmente homossexuais perspectivas
descobrir dificuldade descoberta espalhem
janela importante candidíase apresentar transmitido
oral casais pessoa sífilis médico
melhor lésbico sociedade
forma tratada pesquisas sigla outras sexuais
sobre Além evitar
camisinha HIV ISTs

Capítulo 4 Infecções Sexualmente Transmissíveis

possível cura que viver / incuráveis
formas relações IST entre sexo doenças acontecer
beijo chance prevenção olhando solução Quais contrair usando
gonorreia descobriram ainda contrai contra
Todas influenciar HIV/AIDS acompanhamento
transmitida possuem imunológica significa
companheiro transmissíveis contaminado

Infecções Sexualmente Transmissíveis

Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são aquelas transmitidas através de relações sexuais desprotegidas. Podem ser causadas por vírus, bactérias e outros microrganismos. Antigamente, chamadas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), tiveram o termo atualizado para destacar o fato de que mesmo não apresentando sintomas da doença, uma pessoa pode estar infectada por algum patógeno sexualmente transmissível.

No mundo, em 2016, mais de um milhão de pessoas foram contaminadas por uma IST curável a cada dia. Isso gerou, ao longo do ano, cerca de 376 milhões de casos. O maior número de infectados foi diagnosticado com tricomoníase, clamídia, gonorreia e sífilis.

No Brasil, o avanço dos casos de sífilis também preocupa. O país passa por uma epidemia dessa doença, tendo registrado, em 2016, mais de 87 mil casos de sífilis adquirida. Isso aponta para uma taxa de 42,5 casos para cada 100 mil habitantes, um número considerado elevado para novos casos de doenças/infecções.

Apesar do avanço da epidemia do HIV/Aids estar estabilizado no país, entre **juvems** de 15 a 24 anos os números são alarmantes. Este grupo tem apresentado crescimento no número de infectados e de detecção de Aids na última década. Em 2017,

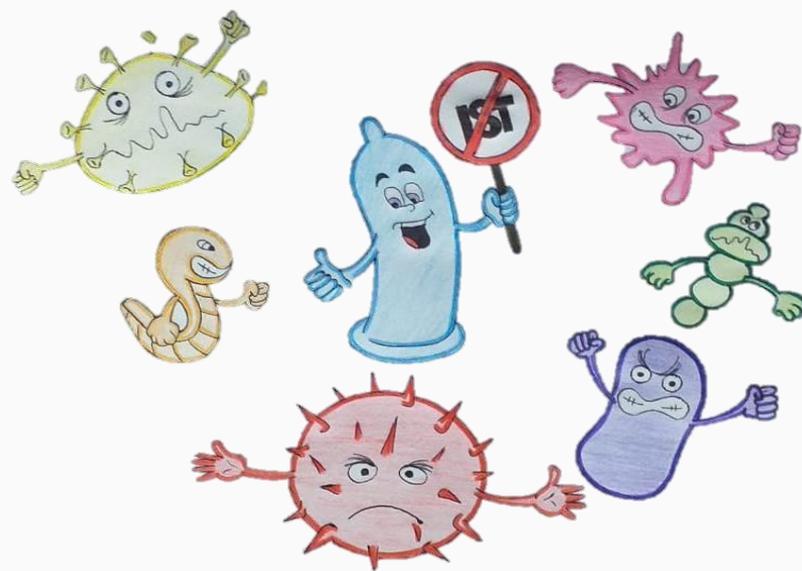


Figura 1: Camisinha x IST.

Ilustração: FRANCISCO, 2019.

o Brasil registrou mais de 42 mil casos de HIV, o que representa uma pessoa infectada a cada 15 minutos. Os homens são responsáveis por cerca de 70% do total de diagnósticos. No grupo masculino, homens que fazem sexo com outros homens (HSH) representam o maior percentual de pessoas que vivem com o vírus.

A menor preocupação com o uso dos preservativos em todas as relações sexuais pode explicar essa situação. Apesar de haver outras formas de transmissão das IST, a via sexual ainda é a principal delas. É importante conhecer os riscos da exposição a esses patógenos e quais ações podem ser tomadas para evitar ou tratar essas infecções.

Estar contaminado por alguma IST eleva as chances de transmissão do HIV, por exemplo. Por isso, exames de rotina e testagem para essas infecções são importantes. O SUS oferece os procedimentos gratuitamente.

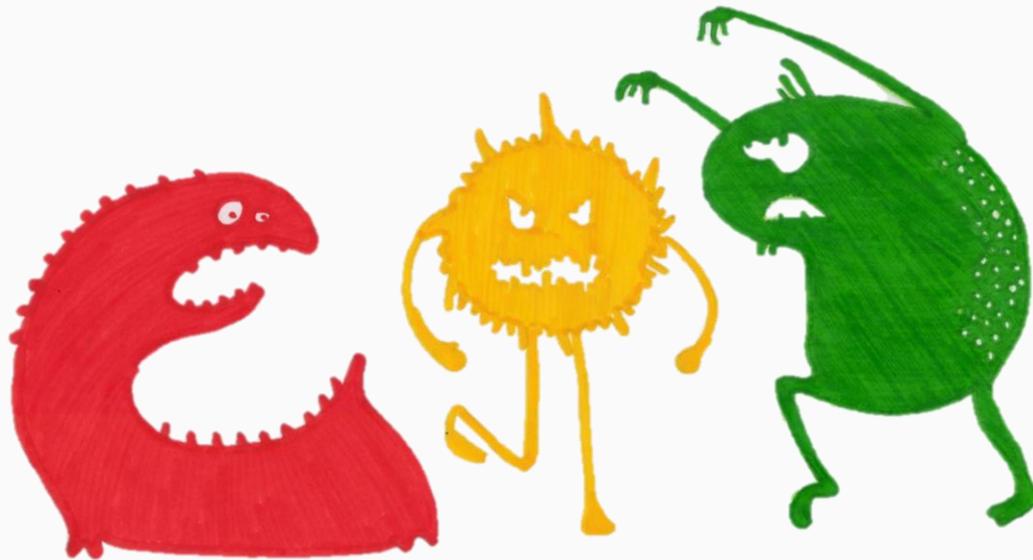


Figura 2: Microrganismos por todos os lados.

Ilustração: FRANCISCO, 2019.

HIV/AIDS

Aids é a sigla em inglês para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, doença causada pela infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

No mundo estima-se que, em 2016, 36,7 milhões de pessoas vivam com o [HIV](#) e que complicações em decorrência da AIDS tenham sido responsáveis pela morte de mais de 35 milhões de pessoas desde sua descoberta. Apesar do número de novas infecções terem sido reduzidos nos últimos anos, 1,8 milhão de pessoas foram infectadas em 2016. No mesmo ano, o número de mortos chegou a um milhão em todo o mundo.

A região com o maior número de infectados é a África subsaariana, com mais de 25 milhões de casos. No Brasil, estima-se que mais de 860 mil pessoas viviam com HIV em 2017. Nos últimos cinco anos, o número de novas infecções no país tem ficado em 40 mil casos anuais, porém tem apresentado queda entre 2013 e 2017.

Pessoas que vivem com o HIV são denominadas soropositivas. É possível ter o vírus e

não estar com Aids, pois o vírus pode levar entre dois e quinze anos para desenvolver a doença. Entretanto, quem está infectado, mesmo que não apresente sintomas, pode transmitir o vírus a outras pessoas.

O HIV infecta células do sistema imunológico, responsável por proteger nosso organismo contra invasores externos e as usa para produzir novas cópias virais. As principais células afetadas são os linfócitos T CD4+, que tem por função controlar a resposta humoral (do sistema imunológico).

A produção de novos vírus destrói os linfócitos T CD4+ e leva ao desenvolvimento progressivo da AIDS. Com o enfraquecimento do sistema imunológico, microrganismos que antes eram controlados pelo corpo passam a se desenvolver e gerar doenças. Essas doenças são chamadas de oportunistas, pois surgem devido à debilidade do sistema imune. Entre elas, podemos citar: pneumonia, tuberculose, hepatites virais e alguns tipos de câncer. Normalmente, são essas doenças que levam a pessoa à morte.

Para diagnosticar a AIDS em indivíduos infectados pelo HIV são utilizados como parâmetro a contagem dos linfócitos T CD4+ ou o aparecimento das doenças oportunistas. Se o número de linfócitos estiver abaixo de 200 por mm³ de sangue (normal entre 800 e 1200 por mm³) ou doenças oportunistas aparecerem, o indivíduo é diagnosticado com AIDS.

A Aids ainda não possui cura, mas pode ser tratada. O tratamento consiste na utilização de medicamentos antirretrovirais que impedem a multiplicação do vírus e evitam a evolução da infecção. No Brasil, o tratamento é oferecido gratuitamente pelo SUS.

Conhecer e tratar sua sorologia (ter ou não o vírus) é fundamental para melhorar a qualidade de vida da pessoa que vive com o HIV. Realizando o tratamento corretamente, a expectativa de vida de uma pessoa infectada é semelhante à de pessoas que não possuem o vírus. Além disso, o tratamento pode evitar a transmissão do vírus, controlando o surgimento de novos casos.

Transmissão

Os primeiros casos de Aids foram identificados em 1981, nos Estados Unidos da América. Na época não

se sabia qual era seu agente causador e forma de transmissão. Em 1983, o HIV foi identificado como o responsável pelo desenvolvimento da doença.

O HIV pode ser transmitido através de relações sexuais orais, vaginais ou anais desprotegidas. Isso acontece por conta do contato com líquidos corporais, como sêmen e secreções vaginais que podem transmitir o vírus. Pequenas lesões durante o sexo também podem aumentar as chances de transmissão.

O vírus pode ser transmitido durante a gravidez, parto ou aleitamento da criança. Mulheres que desejem engravidar devem realizar teste de HIV para conhecer sua sorologia e evitar a transmissão para o bebê. Caso seja diagnosticada com o vírus, o tratamento pode impedir que o vírus infecte a criança.

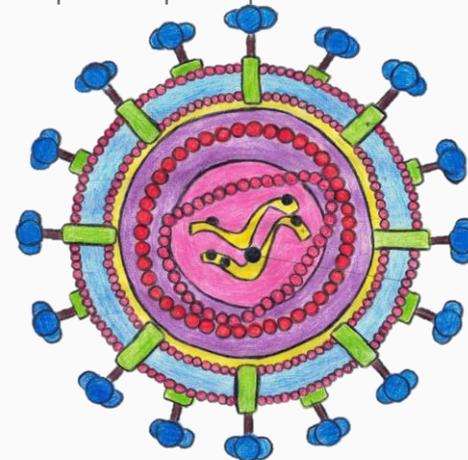


Ilustração: CORREA, 2019.

Figura 3: Vírus HIV.

Compartilhar objetos de uso pessoal como talheres e toalhas de banho ou ter contato físico com pessoas infectadas não transmitem o vírus. Já a presença de IST não curadas potencializa a transmissão do HIV. O tratamento de qualquer infecção sexualmente transmissível também é uma forma de prevenção contra o vírus causador da AIDS.

O HIV tem uma janela imunológica de aproximadamente 30 dias. Isso significa que mesmo que a pessoa tenha sido infectada, durante esse período o teste pode apresentar um falso negativo. Ainda que não seja detectável, o vírus é altamente transmissível nessa fase. Fazer testes regulares é a única forma segura de se certificar de que não há infecção pelo vírus. Entre casais, o sexo com camisinha é fundamental para prevenir a contaminação pelo HIV.

