

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**SAÚDE REPRODUTIVA E FORMAÇÃO MÉDICA:
A INICIAÇÃO SEXUAL, A CONCEPÇÃO E A
CONTRACEPÇÃO ENTRE ESTUDANTES DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.**

Luiz Roberto Augusto Noro

FORTALEZA, 2000.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**SAÚDE REPRODUTIVA E FORMAÇÃO MÉDICA:
A INICIAÇÃO SEXUAL, A CONCEPÇÃO E A
CONTRACEPÇÃO ENTRE ESTUDANTES DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.**

Luiz Roberto Augusto Noro

**Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade Federal do Ceará,
Departamento de Saúde Comunitária para
obtenção do título de Mestre.**

Professor Orientador: Wálter Fonseca

Professor Co-Orientador: Luciano Lima Correia

Fortaleza

Setembro, 2000.

FICHA CATALOGRÁFICA

N852s Noro, Luiz Roberto Augusto

Saúde reprodutiva e formação médica: a iniciação sexual, a concepção e a contracepção entre estudantes de Medicina da Universidade Federal do Ceará / Luiz Roberto Augusto Noro – Fortaleza, 2000.

100 f.

**Orientador: Prof. Wálter Fonseca
Co-Orientador: Prof. Luciano Lima Correia**

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Departamento de Saúde Comunitária.

1. Saúde reprodutiva. 2. Formação Médica. I. Título

CDU: 616.2

**SAÚDE REPRODUTIVA E FORMAÇÃO MÉDICA: A INICIAÇÃO
SEXUAL, A CONCEPÇÃO E A CONTRACEPÇÃO ENTRE
ESTUDANTES DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ.**

Luiz Roberto Augusto Noro

Dissertação apresentada ao curso de mestrado em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Data da aprovação: 28/setembro/2000.

Banca examinadora:

Profa. Dra. Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher

Profa. Dra. Zenilda Vieira Bruno

Prof. Dr. Paulo César de Almeida

Dedico este trabalho

- **a todas as mulheres que lutam pela igualdade e pelo direito a vida, especialmente minha esposa Ellis, minha mãe Elsa, minha irmã Cláudia e minha sogra Neuza, mulheres que me ensinaram e ensinam a importância do amor, da felicidade e da família;**
- **a todas as crianças, que nos estimulam à busca da justiça, simbolizados pelos meus filhos Natália e Giovanni que, apesar da idade, muito me incentivaram na construção deste trabalho;**
- **àqueles que, apesar de já terem ido (minha avó Glória, meu avô Paschoal e meu pai Idilberto), me acompanham todos os dias pois com eles aprendi as coisas mais importantes da minha vida.**

“Defender com seriedade, rigorosamente, mas também apaixonadamente, uma tese, uma posição, uma preferência, estimulando e respeitando, ao mesmo tempo, o direito ao discurso contrário, é a melhor forma de ensinar, de um lado, o direito de termos o dever de “brigar” por nossas idéias, por nossos sonhos e não apenas de aprender a sintaxe do verbo haver, de outro, o respeito mútuo.”

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

Ao professor Luciano Correia, que de forma amiga, solícita e corajosa, mostrou-me o quanto é fundamental a formação ética e moral do professor, aceitando o desafio de, em tempo e ocasião adversos, construir uma pesquisa com responsabilidade e determinação;

Aos professores do Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará que, apesar das dificuldades impostas à Universidade pública pela atual política econômica, desdobraram-se no compromisso da formação de novos mestres;

Ao professor Wálter Fonseca que me indicou o caminho na construção do presente trabalho;

À Daniela Freitas e ao Carlyle Oliveira, pesquisadores natos que, apesar da dificuldade natural da graduação em Medicina, conseguiram acessar os estudantes, aplicar questionários, revisar literatura e descobrir as dificuldades para formação do médico ideal;

À Zenaide e à Conceição, funcionárias do Mestrado que nunca deixaram os prazos e obrigações passarem “em branco”, sempre com muito carinho e atenção;

Aos amigos Galba Gomes, Haroldo Albuquerque e Polyanna Novais que, mais que coordenadores, me incentivaram e possibilitaram a conclusão de mais esta fase na minha formação como docente;

Aos professores do curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza, com quem compartilho as dificuldades de descobrir os melhores meios de ensinar e aprender, com o objetivo de formar um aluno crítico, capaz de se perceber como profissional de saúde e comprometido em proporcionar a construção de um mundo melhor;

Aos alunos do curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza, pelos quais procuro me aprimorar para melhor desempenhar o sempre difícil papel de professor;

Aos funcionários do curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza, em especial à Vitória e ao Fábio, que apesar de toda agitação e desespero, sempre procuraram me compreender e ajudar em todas as situações adversas ao longo dos semestres;

À Fundação Edson Queiroz que viabilizou o meu empenho em me aperfeiçoar para melhor desempenhar minhas atribuições de educador;

A todos aqueles que me fizeram (e fazem) amar o Ceará, pelo carinho e amizade, em especial, Maria Vieira, Renato Maia, Sérgio Luz, Moacir Tavares, Sharmênia Nuto, Valda Viana, Lana Bleicher, Thiago Pelúcio, Emanuel Arraes, Carla Vasconcelos, Helena Ayres e Márlío Ximenes.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição numérica e percentual dos estudantes de medicina, por sexo, grupo etário e fase do curso.....	51
Tabela 2. Distribuição percentual dos estudantes de medicina de acordo com estado civil, por sexo e grupo etário.....	52
Tabela 3. Distribuição percentual de estudantes de medicina com companheiro e média de idade do companheiro, por sexo e grupo etário.....	53
Tabela 4. Distribuição percentual dos estudantes de medicina segundo início da atividade sexual, média de idade da 1ª relação sexual e tempo decorrido da 1ª relação, por sexo e grupo etário.....	54
Tabela 5. Percentual dos estudantes de medicina com experiência com gravidez e aborto, segundo sexo e grupo etário.....	57
Tabela 6. Distribuição percentual do tipo de experiência reprodutiva dos estudantes de medicina, segundo fase do curso e sexo.....	59
Tabela 7. Distribuição percentual por tipo de experiência reprodutiva dos estudantes de medicina, segundo estado civil e tempo de vida sexual.....	60

Tabela 8. Distribuição percentual dos estudantes de medicina com conhecimento dos métodos modernos de anticoncepção, segundo ter companheiro, tempo de vida sexual, experiência conjugal, fase do curso e experiência reprodutiva..... 62

Tabela 9. Distribuição percentual dos estudantes de medicina com conhecimento dos métodos tradicionais de anticoncepção, segundo dispor de companheiro, tempo de vida sexual, experiência conjugal, fase do curso e experiência reprodutiva..... 65

Tabela 10. Distribuição percentual dos estudantes de medicina com companheiro segundo tipo de método anticoncepcional utilizado, por sexo e grupo etário..... 66

Tabela 11. Distribuição percentual do uso de método anticoncepcional entre os estudantes de medicina com companheiro, segundo tempo de vida sexual ativa e experiência conjugal..... 67

Tabela 12. Distribuição percentual dos estudantes de medicina segundo tipo de método anticoncepcional utilizado, por tipo de experiência reprodutiva..... 69

Tabela 13. Distribuição percentual dos estudantes de medicina segundo respostas sobre período em que a mulher teria mais chance de engravidar, por sexo e faixa etária..... 70