O quadro 1 indica as formas como o HIV pode ser transmitido e os contatos que são seguros quanto a sua transmissão.

Quadro 1: Formas de transmissão do HIV.

Assim pega	Assim não pega
<p>Sexo desprotegido (oral, vaginal ou anal);</p> <p>Compartilhamento de seringa ou agulha;</p> <p>Mãe infectada para o bebê (gestação, parto ou aleitamento).</p>	<p>Sexo com camisinha;</p> <p>Beijo;</p> <p>Masturbação a dois;</p> <p>Suor e lágrimas;</p> <p>Aperto de mão ou abraço;</p> <p>Compartilhar talheres e copos;</p> <p>Piscina, banheiro ou ar;</p> <p>Picada de insetos;</p> <p>Doação de sangue.</p>

Fonte: Brasil (2019).

Sintomas

A infecção por HIV não apresenta sintomas claros ou é confundida com sintomas da gripe, como febre e mal-estar. Nessas situações, a infecção acaba passando despercebida e só é identificada quando atinge estágios mais avançados.

Clinicamente, a evolução do HIV é dividida em três fases: aguda, assintomática e sintomática. A evolução da fase aguda para as demais ocorre caso o portador do vírus não seja tratado e pode levar até uma década para se completar. Porém, há casos em que os indivíduos desenvolvem precocemente a Aids.

Na fase aguda, período entre a infecção e a reação do sistema imunológico, os principais sintomas são febre, mal-estar, dor de cabeça, inflamações na garganta, diarreia e vômito. Esses sintomas costumam aparecer entre duas e quatro semanas após a exposição ao vírus e podem durar entre uma e quatro semanas. Estudos indicam que quanto maior a duração e gravidade dos sintomas, menor o tempo para o desenvolvimento da Aids. Durante a fase aguda, há rápida multiplicação viral e queda no número de linfócitos T CD₄⁺.

Na fase assintomática há reação do sistema

imunológico com a produção de anticorpos contra o HIV, o que reduz a replicação do vírus. Neste período, a resposta imunológica mantém a infecção estável, estabelecendo um equilíbrio entre a multiplicação do vírus e a produção de novos linfócitos T CD₄⁺.

Porém, a quantidade de linfócitos é reduzida gradualmente ao longo dos anos de infecção. Esta fase é conhecida como período de latência por não apresentar sintomas característicos da doença, entretanto, não se deve confundir como ausência do vírus ou incapacidade de transmissão. Durante toda a fase assintomática a transmissão do HIV pode ocorrer em contato sexual desprotegido ou nas demais formas citadas anteriormente.

A terceira é a fase sintomática. Devido a redução da quantidade de linfócitos T CD₄⁺ no organismo, a taxa de replicação do vírus aumenta e o quadro de imunodeficiência se agrava. Nessa etapa, as doenças oportunistas podem se manifestar e há maiores riscos de complicações para os portadores da doença. Existe risco de morte em decorrência da evolução das doenças relacionadas à deficiência no sistema imunológico causada pelo HIV.

Tratamento

No início da epidemia da AIDS, o diagnóstico da doença significava, quase sempre, uma sentença de morte. A expectativa de vida era de apenas alguns meses após o diagnóstico. O primeiro medicamento para tratamento da Aids aprovado foi o AZT (Zidovudina), em 1987, nos Estados Unidos da América. Outros medicamentos mais eficientes foram desenvolvidos ao longo dos anos 90 e foram responsáveis pela redução da mortalidade causada pela doença.

Desde 1996, o SUS oferece gratuitamente os medicamentos para tratamento do HIV. Hoje, os medicamentos são melhores e os efeitos colaterais mais toleráveis. Existem estratégias combinadas de tratamento que utilizam mais de uma forma para impedir a replicação do vírus, permitindo que as taxas virais permaneçam baixas ou indetectáveis. Isso impede que infecção evolua para a Aids, preservando a saúde de quem vive com o HIV.

Por melhorar a qualidade de vida e reduzir o número de novas infecções, o SUS oferece tratamento às pessoas que vivem com HIV independentemente da taxa de vírus presente no organismo. Essa abordagem se mostrou eficiente, pois estudos demonstram que

o vírus não é transmissível pela via sexual quando sua taxa é indetectável nos exames.

Mulheres grávidas que vivem com o HIV têm de realizar o tratamento para evitar que o feto seja contaminado ao longo da gestação ou parto, além de não amamentar o bebê naturalmente. Dessa forma, a transmissão vertical é reduzida para números bastante baixos.

O tratamento atual é bastante eficaz e permite as pessoas que vivem com o vírus obter expectativa de vida similar àqueles não infectados. Porém, apesar do avanço, ainda não há perspectiva de cura para o HIV. A prevenção é a maneira segura de se evitar a infecção pelo HIV.

Caixinha da Dúvida!

[Por que o HIV tem crescido entre os jovens?](#)

Prevenção

Uma importante forma de [prevenção](#) a novas infecções pelo HIV é o tratamento das pessoas que vivem com o vírus. Das 36,7 milhões de pessoas com o vírus no mundo, estima-se que apenas 20,9 milhões estavam em tratamento em 2017. Isso significa que milhões de pessoas estão, potencialmente, transmitindo o vírus. Em 2016, o número de novas infecções alcançou 1,8 milhões de pessoas.

Outra forma de prevenção é o conhecimento sobre a própria sorologia. Ao conhecer e tratar pessoas que vivam com o HIV, a cadeia de novas infecções é interrompida e o controle da evolução da doença é potencializado.

A prevenção da infecção pelo HIV se dá, principalmente, através do contato sexual protegido e da adoção de comportamentos que reduzam os riscos de exposição ou de infecção pelo vírus. Sexo seguro é aquele realizado com camisinha masculina ou feminina, material normalmente feito à base de látex, que impede o contato entre as mucosas genitais ou orais e os líquidos corporais, como o sêmen e a secreção vaginal. Essa proteção não permite que o vírus ultrapasse a camisinha e seja capaz de infectar a outra pessoa. Utilizada corretamente, a caminha é uma opção eficaz contra a transmissão do HIV e deve,

ser utilizada em todas as relações sexuais, seja oral vaginal ou anal.

A evolução do tratamento do HIV permitiu a utilização de medicamentos para interromper a transmissão do vírus em situação de exposição. Hoje, no SUS, estão disponíveis a PEP (Profilaxia Pós-Exposição) e a PrEP (Profilaxia Pré-Exposição).



Figura 4: Proteção as IST.

Esses medicamentos, quando utilizados corretamente, podem evitar a infecção pelo HIV. Antes de iniciar a utilização desses medicamentos, é fundamental a testagem para o HIV. Pessoas que já vivem com o vírus não devem utilizar esses medicamentos sob o risco de selecionar cepas mais resistentes do vírus.

A PEP deve ser utilizada em casos de contato que ofereçam risco de contaminação pelo HIV. Ela consiste na utilização de medicamentos antirretrovirais que evitam que o vírus se estabeleça no corpo do indivíduo. Seu uso deve ser iniciado em até, no máximo, 72h após o contato de risco. Pesquisas indicam que o início do tratamento em até 2h após a exposição elevam a eficácia da PEP. O tratamento deve ser realizado pelo período de 28 dias sem interrupção e a pessoa deverá realizar consulta com infectologista para acompanhar a evolução do caso. Em situações de violência sexual, as mulheres também devem fazer uso das pílulas de emergência (pílula do dia seguinte). Como contato de risco, podemos citar o rompimento da camisinha, a exposição a sangue de pessoas de sorologia desconhecida, em casos de acidentes, por exemplo, em situações de violência sexual ou em

acidentes com materiais perfurantes ou cortantes. Para iniciar o tratamento, deve-se buscar orientação nos serviços de atendimento de emergência (UPAS) ou nos serviços de atendimento personalizado. É possível consultar o serviço mais próximo da sua residência através do número 136.

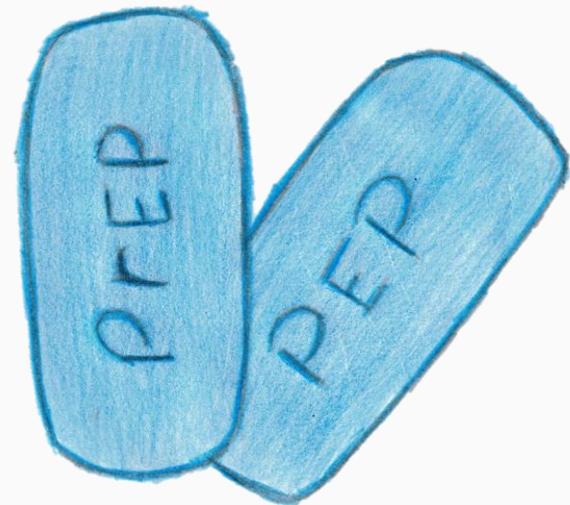


Figura 5: PrEP e PEP.

Ilustração: C. de OLIVEIRA, 2019.

A PrEP é outra ferramenta para evitar a infecção pelo HIV. Diferentemente da PEP, deve ser utilizada antes do contato de risco e o medicamento deve ser tomado diariamente. Para proteger o organismo contra a infecção, os antirretrovirais têm de estar em uso há, pelo menos, 7 dias para relações anais e 20 dias para sexo vaginal. Neste intervalo é necessário usar preservativo nas relações sexuais.

A utilização da PrEP reduz de forma significativa a chance de infecção pelo HIV quando administrada corretamente. O SUS oferece o medicamento para grupos populacionais prioritários. Entre eles estão gays, HSH, transexuais, profissionais do sexo e casais em que um dos indivíduos viva com o HIV. Essas pessoas passam por acompanhamento e, caso identificada a necessidade, passam a receber o medicamento.

Usuários de drogas injetáveis também são um grupo que podem estar expostos ao contato com o HIV. Para essas pessoas, o uso de agulhas descartáveis e o não compartilhamento desses materiais são importantes forma de prevenção contra o HIV.

Materiais perfurantes, de uso médico ou estético, devem ser esterilizados antes do uso em novos pacientes/clientes. Este processo elimina o vírus e impede a transmissão para outras pessoas.

A combinação de diferentes formas de prevenção diminuem as chances de contaminação pelo HIV. Se proteger antes, durante ou após as relações sexuais ou contato de risco com o vírus é possível.

Lembre-se, o HIV pode estar assintomático nas pessoas, logo, sem sintomas visíveis. A única forma de saber se uma pessoa está com HIV é através da testagem, portanto, é fundamental adotar práticas que reduzam as chances de contrair o vírus.

Sífilis

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Pode ser transmitida em relações sexuais desprotegidas (oral, vaginal ou anal), sendo chamada de sífilis adquirida. Quando acontece da mãe para o bebê, durante a gestação ou o parto, é denominada congênita. Ainda pode ser transmitida através da transfusão de sangue contaminado. Esta última modalidade é rara, uma vez que há testagem do sangue doado aos hemocentros antes de sua utilização.

A Organização Mundial da Saúde afirma que, em 2016, mais de 6,3 milhões de pessoas em todo o mundo contraíram essa doença. Atualmente, o Brasil vive uma epidemia de casos de sífilis. Entre 2010 e 2016, período em que se tornou obrigatório informar os casos de sífilis adquirida ao Ministério da Saúde, a taxa de detecção a cada 100.000 habitante saltou de dois para 42,5 casos. Esse aumento expressivo nos diagnósticos pode ser explicado pelo crescimento da

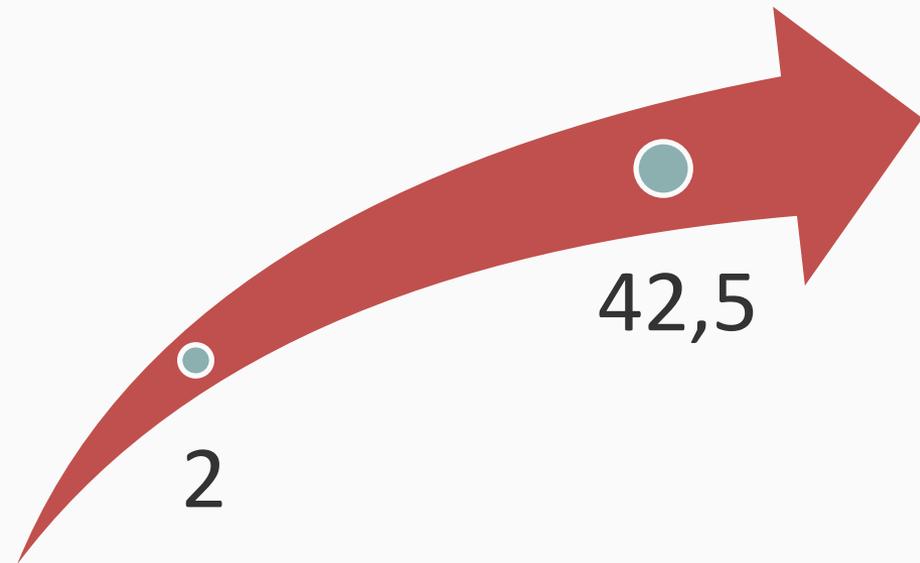


Gráfico 1: Evolução dos casos de sífilis adquirida entre 2010 e 2016 para cada 100 mil habitantes.

cobertura e da testagem e não somente do acréscimo no número de casos.

Porém, no mesmo período, o diagnóstico de sífilis congênita e em gestantes quase triplicaram, o que indica que há crescimento da frequência dessa IST na população em geral. Há estados que experimentam situações ainda mais alarmantes, como o Rio de Janeiro, Espírito Santo e Mato Grosso do Sul. Em 2016, nessas regiões, a taxa de detecção de sífilis congênita e em gestantes foi muito superior à média nacional.

O estado do Espírito Santo também se destaca negativamente no número de casos de sífilis adquirida. Com 82,5 diagnósticos a cada 100 mil habitantes, ocupa o 2º lugar em todo o Brasil em número de detecção. A capital, Vitória, também é a 2ª com maiores índices, com 190 casos a cada 100 mil habitantes. O estado e a capital só ficam atrás do Rio Grande do Sul e de Florianópolis, respectivamente, em número de ocorrência dessa IST.

A sífilis possui tratamento e é curável com o uso de antibióticos. Entretanto, a doença pode evoluir se não for eliminada, levando a complicações sérias e até a morte do indivíduo.

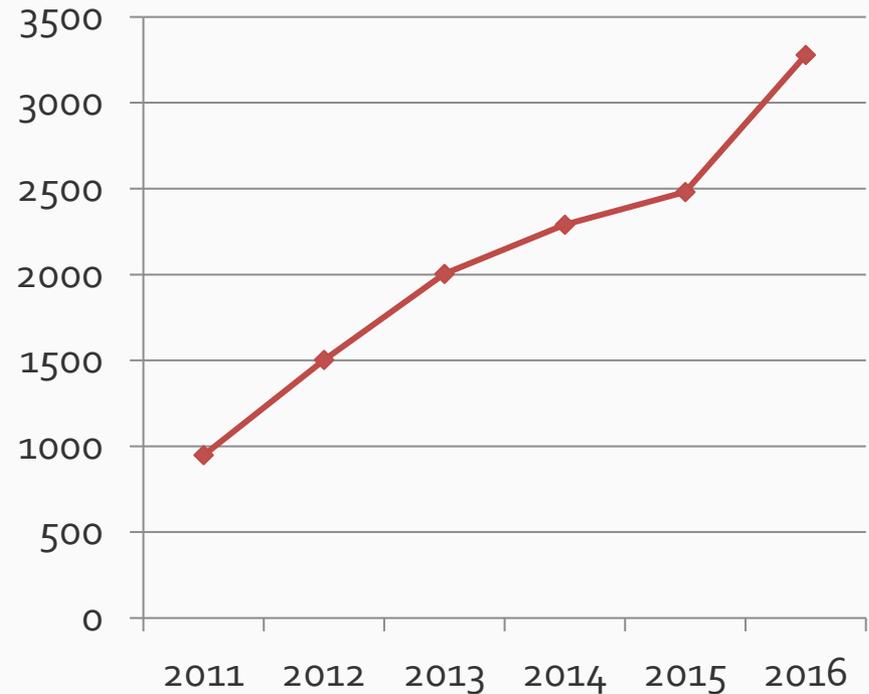


Gráfico 2: Número de casos de sífilis adquirida no ES.
Fonte: Brasil (2017).

Transmissão e sintomas

A sífilis pode ser transmitida através de relações sexuais desprotegidas, da mãe para o bebê, através de transfusão sanguínea ou com o compartilhamento de seringas ou materiais perfurocortantes. A via sexual e a congênita são as principais vias de transmissão.

Essa IST possui diferentes fases de desenvolvimento, sendo classificadas em primária, secundária, latente e terciária. O 1º estágio se manifesta entre 10 e 90 dias após o contato com a bactéria. Uma ferida, normalmente única, se manifesta no local de infecção (boca, pênis, vulva, vagina, ânus e entre outros locais) e pode persistir entre duas e seis semanas. Essa ferida não dói, coça, arde ou produz pus, mas possui grande quantidade de bactérias. Também podem surgir ínguas na virilha. Os sintomas desaparecem mesmo que o tratamento não seja realizado, porém, a pessoa continua infectada pela bactéria.

A fase secundária se manifesta entre seis semanas e seis meses do desaparecimento da primeira ferida. Manchas, principalmente nas palmas das mãos e plantas dos pés, podem surgir pelo corpo. A pessoa, eventualmente, apresenta mal-estar,

ínguas, febre e dor de cabeça. Ainda que a pessoa permaneça infectada, os sintomas desaparecem independentemente do tratamento em poucas semanas.

A sífilis latente se caracteriza por um período assintomático da doença. Para ser identificada, testes precisam ser realizados. Pode ser classificada em latente recente, quando há menos de dois anos de infecção e latente tardia quando a infecção passa de dois anos. A fase latente pode ser interrompida pelo surgimento dos sintomas da fase secundária ou terciária.

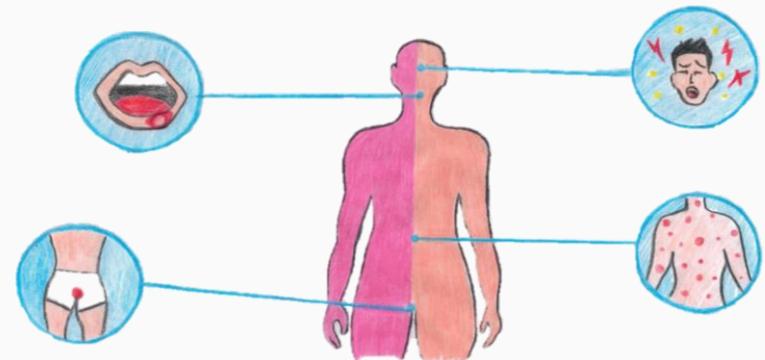


Figura 6: Sintomas da sífilis.

Prevenção e tratamento

A fase terciária da sífilis pode se manifestar entre dois e 40 anos após a infecção. É a fase mais grave da doença e pode apresentar como sintomas lesões cutâneas (pele), ósseas, neurológicas e cardiovasculares. As complicações derivadas desses sintomas causam risco de morte ao portador da doença.

Os estágios primário e secundário da sífilis são as de maior probabilidade de transmissão.

Para gestantes, a sífilis merece uma atenção especial. A bactéria pode ser transmitida ao feto durante a gravidez ou no momento do parto. Se não for diagnosticada e tratada, a doença pode levar ao aborto, má-formação no feto, parto prematuro, surdez, cegueira ou deficiência mental no bebê. A morte da criança ao nascer também é uma possível consequência da sífilis congênita.

Caso a mãe não tenha sido tratada, a criança deve ser avaliada pelos médicos ao nascer para identificar a possibilidade da infecção e dos possíveis efeitos causados pela doença.

A prevenção da sífilis adquirida se dá pelo uso da caminha masculina ou feminina nas relações sexuais. Já na sífilis congênita, o tratamento da mãe durante a gravidez é a única forma de prevenir a infecção. Caso um dos integrantes do casal seja identificado com a sífilis, ambos devem passar pelo tratamento. Isso evita que uma reinfeção ocorra devido a ausência de cuidados médicos do parceiro.

O tratamento da sífilis se dá através do uso de antibióticos, sendo a penicilina (benzetacil) a melhor indicada. Dependendo do estágio da sífilis, uma ou mais doses do antibiótico podem ser necessárias.

Os testes, acompanhamento pré-natal e o tratamento dos infectados estão disponíveis no SUS. Em casos de relações sexuais desprotegidas é necessário realizar os exames para conferência da existência de alguma IST assintomática. Dessa forma, evita-se complicações e interrompe-se a cadeia de transmissão dessas doenças.

Outras IST: Gonorreia

O que é

- Infecção causada pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae*. Responsável por 87 milhões de casos em 2016. Atingem os órgãos genitais, olhos e garganta. Tem período de incubação curto, podendo se manifestar até 24h depois do contato.

Transmissão e sintomas

- Transmitida no contato sexual desprotegido ou da mãe para a criança no momento do parto. Pode causar inflamação na uretra, dor ou ardência ao urinar e liberação de secreção através da uretra. Caso não tratada, pode levar à infertilidade. Nos homens, os sintomas costumam ser mais evidentes. Mulheres podem ser assintomáticas.
- Bebês infectados no parto podem apresentar conjuntivite neonatal, que se não for tratada pode evoluir para cegueira.

Prevenção e tratamento

- A prevenção se dá pelo uso de camisinha e o tratamento através de antibióticos. O casal deve ser tratado em conjunto para evitar reinfecções.

Outras IST: Clamídia

O que é

- Infecção causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*. É uma IST bastante comum no mundo, sendo responsável por 127 milhões de casos em 2016. Atinge a uretra, órgão genitais, ânus, faringe e pode causar complicações pulmonares. Tem período de incubação de cerca de 15 dias.

Transmissão e sintomas

- Transmitida através de contato sexual desprotegido e da mãe para o feto no momento do parto. Possui sintomas semelhantes à gonorreia, como dor ou ardência ao urinar e liberação de secreção. Também pode levar à infertilidade. Mulheres infectadas com clamídia correm maiores riscos de apresentar gravidez tubária, partos prematuros e abortos. Também podem ocorrer sangramentos e dor na região pélvica.
- A infecção pode não apresentar sintomas para algumas pessoas.

Prevenção e tratamento

- A prevenção se dá pelo uso de preservativo nas relações sexuais. O tratamento consiste no uso de antibióticos e no tratamento conjunto dos parceiros.

Outras IST: Tricomoníase

O que é

- Causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*, essa IST registrou 156 milhões de casos em 2016. Atinge o colo do útero, vagina e uretra nas mulheres e o pênis nos homens. O período de incubação varia entre 4 e 28 dias.