Tabela 14. Distribuição percentual dos estudantes de medicina segundo resposta sobre o período fértil, por tempo de vida sexual, ter ou não companheiro e experiência conjugal..... 71

Tabela 15. Distribuição percentual dos estudantes de medicina segundo conhecimento sobre o período fértil e sobre o método de contracepção de emergência, por sexo e grupo etário..... 74

Tabela 16. Distribuição percentual dos estudantes de medicina segundo conhecimento do período fértil e sobre a contracepção de emergência, por experiência conjugal e tempo de vida sexual..... 75

Tabela 17. Distribuição percentual dos estudantes de medicina com conhecimento do período fértil e contracepção de emergência, por sexo e experiência reprodutiva..... 76

Tabela 18. Distribuição percentual dos estudantes de medicina por conhecimento sobre período fértil, contracepção de emergência e ambos por disciplina cursada e evento freqüentado, segundo fase do curso..... 78

Tabela 19. Distribuição percentual dos estudantes de medicina segundo meio de informação sobre contracepção de emergência por fase do curso..... 79

Tabela 20. Distribuição percentual dos estudantes de medicina que cursaram disciplina e participaram de evento sobre planejamento familiar, segundo sexo e fase do curso..... 80

Tabela 21. Distribuição percentual dos estudantes de medicina que participaram de disciplina e evento sobre planejamento familiar, segundo experiência reprodutiva..... 82

Tabela 22. Distribuição percentual dos estudantes de medicina solteiros(as) com companheira(o) que já tinham tido a primeira relação sexual, por uso de condom e utilização ou não de outro método anticonceptivo, segundo sexo e faixa etária..... 83

Tabela 23. Distribuição percentual dos estudantes de medicina solteiros(as) com companheira(o) que já tinham tido a primeira relação sexual, por uso de condom e utilização ou não de outro método anticonceptivo, segundo sexo e fase do curso..... 85

Tabela 24. Distribuição percentual dos estudantes de medicina solteiros(as) com companheira(o) que já tinham tido a primeira relação sexual, por uso de condom e utilização ou não de outro método anticonceptivo, segundo fase do curso e participação em disciplina e evento sobre planejamento familiar..... 86

Tabela 25. Distribuição percentual dos estudantes de medicina solteiros(as) com companheira(o) que já tinham tido a primeira relação sexual por uso de condom e utilização ou não de outro método anticonceptivo, segundo companheiro, tempo de vida sexual e experiência reprodutiva..... 87

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Percentual de alunos de medicina que já tiveram a primeira relação sexual, por sexo e faixa etária.....	55
Gráfico 2. Percentual de alunos que engravidaram e abortaram, por sexo e faixa etária.....	56
Gráfico 3. Percentual de alunos que abortaram em relação ao total que engravidou, por sexo e grupo etário.....	58
Gráfico 4. Distribuição percentual dos alunos de acordo com a fase do curso entre aqueles que abortaram, por sexo.....	60
Gráfico 5. Distribuição percentual dos estudantes de acordo com a situação conjugal entre os que engravidaram e abortaram, por sexo.....	61
Gráfico 6. Percentual de estudantes com conhecimento dos métodos anticonceptivos modernos, por fase do curso.....	64
Gráfico 7. Percentual de uso de métodos anticonceptivos modernos e tradicionais pelos estudantes de medicina, segundo a situação conjugal.	68
Gráfico 8: Percentual dos tipos de respostas sobre período fértil da mulher, segundo fase do curso.....	72

Gráfico 9. Percentual de estudantes de medicina que responderam corretamente sobre período fértil da mulher, por tempo de vida sexual.... 73

Gráfico 10. Percentual de estudantes de medicina que conhecem período fértil, contracepção de emergência e ambos, por sexo..... 75

Gráfico 11: Percentual de estudantes de medicina segundo experiência reprodutiva que reportaram conhecer período fértil e contracepção de emergência, por sexo..... 77

Gráfico 12. Percentual de estudantes de medicina que declararam já ter participado de disciplina que abordasse planejamento familiar, por semestre e sexo..... 81

Gráfico 13. Percentual de estudantes de medicina solteiros, com companheiro, segundo uso de condom, outro método anticonceptivo ou nenhum método, por sexo..... 84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Percentual de uso de métodos anticonceptivos por mulheres em idade reprodutiva em união conjugal, no Brasil e por regiões, 1986 e 1996.....	17
Quadro 2. Variáveis presentes no questionário para estudo sobre práticas contraceptivas entre estudantes da Faculdade de Medicina da UFC, Fortaleza, 1997.....	39
Quadro 3. Total de alunos que participaram da pesquisa por sexo e por semestre da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1997.....	40
Quadro 4. Relação das disciplinas onde foi aplicado o questionário, por semestre, Fortaleza, 1997.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS

MEC	Ministério de Educação e Cultura
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UFC	Universidade Federal do Ceará
HUWC	Hospital Universitário Wálter Cantídio
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
BEMFAM	Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil
CPAIMC	Centro de Pesquisa de Assistência Integrada à Mulher
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
DST	Doenças Sexualmente Transmitidas
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
OMS	Organização Mundial da Saúde
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
PIBIC-CNPq	Programa de Incentivo de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
IC-UFC	Iniciação Científica da Universidade Federal do Ceará
FM-UFC	Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	02
1.1. A Formação médica.....	05
1.1.1. Os problemas do ensino médico.....	08
1.1.2. A situação na Faculdade de Medicina do Ceará.....	11
1.2. O Planejamento Familiar.....	15
1.2.1. O Problema do Aborto.....	20
1.2.2. A anticoncepção de emergência.....	27
2. OBJETIVOS.....	35
2.1. Objetivo geral.....	36
2.2. Objetivos específicos.....	36
3. METODOLOGIA.....	37
3.1. População do estudo.....	38
3.2. Coleta de dados.....	40
3.3. Análise dos dados.....	45
3.4. Aspectos éticos.....	47
4. RESULTADOS.....	49
4.1. Características pessoais e demográficas.....	50
4.2. Experiências reprodutivas.....	54
4.2.1. Vida sexual.....	54
4.2.2. Gravidez e aborto.....	56

4.3. Conhecimento e uso da anticoncepção.....	62
4.4. Conhecimento sobre o período fértil e a anticoncepção de emergência.....	70
4.5. Participação em disciplinas e eventos sobre planejamento familiar.....	80
4.6. Prevenção de DST/AIDS através de preservativos.....	83
5. DISCUSSÃO.....	88
6. RECOMENDAÇÕES.....	98
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
ANEXO	

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Entre tantas conquistas proporcionadas pela Constituição Brasileira (BRASIL, 1988), os direitos reprodutivos, assegurados através do artigo 226, parágrafo 7, representam um novo referencial para a área da saúde reprodutiva no país. Esta conquista também é prevista pela Constituição do Estado do Ceará (CEARÁ, 1989). A atribuição do Estado em propiciar recursos efetivos para o exercício destes direitos, com base em princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, marca uma nova fase na história da saúde reprodutiva no Brasil.

Segundo a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo (FNUAP, 1994) a saúde reprodutiva é definida como um completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos e não a simples ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo.

Um dos maiores desafios da saúde reprodutiva, no entanto, é justamente fazer chegar estes benefícios concretamente

à população, especialmente a mais jovem, tendo em vista ser uma fase da vida extremamente dinâmica, repleta de mudanças, tanto no plano emocional quanto no plano biológico.