Transmissão e sintomas

- Transmitida em relações sexuais desprotegidas.
- Os principais sintomas envolvem dor durante o sexo, ardência, dificuldade para urinar e coceira nos órgãos sexuais. Também pode haver corrimento. Muitas vezes a infecção pode ser assintomática. Em mulheres grávidas, aumenta as chances de um parto prematuro.

Prevenção e tratamento

- A prevenção se dá por meio do uso de preservativos em todas as relações sexuais. O tratamento envolve uso de medicamentos de ação antiprotozoária. O casal de ver tratado conjuntamente e evitar ter relações sexuais durante o período para evitar reinfeção. Mulheres grávidas devem fazer tratamento durante o pré-natal para evitar a transmissão ao bebê.

Outras IST: HPV

O que é

- Causada por um conjunto de vírus denominados Papilomavírus Humano, atingem a região genital, anal, oral e a pele. Podem causar verrugas e câncer de colo do útero e do pênis.

Transmissão e sintomas

- É transmitida, principalmente pela via sexual. Também pode infectar através da saliva, da mãe para o feto e através de corte com objetos contaminados.
- O principal sintoma é o aparecimento de verrugas na região infectada. Porém, em muitos casos, a infecção pode ser assintomática ou o corpo eliminá-la sozinho. Nos casos mais graves, a infecção pode levar ao desenvolvimento do câncer.

Prevenção e tratamento

- A prevenção se dá pelo uso de preservativo e através da vacinação. O tratamento pode ser realizado pela via medicamentosa ou cirúrgica, com a retirada das verrugas ou cirurgias nos casos de câncer.

Outras IST: Herpes (Vírus HSV - 1 e HSV – 2)

O que é

- Causada pelos vírus HSV-1 (herpes facial) e HSV-2 (herpes genital), provoca lesões na pele e genitais. Geralmente se desenvolve quando há baixa no sistema imunológico. A infecção não possui cura, apenas tratamento. Os primeiros sintomas costuma aparecer entre 10 e 15 dias após a infecção.

Transmissão e sintomas

- Transmitida principalmente pela via sexual. As lesões são muito infecciosas e o contato com ela é altamente infectante. Quando estão cicatrizadas ou ausentes, as chances de transmissão são menores, mas ainda podem ocorrer. O vírus também pode ser passado de mãe para filho durante a gestação, uma versão grave da doença, ou durante o parto. Também pode levar ao aborto.
- Os sintomas envolvem ardência, coceira e formigamento da área afetada. As bolhas e ferimentos surgem posteriormente. As lesões são dolorosas. Com o tempo, podem cicatrizar naturalmente, fase em que o vírus entra em latência.

Prevenção e tratamento

- Apesar de altamente recomendável, o preservativo pode não ser suficiente para prevenir a infecção pelo vírus do herpes. Durante a manifestação das lesões, relações sexuais devem ser evitadas, pois neste período é altamente transmissível.
- O tratamento é realizado com medicamentos que impeçam a replicação do vírus. O tratamento pode eliminar os sintomas, mas a infecção não é curada.

Candidíase

O que é

- Causada principalmente pelo fungo *Cândida albicans*. Apesar de não ser uma IST, também pode ser transmitida pelo sexo. O fungo vive em nosso organismo e costuma se multiplicar em momentos de queda na imunidade. Pode se manifestar na boca (sapinho), virilha, axila, unhas, genitais e outras dobras de pele.

Transmissão e sintomas

- Apesar de poder ser transmitida pela via sexual, pode se manifestar quando há queda na imunidade, uso de antibióticos, anticoncepcionais, em casos de diabetes e infecções por HPV. Os principais sintomas nas mulheres envolvem coceira vaginal, corrimento branco, ardência no local e para urinar, dor nas relações sexuais. Entre os homens, também há coceira, manchas avermelhadas no pênis, inchaço e pequenas lesões.

Prevenção e tratamento

- A prevenção se dá pelo uso de camisinha nas relações sexuais, cuidados com higiene pessoal e evitar roupas sintéticas e muito apertadas. O tratamento se dá com o uso de antimicóticos (contra fungos) seja em pomadas ou medicamentos orais.

Bibliografia consultada

BEZERRA, E. O. et al. **Análise da vulnerabilidade sexual de estudantes universitários ao HIV/AIDS.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 13, n. 5, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Alguém aqui é preconceituoso?** Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/campanhas/2011/50653/diamundial2011_folder.pdf. Acesso em: 11 jul. 2019.

_____, Ministério da Saúde. **O que é HIV.** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>. Acesso em: 13 jul. 2019.

_____, Ministério da Saúde. **O que são IST.** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist>. Acesso em: 11 jul. 2019.

_____, Ministério da Saúde. **Pare, pense e use camisinha.** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/ministerio-da-saude-lanca-campanha-para-conter-avanco-de-hiv-em-homens>. Acesso em: 11 jul. 2019.

_____, Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV.** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-risco>. Acesso em: 11 jul. 2019.

_____, Ministério da Saúde. **Sífilis: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção.** Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/sifilis-2>. Acesso em: 12 jul. 2019.

_____, Ministério da Saúde. **Tratamento para o HIV.** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/tratamento-para-o-hiv>. Acesso em: 11 jul. 2019.

_____, Ministério da Saúde. **Sífilis.** Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/sifilis/>. Acesso em: 12 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. (Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids.** Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>. Acesso em 9 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Sífilis.** Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>. Acesso em 9 jun. 2018.

BRÊTAS, J. R. da S. et al. **Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes.** Rev Esc Enferm USP. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a08v43n3>. Acesso em: 13 jul. 2019.

LORETO, S.; AZEVEDO-PEREIRA, J. M. **A infecção por HIV–importância das fases iniciais e do diagnóstico precoce.** Acta Farmacêutica Portuguesa, v. 1, n. 2, p. 5-17, 2012. Disponível em: <http://www.actafarmacêuticaportuguesa.com/index.php/afp/article/view/18>. Acesso em: 12 jun. 2019.

MACIEL, Gi. de P.; TASCIA, T.; CARLI, G. A. de. **Aspectos clínicos, patogênese e diagnóstico de Trichomonas vaginalis.** J. Bras. Patol. Med. Lab., Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 152-160, June 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442004000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em :15 jun. 2019.

OPAS BRASIL. **Folha informativa - HIV/aids.** Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5666:folha-informativa-hiv-aids&Itemid=812. Acesso em: 11 jul. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Infecções Sexualmente Transmissíveis na Adolescência.** Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21188b-GPA_-_Infec_Sexual_Transmiss_Adolesc.pdf. Acesso em: 11 jul. 2019.

PEREIRA, B. de S. et al. **Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, p. 747-758, 2014. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232014000300747&script=sci_arttext&lng=es. Acesso em: 12 jun. 2019.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/aids.** 10. Ed. Rio de Janeiro – RJ: Thieme Revinter Publicações LTDA, 2017.

SCHAURICH, D.; COELHO, D. F.; MOTTA, M. da G. C. da. **A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais.** Revista Enfermagem Uerj. Rio de Janeiro. Vol. 14, n. 3 (jul./set. 2006), p. 455-462, 2006. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/107165>. Acesso em: 12 jun. 2019.

TAQUETTE, S. R.; RODRIGUES, A. de O.; BORTOLOTTI, L. R. **Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo feminino: um estudo qualitativo.** Revista Panamericana de Salud Pública, v. 37, p. 324-329, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2015.v37n4-5/324-329/pt/>. Acesso em: 12 jun. 2019.

UNAIDS. **Desafio UNAIDS.** Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2017/11/gabarito_desafio_unaids.pdf. Acesso em: 10 jul. 2019.

VILLELA, W. V.; DORETO, D. T. **Sobre a experiência sexual dos jovens.** Cadernos de Saúde Pública, v. 22, p. 2467-2472, 2006. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2006001100021&script=sci_arttext. Acesso em: 10 jun. 2019.

WHO. **Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates,** 2016. Disponível em: https://www.who.int/bulletin/online_first/en/. Acesso em: 13 jun. 2019.

Sexo

O sexo é uma fonte de prazer físico e mental e viver a sexualidade plenamente é um direito humano. Ao longo de nossa história, lidamos com o sexo e o prazer de formas diferentes. Por muito tempo, o prazer e a reprodução foram vistos separadamente. Aos casais, o sexo tinha função apenas de procriação. O prazer feminino era negado e o masculino deveria ser alcançado fora do casamento, em relações extraconjugais ou na prostituição.

Esse ambiente repressivo criava barreiras à experimentação do sexo como momento de demonstração de desejo, afetividade e trocas de carícias. Para as mulheres, a sexualidade era desconsiderada, transformando-as em objetos do prazer masculino. Seus desejos e excitações silenciados eram o comportamento esperado de uma mulher recatada.

As transformações que vivenciamos nos últimos séculos modificaram essas relações, trazendo à tona a liberdade sexual e a experimentação dos corpos e do sexo a homens e mulheres. Tabus e as relações de gênero ainda influenciam relacionamentos, porém, o sexo por prazer e não apenas com fins reprodutivos, passou a ser uma realidade.

Uma vida sexual e reprodutiva livre, sem vergonhas e sem culpas é fonte de saúde, satisfação e muito importante para uma vida equilibrada. Ter acesso a informações de qualidade e educação sexual adequada são fundamentais para alcançar esse estado de bem estar.

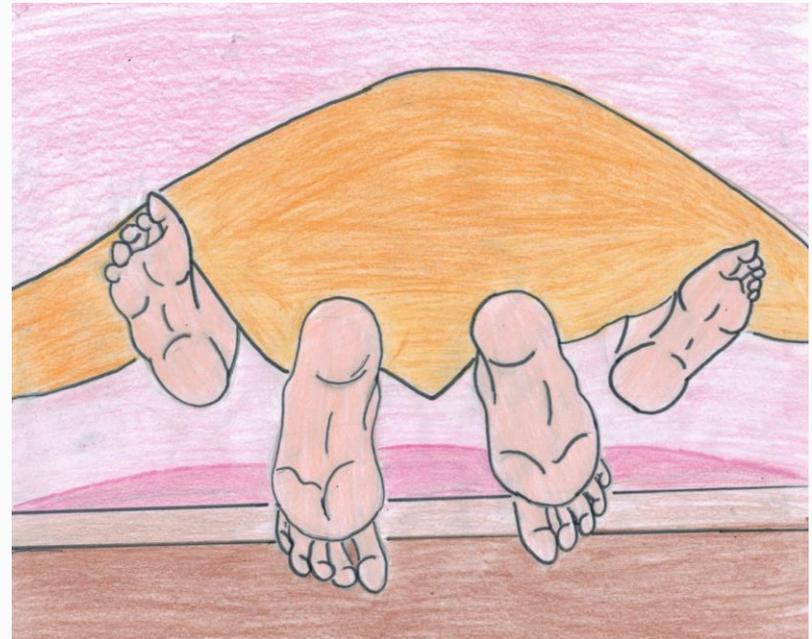


Ilustração: C. de OLIVEIRA, 2019.

Figura 1: Embaixo dos lençóis.

Virgindade

A virgindade é para muitas pessoas um tabu. Também chamada de sexarca, a primeira relação sexual costuma estar envolvida com muitas dúvidas e medos. Seu significado muda de acordo com a cultura e país em que as pessoas vivem. Da mesma forma, a idade em que costuma ocorrer sofre influência dessas questões sociais.