As estratégias para enfrentamento dos problemas que surgem nesta fase são variadas e nem sempre de fácil implementação. Está claro que campanhas educativas ou o simples acesso a informações não são suficientes para que o jovem passe a adotar determinadas práticas e atitudes livres de riscos, inclusive reprodutivos.

Assim acontece também com o aluno de medicina que, na sua grande maioria, é jovem e ingressa na Faculdade pouco informado sobre risco e prevenção como a maioria dos indivíduos de seu grupo. Está, pois, sujeito a vivenciar problemas comuns a todos os jovens. Há, entretanto, algumas características que diferenciam os estudantes de medicina da maioria da população em sua faixa etária: têm acesso à educação de melhor nível, pertencem geralmente a camadas sócio-econômicas mais elevadas e fizeram, muito cedo, uma opção por cuidar da saúde de seus semelhantes.

Devido a estas diferenças torna-se por demais interessante conhecer quais os conhecimentos, práticas e atitudes dos alunos de medicina

com relação a problemas extremamente graves e concretos como a gravidez indesejada, o aborto e a AIDS e como isto se diferencia da população geral.

Torna-se necessário, pois, investigar em relação ao futuro médico quais seus conhecimentos sobre saúde reprodutiva, como estes conhecimentos se refletem em sua prática de vida, e, conseqüentemente, como ele poderá contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população por ele assistida.

1.1. A FORMAÇÃO MÉDICA

O curso médico forma, ao longo de seis anos, os profissionais que cuidarão da saúde da população. Pouco se conhece, no entanto, sobre a saúde dos acadêmicos de medicina em termos físicos, psíquicos e sociais neste longo e árduo período. É reconhecido, entretanto, que se dedicam de forma integral, durante todo este tempo, ao desenvolvimento de determinadas habilidades e à obtenção de conhecimentos técnicos e científicos que os possibilitem exercer a profissão que escolheram seguir.

Desde o seu ingresso até a conclusão do curso, o aluno irá vivenciar diferentes momentos na sua graduação. No estágio inicial, onde predominam as disciplinas básicas é comum que o grande volume de informações passadas aos alunos os sobrecarreguem tanto física quanto

psicologicamente, o que, certas vezes, transforma-se em distúrbios para seu aprendizado e para sua convivência em grupo.

Esta situação tende a se manter, ou se intensificar, nos semestres seguintes com a inclusão das disciplinas clínicas estimulando o aluno à aplicação prática dos conhecimentos recém adquiridos. Esta fase tem grande importância na formação do aluno pela influência decisiva na sua postura enquanto profissional, uma vez que passa a se relacionar com o paciente.

Seja pelas próprias limitações e dificuldades impostas pela complexidade da atuação do médico, seja pela carga de informações necessárias para sua formação enquanto profissional de saúde competente, seja pela impossibilidade de atender a todas as pessoas que necessitam de cuidados, muitas vezes o médico recém formado se sente pouco preparado para exercer aquilo que almejava quando do início de sua formação.

Apesar deste contexto, espera-se que o estudante assuma um papel extremamente importante na sociedade, qual seja, o de ser capaz de cumprir sua função como profissional responsável pelo cuidado clínico dos pacientes, como também de posicionar-se perante as inadequações do modelo de atendimento médico vigente.

Para viabilizar isto, papel fundamental deve desempenhar as Universidades com seus cursos de Medicina, procurando dedicar ao aluno uma

formação que o faça sentir-se íntegro, não somente em sua profissão, mas também como indivíduo.

Para isto o Ministério da Educação e Cultura (MEC) tem proposto às instituições médicas de ensino superior uma revisão de sua postura no ensino de graduação, segundo suas Diretrizes Curriculares (BRASIL, 1999), que recomendam a formação de profissionais com as seguintes características:

- i) Postura ética, visão humanística, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania;
- ii) Orientação para a proteção, promoção da saúde e prevenção das doenças;
- iii) Capacidade de compreensão, integração e aplicação dos conhecimentos básicos na prática profissional;
- iv) Orientação para atuar em nível primário e secundário de atenção e resolver com qualidade os problemas prevalentes de saúde;
- v) Capacidade para comunicar-se e lidar com os múltiplos aspectos da relação médico-paciente;
- vi) Capacidade de aprendizagem contínua durante toda a vida profissional.

Aliado a este perfil, segundo KIRA e MARTINS (1996), para a formação de um profissional médico mais completo, devem ser incorporadas ao ensino algumas tendências da medicina contemporânea, como o treinamento em ambulatório, a participação do paciente nas decisões que são tomadas a seu respeito, a abordagem multiprofissional do tratamento da saúde,

o papel do médico na manutenção da saúde e prevenção das doenças, a importância da integração da epidemiologia à prática clínica e a valorização dos aspectos psicológicos, sociais e culturais, nas doenças e nos doentes.

Por fim, acrescentaríamos à postura médica, a adoção para si mesmo de práticas e atitudes efetivamente saudáveis, que garantiriam a sua própria saúde e serviriam de exemplo para os demais.

1.1.1. OS PROBLEMAS DO ENSINO MÉDICO

As transformações ocorridas no conhecimento médico-biológico e nas características da prática médica, nas últimas décadas, tiveram enorme impacto no ensino de graduação em Medicina. Para TRONCON (1996), na maioria das escolas médicas de todo o mundo, tais transformações associaram-se a uma queda da qualidade do ensino de graduação, que se tornou excessivamente fragmentado, já que o foco principal foi direcionado ao ensino voltado para as especialidades, com ênfase exagerada nos aspectos cognitivos.

Reflexo desta prática, PRADO (1996) observa que na maioria das escolas médicas o conteúdo das disciplinas é desvinculado da estrutura curricular e dos próprios objetivos institucionais, direcionando o ensino com base em disciplinas estanques, sem integração, e desvinculadas da real necessidade da maioria da população a ser assistida.

Pode-se observar que as dificuldades de integração curricular estendem-se por todo o curso, já que não há uma definição clara com relação aos objetivos das diversas disciplinas distribuídas ao longo dos semestres. Não há uma efetiva articulação entre as áreas, caracterizando uma seqüência de conhecimentos a serem adquiridos, o que conforma, segundo VOLTARELLI (1996), a dicotomia representada pelos aspectos eminentemente teóricos e sem aplicação das disciplinas básicas e os conteúdos supostamente integrados da Clínica Médica, que, entretanto, mantêm sua individualidade.

Para RODRIGUEZ (1999) as Universidades são instâncias onde se deveria realizar um ativo processo cultural no qual, além de adquirirem conhecimentos e habilidades, os educandos deveriam assumir também uma ideologia e estabelecer relações sociais que sustentassem uma determinada prática teórica e social. Ainda segundo o autor, as Universidades, suas Faculdades e Escolas de Ciências da Saúde constituem espaços sociais tanto de definição de interesses e conflitos entre diversos grupos sociais e políticos, como de confrontação de diversas correntes de pensamento.

As escolas médicas deveriam, portanto, estimular os alunos a terem iniciativa e a compartilharem da responsabilidade de seu aprendizado, mostrando um papel de cidadão compromissado com a defesa do interesse do bem coletivo e a pertinência de sua atuação, não somente como profissional responsável pela cura de determinadas patologias, mas como agente de transformação do atual quadro de saúde brasileiro.