Por conta disso, meninos e meninas tendem a interpretar este momento de maneira diferente. Em geral, há para eles um estímulo à iniciação sexual. A relação sexual seria uma demonstração de virilidade, masculinidade e poder. Essa pressão tem levado os meninos, em média, a iniciar sua vida sexual mais cedo do que as meninas. Isso tem se transformado em risco, pois eleva as chances de relação sexual desprotegida e contração de IST.

As meninas, geralmente, sofrem incentivos opostos. Retardar a sexarca seria desejado, uma vez que a primeira relação deveria ocorrer em um momento de compromisso, afetividade e discrição. Em média, elas iniciam sua vida sexual mais tarde e com parceiro fixo.

Apesar de não haver uma idade específica para a primeira relação sexual, é importante estar preparado para este momento. Ele deve ocorrer longe das pressões e outros fatores que possam levar o jovem a iniciar sua vida sexual de maneira desconfortável ou arriscada. Conhecer o uso correto dos métodos contraceptivos de forma a evitar gravidez indesejada e IST, sentir-se seguro consigo mesmo(a) e com o(a) parceira são questões fundamentais para um início saudável da vida sexual.

Caixinha da Dúvida!

[O que fazer quando seu parceiro quer muito fazer sexo e você não, mas não quer magoa-lo?](#)

Iniciação sexual

O amadurecimento sexual que vivemos durante a puberdade muda a forma com que nos relacionamos com nossos corpos e com as pessoas. O primeiro beijo, a descoberta da masturbação e a manifestação do desejo afetivo-sexual são comuns a essa fase e fazem parte do desenvolvimento da sexualidade humana.

A masturbação é uma prática de descoberta do prazer e do próprio corpo. Muitas vezes cercada de preconceitos, é uma forma saudável de experimentar a satisfação sexual individualmente ou acompanhado. Não causa modificações no corpo, como diz o mito das espinhas, ou reduz o desejo sexual. Se masturbar antes de ter a primeira relação sexual não faz com que a pessoa deixe de ser virgem.

A escolha do momento da primeira relação sexual pode ser um momento de tensão. No Brasil, ter relações sexuais antes dos 14 anos de idade é considerado crime. Portanto, apenas após essa idade os adolescentes poderiam consentir o sexo.

Pesquisas indicam que jovens que iniciam sua vida sexual precocemente apresentam maiores chances de ter mais parceiros ao longo da vida e de realizarem o sexo desprotegido. Isso eleva as chances de gravidez indesejada e de IST.

Fatores que contribuem para a iniciação sexual incluem sensação de que os amigos já transaram, exposição precoce a cenas eróticas, pressão de namorados, falta de informação na escola e de diálogo familiar. O contato com álcool e outras drogas ilícitas também colaboram. Para decidir sem influência dessas questões, é fundamental que o jovem esteja bem informado.

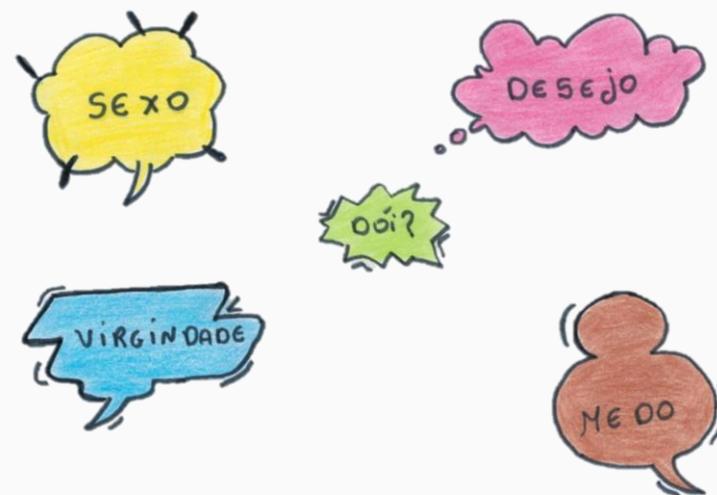


Figura 2: Primeira vez.

A escola e a família tem papel importante nessa questão. Um jovem seguro e bem preparado possui maiores chances de iniciar sua vida sexual de maneira segura e no momento em que se sinta confortável.

Antes da primeira relação sexual é importante visitar o médico para avaliar se está tudo bem com seu corpo e receber orientações sobre métodos contraceptivos. Mesmo na primeira vez é possível engravidar ou contrair alguma IST. É importante lembrar que há infecções sexualmente transmissíveis que podem ser adquiridas de outras formas. A camisinha sempre deve ser utilizada, pois é o único método capaz de prevenir ambas as situações.

Entre as meninas, a possibilidade de dor na primeira relação sexual é uma preocupação. Esse desconforto pode ou não ocorrer, não é uma regra. Mesmo virgens, adolescentes podem ter sua sexarca sem dor ou incômodo. Quando ela ocorre, na maioria das vezes, o hímen ou o nervosismo são os responsáveis.

O hímen, membrana que fecha parcialmente a abertura da vagina, apresenta diferentes formatos e elasticidade. Quando menos elástico, costuma se romper na primeira relação sexual. Em outros casos,

pode se romper em relações futuras. Seu rompimento pode levar a algum sangramento, mas também não é uma regra. Algumas meninas podem apresentar sangramento apenas em futuras relações sexuais e outras nunca apresentar. O mesmo pode-se dizer de algum desconforto.

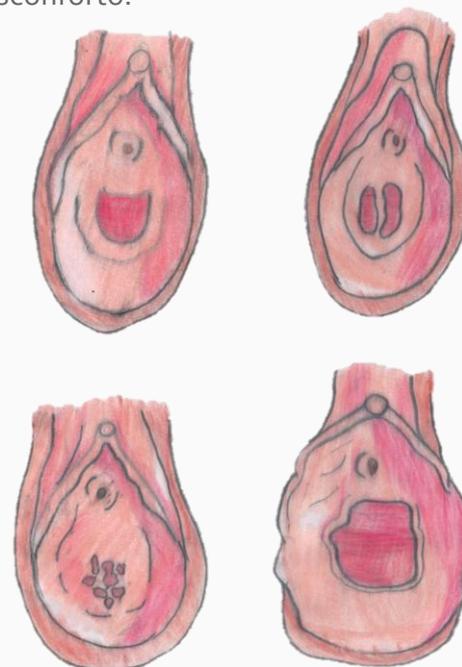


Figura 3: Tipos de hímen

Ilustração: OLIVEIRA, 2019.

O nervosismo é outro fator que pode gerar dor durante a relação sexual. Estando nervosa, os músculos da vagina ficam contraídos, dificultando a penetração e provocando dor. A lubrificação natural da vagina também é muito importante. Quando relaxada e excitada, a mulher libera um lubrificante natural que reduz o atrito durante a penetração. Iniciar o sexo antes de a mulher alcançar essa condição pode machucá-la e deve ser evitado. Caso dores ou outras situações indesejadas permaneçam é importante buscar ajuda médica para diagnosticar o que está ocorrendo. Há fatores físicos e psicológicos que podem estar envolvidos e, se não resolvidos, atrapalham a experiência e podem gerar frustrações ou bloqueios.

O corpo não passa por modificações após a primeira relação sexual. Não é possível identificar alguém que seja virgem ou não pelo jeito de andar ou forma do corpo. Esses são mitos que envolvem a sexarca.

Toda relação sexual só pode acontecer se houver consentimento entre os envolvidos. Transar por pressão ou para agradar o parceiro pode criar uma relação ruim com o sexo e com seu próprio corpo.

Este momento é muito importante e deve ser vivido de maneira segura, confortável e respeitosa. Conversar com o parceiro e respeitar os limites e desejos de cada um é uma maneira saudável de vivenciar sua vida sexual e reprodutiva.

Muitas são as dúvidas que rondam a iniciação sexual. Por isso, o acesso à informação e uma boa relação familiar podem ajudar a passar por esse momento de maneira mais tranquila e segura. A escola também pode ser uma importante aliada. A educação sexual é um fator de proteção para os jovens, pois reduz a chances de uma sexarca precoce e aumenta a prática do sexo seguro.

Orgasmo

O orgasmo é o momento de maior intensidade do prazer sexual. Ocorre quando há alto grau de excitação e libera a tensão sexual acumulada ao longo do ciclo sexual. Envolve um conjunto de fatores físicos e psíquicos, internos e externos.

O ciclo de resposta sexual envolve quatro fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução. O desejo é uma fase psicológica do ciclo. Pode ser desencadeada por estímulos internos ou externos. Ver alguma cena erótica, experimentar cheiros ou sensações que relembrem alguma situação excitante ou ter pensamentos sexuais, por exemplo, podem desencadear um conjunto de respostas cerebrais que elevam o tesão, levando a segunda etapa do ciclo, a excitação.

Nesta fase, respostas físicas ocorrem. O cérebro desencadeia um conjunto de reações que preparam o corpo para a relação sexual. Os batimentos cardíacos e a respiração se aceleram, há elevação da pressão arterial e os mamilos costumam ficar enrijecidos. A ereção e a lubrificação da vagina são consequências da excitação. Quanto maior a excitação, mais intenso será o orgasmo. Para isso,

estar à vontade com a relação sexual é fundamental. Investir nas carícias e explorar o corpo da(o) parceira(o) elevam a tensão sexual e facilitam a chegada ao próximo estágio, o orgasmo.

O orgasmo representa a fase em que se alcança a sensação sexual mais intensa e prazerosa. Os efeitos surgidos na fase de excitação chegam a seu ponto máximo e contrações pélvicas (pênis, vagina) e dos músculos do abdômen, nádegas, pescoço e rosto indicam a chegada do gozo. O orgasmo produz sensação de bem estar e relaxamento. Nos homens, esta fase costuma ser acompanhada da ejaculação. Porém, é necessário ressaltar que ejaculação e orgasmo não são as mesmas coisas.

Caixinha da Dúvida!

[Tem algum método para resolver a ejaculação precoce?](#)

Dificuldade em chegar lá...

Após o orgasmo, o corpo entra na fase de resolução. Aqui, o organismo volta gradativamente ao estado anterior a excitação. Batimentos cardíacos, pressão arterial e respiração são reduzidos e os demais efeitos vão diminuindo até chegarem ao estado de normalidade.

Os homens possuem, ainda, o período refratário. Após a ejaculação o pênis perde a ereção e é necessário um tempo de recuperação para iniciar um novo ciclo de excitação. Esse tempo varia conforme a idade do homem ou seu estado de saúde. Quanto mais jovem, menor o período e maior a qualidade da ereção. Nas mulheres, essa fase não existe. Isso permite a elas ter orgasmos em sequência se não houver redução da excitação.



Gráfico 1: Etapas da resposta sexual.

A maior liberdade sexual vivenciada nas últimas décadas permitiu a homens e mulheres buscarem a satisfação sexual em seus relacionamentos. O orgasmo ocupa lugar importante nesta questão, uma vez que significa o ponto de êxtase do sexo. O orgasmo possui diferentes intensidades e não alcança-lo, eventualmente, não é um problema.

Algumas pessoas, entretanto, apresentam dificuldades em chegar a essa etapa do ciclo sexual. Fatores psicológicos, quase sempre, estão relacionados a isso e é importante descobrir os motivos que levam a ausência do orgasmo. A insatisfação sexual pode levar a problemas no relacionamento e a frustrações, um ciclo que, se não for interrompido, traz prejuízos ao indivíduo.