É razoável supor, segundo LÓPEZ (1997) que a razão básica de escolha pelo curso de medicina esteja relacionada com o desejo de ajudar pessoas com problemas de saúde. Cabe, assim, às escolas médicas a tarefa de oferecer condições que permitam aos alunos desenvolverem suas potencialidades pessoais em busca daqueles objetivos.

Assim, torna-se imperativo definir as reais necessidades sociais de saúde, estruturar os meios e as atividades fundamentais para atender tais necessidades, tendo-se a possibilidade de, segundo PAIM (1999), estabelecer a constituição de sujeitos sociais que iniciem processos e sejam capazes de construir a democracia no cotidiano, configurando uma nova distribuição de poder institucional, setorial e, em última análise, societário.

Para melhorar o atual quadro de saúde do país, portanto, não é suficiente a formação de um médico com excelente capacidade técnica e com elevado poder de assimilação de conhecimentos. Cumpre aos cursos de Medicina assumirem o papel de formar adequadamente profissionais de saúde com real interesse social, capacitados para entenderem e refletirem sobre os principais problemas da população.

1.1.2. A SITUAÇÃO NA FACULDADE DE MEDICINA DO CEARÁ

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), criada em 1948, é a única instituição de graduação médica no Estado do Ceará. Oferece 75 vagas por semestre, através de exame vestibular único no início do ano, com disputa média de 19 candidatos por vaga, configurando uma das maiores concorrências entre os cursos de graduação da UFC.

O curso de Medicina da UFC prevê, para sua conclusão, o cumprimento de 550 créditos, sendo 310 em disciplinas obrigatórias e 240 em estágio supervisionado (internato), correspondendo a um total de 8.250 horas de aulas.

Os ingressantes no curso de Medicina são, em sua maioria adolescentes, entre 18 e 19 anos de idade, provenientes de escolas privadas. Estes alunos permanecem, no mínimo, seis anos freqüentando o curso, até a sua conclusão. Por conta disto, os alunos, em sua grande maioria, não possuem trabalho formal, já que dedicam-se exclusivamente ao curso, geralmente amparados pela própria família para realização dos seus estudos. Configuram, em geral, um corpo discente bastante privilegiado, economicamente.

O elevado envolvimento com o curso contribui para que relações consistentes se estabeleçam entre grupos de alunos, geralmente identificados

por objetivos comuns, proporcionando vínculos afetivos que não raras vezes se transformam em união conjugal.

No decorrer do curso de Medicina (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1998?) o aluno passa por várias transformações: muda da faixa etária de adolescente para adulta; passa a conviver com a comunidade acadêmica; sofre pressão pela sobrecarga de atividades didáticas requeridas para conclusão do curso; vivencia um clima extremamente competitivo, o qual é estimulado pela própria Universidade com a instituição do IRA (Índice de Rendimento Acadêmico) e, por fim, sai em busca da melhor forma para sua inserção no mercado de trabalho.

A competição observada ao longo da graduação acentua-se na obtenção de bolsas de pesquisa, extensão e monitorias, atividades que geralmente despertam alto interesse nos estudantes. Esta competitividade contribui de maneira significativa para acirrar disputas internas entre eles, pouco favorecendo a mobilização para conquista de causas coletivas.

Colaborando neste sentido, o curso de graduação em Medicina (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1998?) tem uma forte tendência para a atenção terciária, tendo no Hospital Universitário Wálter Cantídio seu maior amparo. A formação centra-se basicamente nas figuras do professor, do médico residente e do paciente, ainda longe do convívio com as comunidades e com as equipes multidisciplinares de trabalho. Os futuros médicos terminam

por não receber uma adequada formação preventiva, quer para si próprios, quer para repassar à população por eles assistida.

Deve-se ainda considerar que o modelo pedagógico utilizado, segundo os resultados do Projeto CINAEM (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1998?), é “pouco criativo, com ênfase em aulas teóricas e com difíceis condições de aulas práticas, quer pelo número elevado de alunos, aumentado pelas transferências de outras Universidades, quer pelos métodos inadequados para formação do profissional médico desejado, uma vez que não motiva a capacidade analítica, não estimula a criatividade e não propicia o autodesenvolvimento por parte do aluno”.

Apesar dos percalços a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará tem se esforçado em cumprir a sua missão: “graduar o médico através de metodologias de ensino adequadas e em ambientes apropriados, proporcionando-lhe formação compatível com os vários níveis de atenção à saúde e conhecimento técnico, científico e humanístico, que o capacitem a identificar, conhecer e vivenciar os problemas de saúde do indivíduo e da comunidade e a participar da solução dos mesmos, agindo com criatividade, espírito crítico e de acordo com os princípios éticos da profissão”.

Dentre as várias disciplinas que compõem a grade curricular do curso de Medicina, é na Gineco-obstetrícia que os conteúdos de saúde reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, são ministrados. A disciplina de

Gineco-obstetrícia é oferecida no 8º semestre letivo (4º ano), cumprindo um total de 10 créditos (150 horas-aula). Antes disso, ainda no 1º semestre, os alunos recebem noções sobre as ações básicas de saúde da mulher, na disciplina de Fundamentos da Prática Médica. Esse conteúdo, no entanto, é ministrado mais com o propósito de informação do que de formação.

Com isto, não é de se esperar que o aluno possa estar capacitado a orientar, inclusive a si mesmo, sobre questões de saúde reprodutiva, como a concepção e a contracepção, até, no mínimo, quatro anos após o seu ingresso na faculdade. Questiona-se se estes conhecimentos não deveriam ser trabalhados de forma mais precoce no curso, tendo em vista a maioria dos alunos ser jovem e solteiro, o que caracteriza uma população de risco para os principais agravos da saúde reprodutiva, incluindo a gravidez indesejada, o aborto e as doenças sexualmente transmitidas.

Em resumo, a exagerada demanda da formação médica sobre o aluno deixa pouco espaço para o desenvolvimento de sua vida sócio-afetiva, incluindo a constituição de uma família. Supostamente, qualquer gravidez que ocorra ao longo do curso médico tende a ser indesejada e uma candidata em potencial ao aborto. Muito provavelmente ela será um estorvo para um(a) jovem acadêmico(a) impossibilitado de montar uma estrutura familiar dentro dos padrões adequados, por força das demandas de sua formação profissional.

1.2. O PLANEJAMENTO FAMILIAR

A anticoncepção é o ato consciente de evitar a gravidez, fazendo uso de métodos modernos ou tradicionais de planejamento familiar. O planejamento familiar, dentro da área médica, é uma das mais importantes ações preventivas, sendo seu objetivo principal proporcionar aos casais as informações e os meios necessários para que possam escolher o número de filhos que desejam ter e o momento quando querem tê-los, de forma consciente e voluntária. Em relação ao papel do Estado, no Brasil este direito só foi garantido recentemente, pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

O planejamento familiar no país teve, historicamente, uma trajetória marcada pela forte influência contrária da Igreja e pela excessiva relutância política do Estado. Com a instauração do desenvolvimentismo de Getúlio Vargas, na década de 30, explicitou-se no país uma tendência pró-natalista, lógica esta mantida nas décadas de 60 e 70 pelos governos militares, sob a premissa de povoar as imensas fronteiras do território nacional. Isto ocorreu, mesmo com a orientação e ação contrária dos Estados Unidos, que defendia o controle demográfico, para os países em desenvolvimento, de forma a viabilizar o crescimento econômico.

Segundo COSTA (1996), a fragilidade política com que o Ministério da Saúde conduzia a questão do planejamento familiar permitiu a criação de um vácuo institucional do Estado, o qual foi logo preenchido por instituições privadas, dentre as quais a BEMFAM (Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil) e o CPAIMC (Centro de Pesquisa de Assistência Integrada à Mulher), as quais responderam praticamente sozinhas pelas atividades de planejamento familiar no Brasil num decisivo período de duas décadas, concomitante à “explosão” demográfica do país.

A partir dos anos 60, ainda segundo COSTA (1996), as mulheres brasileiras passaram a incrementar sua participação no mercado de trabalho, com ampliação de suas aspirações no campo da cidadania e com perspectiva de vivência mais plena da sexualidade. Surgiu assim uma intensa demanda pelo controle da fecundidade. Neste momento, entretanto, os serviços públicos de saúde estavam despreparados para esta demanda.

Essa conjuntura permitiu o surgimento de um novo discurso baseado nos princípios do direito à saúde, respaldado pelo processo da Reforma Sanitária. Em 1983, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher a ser desenvolvido na rede pública de assistência à saúde.

Os avanços tecnológicos têm colocado à disposição dos programas de planejamento familiar uma gama crescente de alternativas contraceptivas, que vão desde a esterilização definitiva até a contracepção de emergência, de uso eventual.

Durante muitos anos, houve um reduzido uso de métodos contraceptivos no Brasil, especialmente no Nordeste. Estudo realizado em 1986, na região Nordeste, pela BEMFAM (1992) revelou que somente 53% das mulheres unidas em idade reprodutiva usavam algum método anticonceptivo. Em levantamento similar realizado dez anos depois, em 1996, a BEMFAM (1997) registrou o aumento no consumo de métodos contraceptivos no Nordeste, atingindo 68% das mulheres unidas em idade reprodutiva. A comparação destes dados com os do Brasil e da região Sul são apresentados no Quadro 1 (CORREIA e McAULIFFE, 1999).

Quadro 1: Percentual de uso de métodos anticonceptivos por mulheres em idade reprodutiva em união conjugal, no Brasil e por regiões, 1986* e 1996**.

REGIÃO	ANO	ANTICONCEPTIVO ORAL	ESTERILIZAÇÃO FEMININA	OUTROS MÉTODOS	NENHUM MÉTODO
Brasil	1986	25	27	14	34
	1996	21	40	16	23
Nordeste	1986	17	25	11	47
	1996	13	44	11	32
Sul	1986	41	18	15	26
	1996	34	29	17	20

Fontes: * Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar. BEMFAM/IRD, 1986.

** Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde-PNDS 1996. BEMFAM/Macro International, Inc. 1997.

Analisando o problema em uma população exclusivamente jovem, um estudo com escolares do segundo grau da cidade de Mogi-Mirim no interior de São Paulo, BUENO et al (1996) observaram que o índice de conhecimento dos métodos anticoncepcionais foi bastante alto. Com relação ao seu uso, cerca da metade dos homens (57,0%) e das mulheres (45,8%) declararam utilizá-los. Os métodos mais utilizados pelas adolescentes foram a pílula (31,2%), seguido do condom (5,5%), métodos naturais (2,1%), DIU (0,7%) e os demais (6,3%).

No contexto de um país civilizado, no caso a Suíça, há uma longa tradição de incluir educação sexual nas escolas, assim como clínicas para adultos jovens que orientam sobre práticas sexuais. Um estudo de TYDEN et al (1998) mostrou que também neste país o condom e o anticonceptivo oral eram os métodos de uso mais prevalente entre as mulheres.

Em estudo realizado por GEORGE et al (1994) em Londres, através de questionário aplicado a 1.290 mulheres com idade entre 16 e 50 anos, atendidas por 14 clínicos gerais durante duas semanas em 1990, observou-se que o consumo de anticoncepcionais concentrava-se na pílula (41%), vindo em seguida o condom (11,7%), o DIU/injetáveis (8%), a esterilização feminina (5,5%), a esterilização masculina (4,4%) e o diafragma (3,9%) . Das mulheres que não estavam usando anticoncepcional, 4,4%

declararam não estar tendo relações sexuais, 4,4% estavam tentando engravidar e 14,1% declaram não usar ou usar métodos naturais.

Observando-se os baixos índices de utilização do condom no Brasil, fica clara a grande preocupação relacionada à infecção pelo HIV, transmitido por via sexual, tendo em vista ser este o único método efetivo de prevenção disponível. Para GIR et al (1996), o fato de tradicionalmente o condom associar-se à prostituição e promiscuidade, resulta em embaraço e desconfiança entre os parceiros levando ao seu desuso ou subutilização. Soma-se a essa má reputação a percepção, ainda atual, tanto pelo homem quanto pela mulher, de que o condom prejudica o prazer sexual, podendo acarretar em difícil acordo sobre o seu uso.

Outros problemas ocorrem mesmo quando se opta pelo uso do condom. Em estudo de SPARROW e LAVILL (1994) com clientes de uma clínica de planejamento familiar na Nova Zelândia observou-se que cerca de 40% dos pacientes tiveram experiência de falha do condom.

Em estudo de PEARSON et al (1995) com 147 adolescentes com gravidez não planejada 80% disseram estar usando algum método anticoncepcional. A maioria usou condom, vindo em seguida a pílula anticoncepcional. Outros métodos usados foram injetável, métodos naturais e diafragma, em número bastante reduzido.

A falta de uso ou a inadequação dos métodos contraceptivos levam a mulher a optar entre o prosseguimento de uma gravidez, na maioria das vezes indesejada, ou a indução do aborto. Segundo FORREST (1994) aproximadamente um milhão de adolescentes tornam-se grávidas nos Estados Unidos a cada ano, sendo que destas gravidezes, 85% não são planejadas.

1.2.1. O PROBLEMA DO ABORTO

A gravidez indesejada é um problema universal que afeta mulheres, suas famílias e a sociedade. A gravidez indesejada pode advir de falha do método anticoncepcional, não utilização de serviços de orientação sobre contracepção, e, mais dificilmente, estupro.

O aborto é uma freqüente consequência da gravidez indesejada, e, nos países em desenvolvimento pode significar graves danos à saúde da mulher como a infertilidade ou a mortalidade materna. Nestes países, pobreza, desnutrição, falta de acesso à educação, à serviços de saúde e ao saneamento básico contribuem para sérias consequências à saúde das mulheres que têm que conviver com o problema do crescimento não controlado da família. Este fenômeno pode ser prevenido pelo acesso a

serviços de planejamento familiar, com estímulo à mulher de fazer suas próprias escolhas reprodutivas.

Para KLIMA (1998), acesso a serviços de atendimento do aborto de forma segura e legal é necessário para diminuição das taxas alarmantes de mortalidade materna ao redor do mundo.