Alcançar o orgasmo tem a ver com a excitação. Se alguma fase do ciclo de resposta sexual for afetada, o desejo é impactado e impede a chegada ao orgasmo. Para viver sua sexualidade de forma plena, é fundamental estar confortável consigo e com o(a) parceiro(a). Conhecer o próprio corpo, como ele responde aos estímulos e carícias e haver diálogo aberto entre os companheiros contribui para uma relação sexual mais prazerosa.

Chegar ao clímax sexual também está ligado à superação de tabus, preconceitos e repressões sociais. Alguns mitos sobre o orgasmo fantasiam este momento a ponto de torná-lo praticamente inatingível, gerando ansiedade e maiores dificuldades para alcançá-lo.

Apesar de o senso comum fazer parecer que homens tenham maior desejo ou prazer sexual, isso não é necessariamente verdadeiro. Ambos possuem estruturas biológicas que, em condições normais, proporcionam excitação e prazer sexual. É preciso reconhecer, porém, que há diferenças entre os dois. A maneira com que as pessoas se excitam é diversa e elas só podem ser conhecidas através do diálogo e cumplicidade entre o casal. Dessa forma, o sexo deve ser bom para todos, não havendo disparidade por ser homem ou mulher.

Em situações em que o orgasmo é raramente atingido, pode estar havendo a anorgasmia, uma disfunção sexual que necessita de tratamento. Fatores psicológicos, fisiológicos ou sociais também podem explicar a ausência ou redução do desejo sexual. Havendo insatisfação com o desempenho sexual, é importante buscar ajuda para superá-lo.



Figura 4: Caminhos.

Sexo e saúde

A saúde sexual e reprodutiva (SSR) é considerada um direito humano. Isso significa que é universal, não dependendo de questões culturais ou sociais. A sexualidade é parte fundamental da vida das pessoas e estar bem informado sobre questões relacionadas a ela é essencial para a saúde.

O sexo e as relações afetivas ocupam lugar central neste debate. Porém, por muito tempo, foi tratada quase que restritamente no campo médico/biológico. Os programas de saúde contemplam ações para enfrentar a gravidez indesejada e as IST. Ignoram os demais aspectos da sexualidade humana, reduzindo as relações sexuais e afetivas apenas ao campo reprodutivo.

Cada sociedade entende a sexualidade de acordo com seu conjunto de regras e normas morais. Aprendemos desde cedo com a família, escola e demais meios sociais o que deve ou não ser permitido e incorporamos esses conceitos. Ultrapassar esses valores requer uma reflexão mais ampla para que as escolhas corretas sejam feitas na expressão da própria sexualidade.

Uma vida sexual saudável envolve o conhecimento sobre planejamento reprodutivo, proteção contra IST

e todos os campos da sexualidade. Portanto, é necessário estar informado sobre como determinar o momento em que a paternidade/maternidade é desejável, bem como estar confortável sobre sua orientação sexual e identidade de gênero. A afetividade, o amor e a satisfação sexual fazem parte de uma vida plena e devem ser alcançadas por todos.

Caixinha da Dúvida!

[Sexo anal.](#)

E quando dói?

Sentir dores durante ou após o ato sexual não é considerado normal. Dores são manifestações do corpo de que algo está errado. Em relação ao sexo, podem ter diversos motivos, sejam eles orgânicos, como doenças ou resultado do uso de determinados medicamentos, ou psicológicas. Compreender as causas das dores é fundamental para tratar essa condição e ter uma vida sexual saudável.

Essas dores podem ser na vagina, uretra, bexiga ou pelve, nas mulheres. Nos homens, no pênis, uretra, testículos e pelve. Quando há excitação prolongada e a ejaculação não ocorre, o sangue que ficou concentrado nessa região mantém os músculos tensionados por longo período. Esse tempo provoca cansaço muscular e dor, chamada popularmente de “dor no saco” ou “bolas azuis”. Normalmente, a masturbação resolve a situação ao relaxar os músculos e reduzir o fluxo sanguíneo no local. Caso isso não ocorra, é importante visitar o urologista.

Quando uma mulher fica algum tempo sem ter relações sexuais, a elasticidade das paredes da vagina diminui e também sua lubrificação. Isso pode causar desconforto quando uma nova relação ocorrer.

Na figura ao lado, estão listadas as principais causas de dor nas relações sexuais.

Mulheres

Causas físicas:

- Falta de lubrificação;
- Infecções genitais;
- Inflamações genitais;
- Lesões;
- Doenças (endometriose, cistite e miomas);
- Vaginismo.

Causas psicológicas:

- Estresse;
- Depressão;
- Vergonha, culpa ou medo;
- Traumas (violência sexual);
- Desconforto com o parceiro.

Homens

Causas físicas:

- Fimose ou freio curto;
- Doença de Peyronie;
- Prostatites (inflamações na próstata);
- Uretrites (inflamações na uretra);
- Infecções genitais;
- Inflamações genitais.

Causas psicológicas:

Nos homens, em geral, fatores psicológicos podem levar a dificuldade em ter ou manter ereções de qualidade. Além disso, podem ocorrer disfunções como a ejaculação precoce ou retardada.

Prevenção e sexo seguro

O sexo além de ser uma fonte de prazer, traz diversos benefícios à saúde. Proporciona relaxamento, diminui dores, reduz o estresse e eleva a autoestima. Viver esse momento de forma completa requer segurança em si e no(a) parceiro(a), conhecimento sobre métodos contraceptivos e de proteção para IST.

A escola e a família tem importante papel na orientação dos jovens. Quanto mais informados, menores as chances de um comportamento de risco se manifestar. Um diálogo aberto e programas que tratem amplamente as questões da sexualidade são essenciais.

Todas as relações sexuais sejam elas orais, vaginais ou anais oferecem riscos de transmissão de IST. Por isso, utilizar preservativos nas relações sexuais e realizar testagem contra essas infecções é fundamental.

Transar sem o uso de métodos contraceptivos é um comportamento de risco para quem não deseja ter filhos. O ideal é utilizar métodos combinados de contracepção, de modo a prevenir duplamente a gravidez indesejada e as IST.

Não existem regras para o número de relações sexuais ou para o momento em que elas devem ser feitas. Em qualquer momento do ciclo reprodutivo a relação sexual é possível. Seja antes, durante ou após a menstruação, essa é uma decisão do casal e deve levar em conta se estão confortáveis. Desde que não interfiram nas atividades diárias e nas relações sociais dos indivíduos, transar não traz prejuízos às pessoas.

Caixinha da Dúvida!

[O álcool interfere no desempenho sexual?](#)

Bibliografia consultada

ANTONIOLI, R. D.; SIMÕES, D. **Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas**. Revista Neurociências, v. 18, n. 2, p. 267-274, 31 mar. 2001. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8489>. Acesso em: 21 jun. 2019.

BORGES, A. L. V. **Relações de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 41, n. 4, p. 597-604, 1 dez. 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3610/361033292009.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2019.

BORGES, A. L. V. et al. **Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 23, p. 1583-1594, 2007. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2011001100014&script=sci_abstract. Acesso em: 6 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva : os homens como sujeitos de cuidado**. Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_reprodutiva_homens_cuidado.pdf. Acesso em: 21 jun. 2019.

CAMPOS, H. M.; SCHALL, V. T.; NOGUEIRA, M. J. **Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: interlocuções com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)**. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 37, n. 97, p. 336-346, June 2013 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jun. 2019.

CANO, M. A. T.; FERRIANI, M. das G. C. **Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico**. Rev.latinoam.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 18-24, abril 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n2/12413>. Acesso em: 21 jun. 2019.

FAGUNDES, M. E. de O. **Sexualidade Humana e Orgasmo Sexual**. Psicologia em Foco, v. 2, n. 1, 2009. Disponível em: http://linux.alfamaweb.com.br/sgw/downloads/161_114815_ARTIGO10-Sexualidadehumanaeorgasmossexual.pdf. Acesso em: 21 jun. 2019.

FERREIRA M. C. et al. **Correlação Entre a Incompetência Esfincteriana Anal e a Prática de Sexo Anal em Homossexuais do Sexo Masculino.** Rev bras Coloproct, 2010;30(1): 055-060. Disponível em: http://www.jcol.org.br/pdfs/30_1/07.pdf. Acesso em: 21 jun. 2019.

GERIN, L. **A ocorrência de dispareunia entre mulheres: como fica a saúde sexual?**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-06082008-143542/pt-br.php>. Acesso em: 06 jun. 2019.

HUGO, T. D. de O. et al. **Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional.** Cadernos de Saúde Pública, v. 27, p. 2207-2214, 2011. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=So102-311X2011001100014&script=sci_abstract. Acesso em: 21 jun. 2019.

MARQUES, F. Z. C.; CHEDID, S. B.; EIZERIK, G. C. **Resposta sexual humana.** Revista de Ciências Médicas, v. 17, n. 3/6, 2012. Disponível em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/755/735>. Acesso em: 21 jun. 2019.

MEYER, D. E. Estermann; KLEIN, C.; ANDRADE, S. dos S. **Sexualidade, prazeres e vulnerabilidade: implicações educativas.** Educação em revista (Belo Horizonte). N. 46 (dez. 2007), p. 219-239, 2007. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/100226>. Acesso em: 21 jun. 2019.

OLIVEIRA-CAMPOS, M. et al. **Comportamento sexual em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012).** Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 17, supl. 1, p. 116-130, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000500116&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jun 2019.

SARRIS, A. B. et al. **Fisiopatologia, avaliação e tratamento da disfunção erétil: artigo de revisão.** Revista de Medicina, v. 95, n. 1, p. 18-29, 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/revistadc/article/view/98277>. Acesso em: 21 jun. 2019.

SILVA, S. C. da. et al. **Mitos e dúvidas de adolescentes acerca das modificações corporais e suas implicações na sexualidade.** Revista de Enfermagem da UFSM, v. 4, n. 2, p. 459-469, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/10812>. Acesso em: 21 jun. 2019.

TELO, S. V.; WITT, R. R. **Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 3481-3490, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.20962016>. ISSN 1678-4561.

TRONCO, C. B.; DELL'AGLIO, D. D. **Caracterização do comportamento sexual de adolescentes: iniciação sexual e gênero**. *Geraiis, Rev. Interinst. Psicol., Juiz de fora*, v. 5, n. 2, p. 254-269, dez. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202012000200006&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 21 jun. 2019.

Caixinha da Dúvida

Masturbação

A masturbação para muitos é um assunto rodeado de mitos ou tabus. Já foi considerada imoral, um desvio da sexualidade sadia e, portanto, algo a ser evitado. Tais pensamentos transformaram essa prática sexual em fonte de culpa para muitos jovens e adultos.

A estimulação sexual através da masturbação é uma prática saudável e que não traz prejuízos ao corpo ou a mente. É uma forma de autoconhecimento em relação ao próprio corpo bem como de obtenção de prazer sexual. Pode ser realizada sozinho ou acompanhado de forma segura.

Mitos sobre o aparecimento de pelos nas mãos ou outros sintomas físicos são maneiras utilizadas para reprimir a prática, não tendo relação nenhuma com a verdade. Ela não acelera e nem diminui o ritmo do desenvolvimento do corpo, logo, não pode ser percebida por outras pessoas.



Ilustração: CORREA, 2019.

Figura 1: Masturbação.

Retornar

Coletor menstrual

O coletor menstrual, também chamado de copinho, não serve como método contraceptivo. Ele é um substituto do absorvente íntimo e tem a função de coletar o sangue menstrual.