Internacionalmente, o aborto também provoca debates e divergências. A Organização Mundial da Saúde (FNUAP, 1994) decidiu estabelecer em relação ao aborto que:

- em nenhum caso deverá ser eleito como método de planejamento familiar;
- todos os governos e organizações não governamentais devem tratar o aborto inseguro como um grande problema de saúde pública, reduzindo sua incidência através de serviços de planejamento familiar;
- sempre será dada prioridade à prevenção da gravidez não desejada e todos os esforços serão feitos para eliminar-se a necessidade do aborto;
- nas circunstâncias nas quais o aborto não seja contrário à lei, o mesmo deverá ser seguro;
- em todos os casos as mulheres deverão ter acesso a serviços de qualidade para o tratamento de complicações resultantes do aborto.

Ainda no plano mundial, cabe ressaltar que, segundo BACHA e GRASSIOTTO (1994), 75% da população mundial vivem em países onde o aborto é legal. Para a autora, a ilegalidade não coíbe a prática do aborto, simplesmente diferencia as condições em que o mesmo será realizado em função da situação sócio-econômica da mulher.

No Brasil, a despeito das leis que permitem o aborto somente quando necessário para salvar a vida da mulher ou quando a gravidez decorre de um estupro, o aborto é largamente realizado no país (REZENDE e MONTENEGRO, 1987). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b) estima que 1 a 1,2 milhões de abortos são provocados a cada ano no Brasil. O aborto provocado é uma causa importante de morte materna no Brasil (CÉSAR et al, 1997) sendo responsável por 9% destes óbitos, constituindo-se na 5ª causa de internação pela rede SUS (BRASIL, 2000b).

Segundo HENSHAW (1998), em 1994 2.650.000 mulheres americanas tiveram a experiência de uma gravidez indesejada. Este mesmo estudo revela que anualmente, 49% das gravidezes nos Estados Unidos são indesejadas.

O debate sobre a legalização do aborto no Brasil, como na maioria dos outros países, apresenta atores importantes que se

contrapõem frontalmente. As Igrejas Católica e Protestante não aceitam o aborto em hipótese alguma e os Movimentos de Mulheres defendem a legalização do aborto em qualquer circunstância (KISSLING, 1998).

As objeções da Igreja baseiam-se nos preceitos de que o feto é um ser vivo e, portanto, o aborto seria uma forma de assassinio. Por outro lado a posição dos movimentos organizados de mulheres argumentam que o aborto é amplamente realizado e as mulheres pobres, obrigadas a executar o aborto na clandestinidade, em condições precárias de higiene, colocam sua saúde e vida em risco (HARDY e REBELLO, 1996).

Papel importante nesta discussão desempenham os médicos. Segundo AGUIRRE e URBINA (1997), a formação profissional que eles recebem e a consideração legal da prática do aborto como delito são dois elementos que influem de maneira decisiva sobre suas posturas frente ao problema, principalmente quanto às repercussões na atenção hospitalar para as mulheres que procuram estes serviços.

Soma-se a isto o preceito legal, contido no Código Penal (BRASIL, 2000a), datado de 1940 que prevê que o aborto é ilegal e um crime contra a vida sendo passível de penas que vão

da detenção de um a três anos, para a mulher que provoca o aborto em si mesma (artigo 124) e a reclusão de um a dez anos para quem realiza o aborto, incluindo médicos (artigos 125 e 126).

Entretanto, há divergências no posicionamento dos médicos frente a este problema. Em levantamento realizado em quatro hospitais públicos do Rio de Janeiro, GIFFIN (1995) detecta que a maioria dos médicos considera o aborto como problema de saúde pública e defende a sua descriminalização ou ampliação das condições em que o aborto possa ser legalmente realizado.

Este pensamento, entretanto, não é universal. Para FRANÇA (1994), a legalização do aborto revela o abuso, o crime legalizado e a intolerância contra seres indefesos.

Dada a controvérsia da questão, a própria mulher tende a omitir a informação sobre a realização de um aborto quando perguntada diretamente sobre isso. Estudos qualitativos sugerem que aquelas que induzem o aborto por ingestão de substâncias parecem não reconhecer esse ato como sendo uma forma de interromper a gestação. Para OSIS et al (1996) isto se dá não apenas pela possível penalização legal, mas por razões psicológicas, morais, religiosas e culturais, associadas não só à decisão de se fazer um aborto, mas também de se falar sobre ele.

Estudos realizados (COELHO et al, 1993; COSTA e VESSEY, 1993) documentam a introdução do uso de Cytotec® (misoprostol) na indução do aborto. O misoprostol, um análogo da prostaglandina, foi licenciado para o tratamento de úlcera gástrica e duodenal e tem sido utilizado como um meio de contornar as restrições ao aborto. A droga tem efeito uterotônico sendo contraindicada para mulheres grávidas (DOWNIE, 1991).

Em nosso contexto, FONSECA et al (1996) em estudo sobre aborto incompleto entrevistaram 4.359 mulheres admitidas nos hospitais de Fortaleza em um período de doze meses. Cerca de 50% das mulheres admitiram a indução do aborto, sendo que destas, 66% referiam o uso de misoprostol. Entre as mulheres que provocaram o aborto 61% não usavam qualquer método anticoncepcivo no mês da concepção, 12% usavam a pílula, 2% o injetável, 5% o condom, 11% a tabela e 6% o coito interrompido. Outros métodos, incluindo o diafragma, o espermicida, o DIU e a amamentação foram citados por apenas 2% das mulheres.

O estado civil da mulher e sua idade aparecem como características determinantes importantes para os casos de aborto certamente induzido. Estudo de FERNANDES (1995), afirmou que cerca de 62% dessas mulheres viviam sozinhas ou não tinham

parceiro fixo. A maioria delas (58%) tinha menos de 24 anos e aproximadamente 23% tinham idade inferior a 20 anos.

Em estudo realizado em hospitais de Fortaleza, MISAGO et al (1995) constataram que as razões mais freqüentemente citadas para a não utilização de qualquer método anticonceptivo foram: “não esperava ter relação” (18%), “descuido” (18%), “pensou não ter risco de engravidar” (14%) e “medo de efeitos colaterais” (22%). Somente 8% das mulheres reportaram a não disponibilidade de métodos. Os resultados do componente qualitativo do mesmo estudo sugerem que a disponibilidade de métodos pós-coitais, tais como a contracepção de emergência, poderiam prevenir gravidezes indesejadas.

Estes dados mostram que as estratégias de planejamento familiar vigentes no país merecem reavaliação, devendo-se também considerar a oferta de novos métodos anticonceptivos utilizados com sucesso em outros países.

1.2.2. A ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

A anticoncepção de emergência é uma alternativa extremamente importante para o conhecimento e uso entre estudantes, já que nesta fase há, geralmente, ocorrência de relações sexuais instáveis, conformando-se a necessidade de um método para evitar a gravidez em caso de não utilização ou utilização inadequada de anticoncepcionais.

Assim, a anticoncepção de emergência, também conhecida como anticoncepção pós-coital ou “pílula do dia seguinte”, pode ser utilizada por mulheres logo após relação sexual não planejada e sem proteção para prevenir a gravidez (GICHANGI et al, 1999; ROCHA et al, 1990). Em estudo realizado por TRUSSEL e STEEWART (1992) nos Estados Unidos, foi sugerido que a expansão no uso da anticoncepção de emergência poderia prevenir 1.700.000 gravidezes indesejadas, das quais 800.00 acabariam em aborto.

A anticoncepção de emergência é um método eficaz que reduz em até 74% a chance de gravidez se começado dentro de 72 horas após a relação sexual (GLEI, 1999). A anticoncepção de emergência é uma ferramenta adicional aos métodos

anticoncepcionais para mulheres que querem evitar uma gravidez indesejada.

Os métodos de anticoncepção de emergência existentes são, em sua maioria, de baixo custo, consistindo de doses aumentadas de anticoncepcional oral ou de dispositivos intra-uterinos (DIU). Estes métodos, usados há décadas em países desenvolvidos, são simples, eficazes e seguros.

A anticoncepção de emergência não é um método novo de prevenção de gravidez indesejada. Nos anos 60, altas doses de estrógeno foram introduzidas como uma das mais novas formas de contracepção de emergência, mas a elevada ocorrência de náusea e vômitos excessivos limitaram seu uso.

A anticoncepção de emergência deve ser entendida como um método acessório para mulheres que usam métodos de barreira. Quando ocorre a ruptura do condom ou quando a mulher não o usa, a anticoncepção de emergência tem dado a mulher a oportunidade de reduzir o risco de gravidez (DOMINIK et al, 1998).

Os anticonceptivos hormonais são efetivos por interromperem a produção ovariana de hormônio durante a fase luteal (LANDGREN et al, 1989). Isto resulta em alterações do endométrio que impedem a nidação do óvulo fecundado. A falta do

hormônio pode também interferir na fertilização do ovo impedindo o seu transporte através das trompas (LING et al, 1983). As taxas de falha do método variam com fatores como fertilidade, período de exposição e continuidade do tratamento. Segundo TRUSSEL et al (1992), são reportadas taxas de falha do método que variam entre 10 e 25%.

A anticoncepção de emergência por método hormonal, também conhecido como “método de Yusse” (GRAHAM et al, 1996), consiste na ingestão de 200 microgramas de etinil-estradiol e 1,0 miligrama de levonorgestrel em duas doses iguais com intervalo de 12 horas, até no máximo 72 horas após a relação sexual.

Entre 20% e 50% das usuárias de métodos hormonais de anticoncepção de emergência referem sintomas de náuseas, vômitos, sensibilidade mamária e irregularidades menstruais, por curto espaço de tempo (WEBB et al, 1992). O uso do método com alimentação e/ou antiemético reduz acentuadamente estes sintomas. Não houve relatos de complicações graves ou de longa duração entre 6.300 mulheres que usaram o método oral de anticoncepção de emergência (TRUSSEL e STEWART, 1992).

A única contra-indicação para anticoncepção de emergência é no caso da mulher já estar grávida (GOLD, 1999).

Com relação a percepção sobre anticoncepção de emergência, BROWN e BOULTON (1999) observaram que 62% dos profissionais de saúde concordam que o método tem uma ação anticoncepcional enquanto 20% acreditam tratar-se de uma forma de indução de aborto. O rápido desenvolvimento da legislação nos dois últimos anos ajudou a esclarecer o estatuto médico legal da anticoncepção de emergência colocando-a como um método legalizado de anticoncepção. Além disto, a fabricação e comercialização de medicamentos com a finalidade específica de anticoncepção de emergência contribuem para maior oferecimento do método em várias clínicas e serviços de saúde.

A anticoncepção de emergência tornou-se recentemente viável, aceita e largamente usada na Suíça (TYDEN et al, 1998) sendo a usuária de anticoncepção de emergência tipicamente uma mulher jovem sem filho (83%) sendo que destas, 13% tinham uma história prévia de indução de aborto. Um quarto das mulheres já tinha usado anticoncepção de emergência antes, e destas, 20% mais que uma vez. Segundo TYDEN et al (1998) a ruptura do condom foi a maior causa da necessidade de uso da anticoncepção de emergência, mas ao redor de 37% não havia discutido a necessidade de medidas de contracepção antes da relação sexual.

O conhecimento e uso da anticoncepção de emergência é inadequado, mas poderia ser aumentado ao se fazer uma correta divulgação de informações para o público em geral. É essencial educar e treinar multiplicadores, desde que eles possam ter conhecimento adequado e sintam-se tranqüilos em discutir este tópico relacionado à sexualidade. Em estudo realizado por GEORGE (1994), em Londres, com 1.290 mulheres entre 16 e 50 anos somente 20% tiveram informações sobre anticoncepção de emergência de seu médico ou qualquer outro profissional de saúde enquanto metade obteve informações da mídia.

Para BURTON e SAVAGE (1990) os médicos ligados ao planejamento familiar e as enfermeiras têm o conhecimento mais adequado sobre anticoncepção de emergência, mas muitos outros profissionais de saúde demonstram ter conhecimento suficiente que os torna capacitados a estarem receitando e indicando este método para suas pacientes.

Em outro estudo DELBANCO et al (1997) concluem que os americanos não são bem informados sobre pílulas para anticoncepção de emergência. Apenas 36% dos que responderam o questionário indicaram que sabiam que “alguma coisa poderia ser feita” poucos dias após a relação sexual desprotegida; 55% disseram que haviam “ouvido” algo sobre pílulas para anticoncepção de emergência e apenas 1% já a haviam usado. Dos ginecologistas 99% relataram “familiaridade” com as pílulas para

anticoncepção de emergência, sendo que 22% eram “relativamente familiarizados” e 77% “muito familiarizados” com o método. Setenta por cento dos ginecologistas que participaram da pesquisa disseram que prescreveram pílulas para anticoncepção de emergência durante o último ano, mas sem uma base freqüente; 77% dos que prescreveram anticoncepção de emergência o fizeram 5 ou menos vezes no ano.

Em pesquisa realizada por AROWOLOJU e ADEKUNLE (1999) em cinco universidades no sudeste da Nigéria com estudantes com história pregressa de abortamento clandestino, observou-se que apesar de 87,6% serem conhecedores do conceito de anticoncepção de emergência, apenas 30,1% conheciam pílulas para anticoncepção de emergência e 10,2% sabiam sobre o DIU para a mesma finalidade.

Em levantamento com 1.206 adolescentes de escolas secundárias entre 14 e 16 anos na Escócia, GRAHAM et al (1996) observaram que 1.121 (93%) já haviam ouvido falar de anticoncepção de emergência. Das adolescentes que tiveram relação sexual, 61 (31,4%) usaram anticoncepção de emergência o que pode ajudar a explicar a taxa média constante de gravidez em adolescentes apesar do aumento da atividade sexual. O conhecimento do limite de tempo correto para uso da anticoncepção de emergência foi pobre sendo que as moças sexualmente ativas mostraram um conhecimento maior.

Tem se sugerido que a grande divulgação e o uso da anticoncepção de emergência é uma das razões para as baixíssimas taxas de aborto observadas na Holanda, assim como na Finlândia onde, segundo KOSUNEN et al (1997) a taxa de indução de abortos tem declinado significativamente nos últimos anos. Em seu estudo KOSUNEN et al (1997) observaram que oitenta por cento das mulheres jovens (18 – 24 anos) relataram familiaridade com o método de anticoncepção de emergência e sabiam como usá-lo. Por isto mesmo, tem-se sugerido que a promoção de fornecimento de método de anticoncepção de emergência poderia ajudar significativamente na redução de taxas de aborto em muitos países.