É um produto seguro, hipoalergênico e reutilizável. É vendido em tamanhos diferentes para mulheres que nunca tiveram filhos e para as que já foram mãe. Pode ser utilizado entre 6 e 12 horas seguidas, dependendo do fluxo menstrual da mulher. Durante esse período, é necessário esvaziar o coletor.

O líquido pode ser descartado no vaso, pia ou ralo do chuveiro. Ele não possui cheiro durante o período de uso, uma vez que o sangue menstrual não entra em contato com o oxigênio.

Após o uso, recomenda-se lavar com água e sabão. No fim da menstruação é indicado ferver o coletor para correta higienização. O coletor tem vida útil entre 5 e 10 anos.

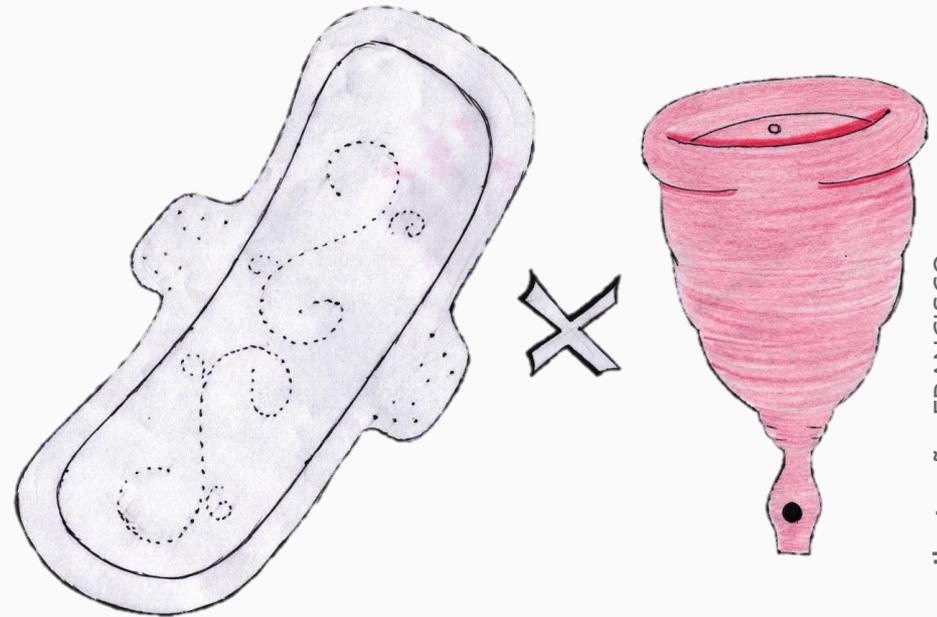


Ilustração: FRANCISCO, 2019.

Figura 2: Absorvente ou coletor?

Retornar

Pílula de emergência

A pílula anticoncepcional, se utilizada da maneira correta, é muito eficiente na prevenção da gravidez. Portanto, não há necessidade do uso da pílula anticoncepcional de emergência, se estiver fazendo o uso correto da pílula anticoncepcional.

Se uma mulher faz uso regular da pílula anticoncepcional e esqueceu de tomar a pílula por 03 dias e teve relação sexual desprotegida nesse período, ela poderá utilizar a pílula do dia seguinte como forma de evitar a gravidez. Não é necessário interromper o uso da pílula anticoncepcional, porém, pelos próximos 07 dias, será necessário fazer uso de métodos contraceptivos de apoio, como a camisinha, em caso de relação sexual.

Retornar



Figura 3: Dúvidas.

Sexo anal engravida?

O ânus faz parte do sistema digestório, se comunica com a parte final do intestino grosso e não tem ligação com o sistema reprodutor. O sexo anal, deste modo, não oferece riscos de gravidez.

Entretanto, é importante lembrar que mesmo não gerando riscos de gerar gravidez, o sexo anal deve ser realizado com preservativo para proteção do casal. O uso de lubrificantes a base de água é indicado para a prática desse ato sexual. Como essa região não é lubrificada, a não utilização desse produto pode provocar lesões na área por conta do atrito, além de aumentar a chance da contração de alguma IST ou doenças transmitidas pelo contato com as fezes. Sexo anal sem proteção é uma importante via de transmissão de IST. A ausência de lubrificação potencializa os riscos, por isso devem sempre ser utilizadas conjuntamente aos preservativos.

Retornar

Cistos no ovário

Há diferentes tipos de [cistos ovarianos](#). Os mais comuns não costumam trazer prejuízos à fertilidade ou à saúde da mulher. Há, entretanto, casos mais graves que podem envolver cistos malignos e que precisam de maior atenção.

Os cistos ovarianos são classificados em neoplásicos, quando há crescimento de massa celular ou não neoplásicos, quando causados por aumento de líquido. Os cistos neoplásicos podem ser benignos ou malignos (câncer).

Os cistos não neoplásicos mais comuns são denominados funcionais. Nestes casos, o acúmulo temporário de líquidos nos folículos ovarianos ou corpo lúteo leva ao aumento do volume dessas estruturas. Cistos foliculares geralmente não apresentam sintomas, mas em alguns casos, podem levar às alterações no ciclo menstrual ou a algum desconforto em caso de rompimento. Esses cistos costumam desaparecer sozinhos num período entre quatro a oito semanas.

Já os cistos de corpo lúteo, menos comuns, ocorrem quando há acúmulo de sangue nessa estrutura. Em caso de grande acúmulo de sangue, o corpo lúteo pode se romper provocando dores agudas.

Se o sangramento não parar, será necessária

intervenção médica para estancar a hemorragia. Esses cistos normalmente não provocam alterações hormonais, mas há casos em que o corpo lúteo mantém seu funcionamento por até duas semanas gerando atraso menstrual e dores no ventre e ao toque vaginal.

O cisto ovariano neoplásico benigno é um tipo de tumor ovariano não canceroso. Apresenta crescimento celular anormal e, dependendo do tipo, pode formar estruturas como gordura, dentes e cabelo. Podem levar à torção do ovário, estado em que é necessária intervenção cirúrgica.

Já os tumores malignos são os mais preocupantes. Possuem desenvolvimento geralmente assintomático e, por isso, difícil de ser diagnosticado. Os sintomas costumam aparecer quando a doença já está avançada e é mais comum em mulheres entre 40 e 50 anos. Nesses casos, o médico deverá ser consultado para prescrever o tratamento adequado. Retirada dos ovários e a realização de quimioterapia são opções de tratamento.

Os cistos funcionais costumam não afetar a fertilidade das mulheres. Cistos neoplásicos podem levar a retirada dos ovários ou útero, o que impacta a fertilidade da mulher.

Retornar

Dois pais?

Geralmente, a mulher libera um ovócito a cada ciclo reprodutivo. Nestes casos, caso haja relação sexual desprotegida durante o período fértil, existe chance de uma gravidez ocorrer.

Um ovócito só pode ser fecundado por um espermatozoide. Por isso, uma gravidez de gêmeos fraternos (não idênticos) ocorre quando mais de um gameta feminino é liberado durante o período fértil da mulher. Assim, cada ovócito é fecundado por um espermatozoide, gerando a gravidez múltipla e a diferença entre os gêmeos.

A liberação de dois ou mais ovócitos em um mesmo ciclo é um fenômeno pouco comum e é apenas nesses casos que uma mulher pode engravidar de mais de um homem no mesmo período. Para isso ocorrer, as relações sexuais devem ocorrer durante o mesmo período fértil da mulher e o espermatozoide de cada homem fecundar ovócitos diferentes. Esse é um fenômeno bastante raro, mas possível de ocorrer.

[Retornar](#)

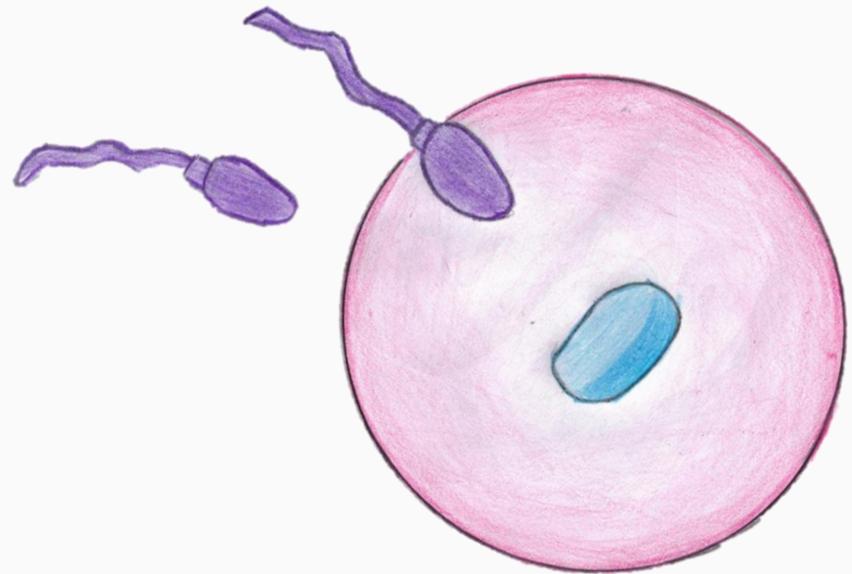


Figura4: Fecundação.

Ilustração: C. de OLIVEIRA, 2019.

HIV entre os jovens

A adolescência é um período de grandes descobertas. As mudanças no corpo e o amadurecimento do jovem o levam a experimentar novos desejos e sensações. Nesta fase, a sexualidade se manifesta de maneira intensa e questões como a iniciação sexual e comportamentos de risco como uso de álcool e outras drogas podem ocorrer mais frequentemente.

Atualmente, temos cerca de 40 mil novos casos de detecção de HIV, anualmente, no país. Ao todo, mais de 860 mil pessoas vivem com o vírus no Brasil. Cerca de 20% dos novos casos de infecção por HIV, a cada ano, ocorre em jovens, principalmente entre os meninos.

Segundo a pesquisa PeNSE de 2016, mais da metade dos adolescentes brasileiros já haviam iniciado sua vida sexual aos 17 anos. A via sexual é a forma mais comum de transmissão do HIV, e associada ao baixo uso de preservativo nas relações sexuais, tem contribuído para o aumento do número de jovens entre 15 e 24 anos que vivem com o vírus.

Durante o ano de 2007, 1320 jovens foram identificados com HIV. Esse número foi aumentando

anualmente. Ao longo de todo o ano de 2017, por exemplo, o número de diagnósticos foi de mais de 10600 casos. Isso significa que o número de pessoas diagnosticadas, a cada ano, aumentou mais de 800% entre 2007 e 2017.

A evolução no diagnóstico e o comportamento dos jovens podem ajudar a explicar esses números. Há entre os adolescentes maior preocupação com uma possível paternidade/maternidade precoce do que com a possibilidade de contrair alguma IST. Isso faz com que muitos deixem de usar camisinha nas relações sexuais e se exponham a riscos. A iniciação da vida sexual mais cedo, o maior número de parceiros sexuais e a imaturidade dos adolescentes nesta fase têm contribuído para o crescimento das infecções por HIV e outras IST's.

A existência de alguma IST eleva as chances de contaminação por HIV entre quatro e cinco vezes. Este problema é agravado por conta de, muitas vezes, os serviços de saúde só serem procurados a partir da identificação dos sintomas da doença, fato que pode demorar a acontecer ou ser ignorado pelos adolescentes.



HIV entre os jovens

O uso de álcool e outras drogas também é um fator de risco. Esse comportamento, ao modificar o estado natural do jovem, prejudica sua tomada de decisão em relação à prevenção de IST. O uso de preservativo pode ser desconsiderado, uma vez que a análise dos riscos não é feita em plenas capacidades psíquicas. O compartilhamento de materiais como seringas e agulhas também são fontes de infecção importantes.

Realizar os testes de detecção de HIV é uma importante forma de prevenção. No Brasil, o tratamento é oferecido gratuitamente pelo SUS a todas as pessoas que vivem com o vírus. Estando em tratamento e com taxas indetectáveis de vírus no sangue, a transmissão do HIV é interrompida. Portanto, conhecer sua sorologia (ter ou não o vírus) é uma forma eficaz de prevenção, própria e dos seus parceiros.

Quando um não quer...

O sexo é um momento íntimo que envolve troca de estímulos e carícias. É fonte de prazer e bem estar e traz benefícios a saúde. Estar em uma relação sexual, além de desejo, envolve confiança e cumplicidade entre o casal. Por isso, a transa só pode ocorrer quando houver consentimento dos envolvidos. Esse momento tem de ser bom para todos e não deve acontecer para satisfazer apenas um dos parceiros.

É normal que um dos companheiros demonstre desejo sexual e que o outro, eventualmente, não esteja afim. É importante conversar francamente. Dizer não é respeitar seus limites e vontades. Os parceiros devem compreender e respeitar um ao outro, pois é assim que se desenvolve uma relação sadia.

Quando um dos integrantes do casal é virgem, essa questão pode ser ainda mais evidente. Por não existir um momento específico para ter a primeira relação sexual, cada pessoa se sentirá pronta e confortável em seu tempo. Cabe ao outro entender e respeitar essa decisão. Assim, quando a hora chegar, ambos poderão viver este momento de forma tranquila e afetuosa.

Se o casal já tiver vida sexual ativa e esse desencontro de desejo for frequente, é importante conversar para descobrir o que está provocando essa situação. Estresse, cansaço ou outros problemas podem reduzir a libido, gerando esse descompasso sexual. Resolvendo esse entrave, o casal pode voltar à vida sexual normal.

Retornar



Ilustração: CARMO, 2019.

Figura 5: Diálogo.

Ejaculação precoce

As disfunções sexuais são problemas que prejudicam as funções sexuais de homens e mulheres e possuem origem psicológica ou físicas. Entre as disfunções sexuais masculinas, podemos citar: ejaculação precoce, ejaculação retardada, ejaculação retrógrada, anejaculação (ausência de ejaculação), anorgasmia e a disfunção erétil (impotência sexual).

A [ejaculação precoce](#) (EP) é um distúrbio que atinge 20% a 30% dos homens, o que a torna uma das disfunções sexuais mais comuns neste público. É caracterizada pela ejaculação que acontece antes ou logo após a penetração e sem que o homem possa controlar. É necessário que esse quadro se repita com frequência para diagnosticá-la.

A EP afeta homens de todas as idades, porém, é mais comum na adolescência. Está ligada, na maioria das vezes, a quadros de ansiedade,

à inexperiência e às pressões por desempenho sexual. A junção desses fatores os deixa ainda mais ansiosos, levando-os a ejacular mais rapidamente. A maturidade e a naturalização das relações sexuais tendem a fazer com que este problema seja resolvido.

Caso isso não aconteça ou ela surja em outro momento da vida, é importante buscar ajuda médica. A repetição dos casos aumenta a ansiedade e pode gerar consequências psicológicas como frustração, angústia e até a recusa de novas experiências sexuais. Também pode se associar à disfunção erétil.

O tratamento inclui psicoterapia e o uso de antidepressivos para reduzir o nível de ansiedade e auxiliar o homem a controlar a ejaculação. Também é importante estabelecer diálogo aberto com a(o) parceira(o), pois seu apoio potencializa o tratamento.

Retornar

Sexo anal

Retornar

A prática do sexo anal tem sido descrita desde a antiguidade e, apesar disso, ainda é cercada de muitos mitos e tabus. Muitas vezes identificada como uma prática suja ou errada, contribui para uma imagem negativa dessa prática e a manutenção das dúvidas sobre esse ato. O sexo anal também pode ser fonte de prazer e ser realizado de forma segura.

O uso de preservativo é fundamental. A flora bacteriana que existe no reto é diferente da existente em outras partes do corpo, portanto, usar camisinha impedirá o desenvolvimento de infecções. É importante ressaltar que, ao realizar sexo anal ou a introdução de objetos ou dedos no ânus, não se deve estimular ou penetrar a vagina ou boca em seguida. Isso levaria bactérias de um local para outro com possíveis implicações para a saúde. A cada tipo de sexo, o preservativo deve ser trocado de modo a proteger quem está sendo penetrado.

A prática do sexo anal não necessariamente significa fonte de dor ou desconforto. Isso tem a ver com estar relaxado e com desejo de realizar o ato.

Como a musculatura e anatomia do ânus não estão preparadas para o sexo, relaxar essa musculatura é fundamental para não se machucar durante a relação.

Usar lubrificantes a base de água também é muito importante. Essa região não possui lubrificação natural suficiente para que a penetração ocorra. Saliva e a lubrificação do preservativo não são suficientes para evitar que lesões nessa região ocorram. Essas lesões aumentam as chances de contrair alguma IST ou desenvolver hemorroidas ou perder o controle do ânus.

Portanto, os prejuízos relacionados ao sexo anal têm a ver com a maneira com que é feito e não com o ato em si. O número de relações sexuais não afeta o controle anal, porém, caso exista alguma condição pré-existente, pode acabar sendo agravada. Em caso de desconforto, é importante buscar ajuda para assegurar que tudo esteja bem. Desde que feito da maneira adequada, esse ato pode ser tão seguro e prazeroso como os demais.

Sexo e o álcool

O álcool é, muitas vezes, utilizado como se fosse uma maneira de evitar a ejaculação precoce. Por conta de ser uma substância depressora do sistema nervoso, em pequenas doses, costuma causar sensação de relaxamento e desinibição. Por conta disso, muitos acreditam que beber potencialize o prazer e a potência sexual.

Entretanto, pode ocorrer exatamente o oposto. O consumo dessa substância afeta áreas do nosso sistema nervoso responsável pelos reflexos, excitação e prazer. Em doses elevadas, pode levar a dificuldade de ter ou manter a ereção nos homens e prejudicar a lubrificação nas mulheres. Ao reduzir a sensibilidade do corpo aos estímulos, afeta a capacidade de ter orgasmos, ejacular e até mesmo o desejo sexual.

Outra preocupação com a associação entre sexo e álcool é o aumento das chances de apresentar comportamentos de risco. O uso de preservativo diminui quando há uso de bebidas alcoólicas, o que eleva as chances de ocorrer uma gravidez indesejada ou contração de alguma IST.

Retornar



Ilustração: CARMO, 2019.

Figura 6: Sexo e álcool.

Ilustrações

Lista de ilustrações – Capítulo 1

[Retornar](#)

Figura	Título	Ilustradora
Figura 1	Aparelho reprodutor masculino	Isadora V. de S. Correa
Figura 2	Testículo	Natália A. Zucheto
Figura 3	Testículo com câncer	Natália A. Zucheto
Figura 4	Espermatozoide	Natália A. Zucheto
Figura 5	Caminho dos espermatozoides	Dâmaris de O. Francisco
Figura 6	Desenvolvimento do pênis	Dâmaris de O. Francisco
Figura 7	Doença de Peyronie	Isadora V. de S. Correa
Figura 8	Disfunção erétil	Isadora V. de S. Correa

Figura	Título	Ilustradora
Figura 9	Glândulas sexuais acessórias	Dâmaris de O. Francisco
Figura 10	Próstata normal x Próstata aumentada	Natália A. Zucheto
Figura 11	Amadurecimento feminino	Sara F. E. de Oliveira
Figura 12	Ovulação	Cintia B. C. de Oliveira
Figura 13	Útero	Isadora V. de S. Correa
Figura 14	Sintomas de TPM	Francielly S. do Carmo
Figura 15	Visão externa do apar. repr. feminino	Cintia B. C. de Oliveira
Figura 16	Pudendo feminino	Sara F. E. de Oliveira

Lista de ilustrações

Capítulo 2

[Retornar](#)

Figura	Título	Ilustradora
Figura 1	Representação dos mét. contraceptivos	Isadora V. de S. Correa
Figura 2	Contracepção	Francielly S. do Carmo
Figura 3	Ciclo menstrual	Dâmaris de O. Francisco
Figura 4	Calculando o período fértil	Cintia B. C. de Oliveira
Figura 5	Contracepção através do método Billings	Cintia B. C. de Oliveira
Figura 6	Métodos hormonais	Natália A. Zucheto
Figura 7	Pílula anticoncepcional	Isadora V. de S. Correa
Figura 8	Com que roupa?	Isadora V. de S. Correa

Figura	Título	Ilustradora
Figura 9	Corte das tubas uterinas	Natália A. Zucheto

Capítulo 3

Figura	Título	Ilustradora
Figura 1	Gravidez	Dâmaris de O. Francisco
Figura 2	Ciclo de 28 dias	Francielly S. do Carmo
Figura 3	Prevenção combinada	Dâmaris de O. Francisco
Figura 4	Pré-natal	Isadora V. de S. Correa

Lista de ilustrações

[Retornar](#)

Capítulo 4

Figura	Título	Ilustradora
Figura 1	Camisinha x IST	Dâmaris de O. Francisco
Figura 2	Microorganismos	Dâmaris de O. Francisco
Figura 3	Vírus HIV	Isadora V. de S. Correa
Figura 4	Proteção contra as IST	Isadora V. de S. Correa
Figura 5	PrEP e PEP	Cintia B. C. de Oliveira
Figura 6	Sintomas da sífilis	Isadora V. de S. Correa

Capítulo 5

Figura	Título	Ilustradora
Figura 1	Embaixo dos lençóis	Cintia B. C. de Oliveira
Figura 2	Primeira vez	Cintia B. C. de Oliveira
Figura 3	Tipos de hímen	Sara F. E. de Oliveira
Figura 4	Caminhos	Cintia B. C. de Oliveira

Lista de ilustrações

[Retornar](#)

Caixinha da dúvida

Figura	Título	Ilustradora
Figura 1	Masturbação	Isadora V. de S. Correa
Figura 2	Absorvente ou coletor?	Dâmaris de O. Francisco
Figura 3	Dúvidas	Sara F. E. de Oliveira
Figura 4	Fecundação	Cintia B. C. de Oliveira
Figura 5	Diálogo	Francielly S. do Carmo
Figura 6	Sexo e álcool	Francielly S. do Carmo

Sobre os autores

Paulo Ricardo Rodrigues



Biólogo (licenciatura) pela Escola Superior São Francisco de Assis (ESFA), mestre em Ensino de Biologia pelo Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Ensino de Biologia em Rede Nacional (PROFBIO) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES – Campus São Mateus).

Professor da rede pública estadual do Estado do Espírito Santo desde 2014.

Juliana Castro Monteiro Pirovani



Bióloga (bacharelado e licenciatura) pela Universidade Federal de Viçosa (UFV), mestre e doutora em Biologia Celular e Estrutural pelo Programa de Pós-graduação em Biologia Celular e Estrutural da Universidade Estadual de Campinas. É professora associada da Universidade Federal do Espírito Santo, lotada no Departamento de Ciências Agrárias e Biológicas (UFES – Campus São Mateus).

Professora Permanente do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Rede Nacional (PROFBIO) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES – Campus de São Mateus).