Em trabalho com estudantes da Princeton University, HARPER e ELLERSTON (1995) concluíram que nível de conhecimento específico sobre anticoncepção de emergência é determinante para definir as atitudes dos estudantes. Dos entrevistados, 95% dos estudantes já haviam ouvido falar em pílulas para anticoncepção de emergência. Embora os estudantes de graduação estivessem expostos ao risco de gravidez por um período médio maior que os da pós-graduação, apenas 86% conheciam as pílulas para contracepção de emergência, comparando-se com 98% do conhecimento entre os da pós-graduação.

Em investigação com o objetivo de desenvolvimento de uma medida válida para teste dos conhecimentos sobre anticoncepção de emergência, LITTLE et al (1998) concluíram que os participantes da pesquisa

que obtiveram os melhores “scores” foram os profissionais ligados ao planejamento familiar, seguidos dos clínicos gerais, vindo posteriormente mulheres que usam pílula e, por fim, estudantes de medicina do sexo masculino com os piores “scores”.

Assim, apesar de se configurar como uma opção a mais para o planejamento familiar e ser previsto pelo Ministério da Saúde como uma possibilidade de contribuir para a redução de abortos e gravidezes indesejadas, a anticoncepção de emergência requer maior divulgação e melhor compreensão por parte dos médicos e da própria sociedade.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer as práticas sexuais, reprodutivas e de contracepção, incluindo a anticoncepção de emergência, dos alunos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, visando avaliar como o ensino médico poderia contribuir para um melhor padrão de saúde reprodutiva tanto entre os acadêmicos, como na população em geral.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil dos alunos da Faculdade de Medicina com base em seu comportamento sexual e reprodutivo;
- Analisar o conhecimento dos alunos da Faculdade de Medicina sobre os métodos anticonceptivos existentes, incluindo a anticoncepção de emergência;
- Identificar as práticas de anticoncepção utilizadas pelos alunos da Faculdade de Medicina em suas atividades sexuais;
- Analisar a relação entre o conhecimento e as práticas sexuais dos alunos da Faculdade de Medicina.

3. METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

3.1 População do estudo

O presente estudo foi delineado como do tipo transversal, investigando todo o universo de estudantes de Medicina da Universidade Federal do Ceará matriculados no primeiro semestre letivo do ano 1997. O instrumento de coleta dos dados foi um questionário auto-administrado aplicado a cada aluno individualmente.

Neste estudo, optou-se pela utilização de um questionário auto-administrado devido a logística simples necessitada para a execução do trabalho, o pequeno gasto de tempo para aplicação, seu baixo custo, o alto nível intelectual dos respondentes e uma menor inibição por parte dos alunos em responder questões que poderiam ser constrangedoras.

Por ser auto-administrado, o questionário foi elaborado de forma simples com questões claras e objetivas. Devido ao curto tempo disponível para responder, o questionário foi limitado a dezoito questões, sendo dezessete questões fechadas e uma questão aberta.

As variáveis presentes no trabalho são apresentadas no Quadro 2, a seguir:

Quadro 2: Variáveis presentes no questionário utilizado no estudo sobre práticas contraceptivas entre estudantes da Faculdade de Medicina da UFC, Fortaleza, 1997.

- Semestre que o aluno estava cursando;
- Idade, em anos completos;
- Sexo;
- Estado civil;
- Ter companheiro(a), incluindo esposo(a);
- Idade do(a) companheiro(a);
- Idade da primeira relação sexual;
- Gravidez da aluna, ou experiência em já ter engravidado alguém, do aluno;
- Abortamento por parte da aluna, ou já ter contribuído para um aborto, por parte do aluno;
- Conhecimento sobre métodos de anticoncepção;
- Conhecimento sobre período fértil da mulher;
- Uso corrente de método anticoncepcional pelo aluno;
- Conhecimento sobre anticoncepção de emergência (ouvir falar) por parte do aluno;
- Conhecimento sobre anticoncepção de emergência através da descrição do método;
- Fonte de informações sobre a anticoncepção de emergência;
- Ter cursado disciplina da Faculdade de Medicina que abordasse o planejamento familiar;
- Participação em evento (curso, seminário, palestra) sobre planejamento familiar.
- Necessidade de informações sobre o planejamento familiar logo após o ingresso na Faculdade de Medicina

3.2 Coleta de dados

No total foram aplicados 883 questionários, o que correspondia a 88,8% do total de 994 alunos matriculados na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, no primeiro semestre de 1997. Dos questionários respondidos, 22 foram excluídos por apresentarem informações incompletas para as variáveis semestre, sexo, idade, estado civil e idade da primeira relação sexual. Desta forma, um total de 861 questionários foram analisados no presente trabalho. A distribuição destes alunos que participaram efetivamente do estudo, por semestre e sexo, está apresentada no quadro 3.

Quadro 3: Total de alunos que participaram da pesquisa por sexo e por semestre da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1997.

Semestre	Masculino	Feminino	Total
1º	49	32	81
2º	47	26	73
3º	48	21	69
4º	42	35	77
5º	46	38	84
6º	39	33	72
7º	59	27	86
8º	50	28	78
9º	51	28	79
10º	14	28	42
11º	40	24	64
12º	35	21	56
TOTAL	520	341	861

A pesquisa foi realizada por uma equipe composta por um investigador principal e um co-investigador que coordenaram o trabalho sendo responsáveis pela preparação dos instrumentos da pesquisa, capacitação técnica dos pesquisadores de campo e supervisão da aplicação dos questionários.

Completaram a equipe dois pesquisadores, alunos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, sendo um aluno bolsista do Programa de Incentivo de Bolsa de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC-CNPq) e uma aluna bolsista da Iniciação Científica da Universidade Federal do Ceará (IC-UFC), em dedicação de tempo parcial, orientados para aplicação dos questionários da pesquisa. Como os questionários eram aplicados em sala de aula coube aos pesquisadores de campo o papel de contatar com antecedência os professores para aplicação dos questionários.

Aos professores era explicado o objetivo do trabalho, a forma como o mesmo seria aplicado e pedia-se a colaboração do professor no dia da aplicação, visando atingir-se a grande maioria dos alunos matriculados do 1º ao 9º semestre. Procurou-se aplicar os questionários em disciplinas que tivessem alguma relação com o Departamento de Saúde Comunitária. Isto foi possível no 1º, 3º, 4º, 6º e 9º semestre. Para aplicação em outros semestres, procurou-se contatar professores com os quais os pesquisadores tinham

alguma relação de trabalho ou amizade ou professores identificados com a realização de pesquisas, quais sejam o 2º, 5º, 7º e 8º semestre.

As disciplinas nas quais foram aplicados os questionários são apresentadas por semestre no Quadro 4.

Quadro 4: Relação das disciplinas nas quais foram aplicados os questionários, por semestre. Fortaleza, 1997.

Semestre	Disciplina
1º	Fundamentos da Prática e Assistência Médica
2º	Anatomia Humana
3º	Estatística Vital e Demográfica
4º	Medicina Social I
5º	Puericultura
6º	Medicina Social III
7º	Psiquiatria
8º	Gineco-obstetrícia
9º	Clínica de Doenças Infecciosas

Os alunos eram contatados no dia da aplicação do questionário, quando os pesquisadores apresentavam o trabalho, explicavam o seu objetivo, garantiam o anonimato dos participantes, solicitavam que o preenchimento fosse feito com sinceridade e explicavam o modo de preenchimento do

questionário. A única observação feita aos alunos sobre os tópicos perguntados era com relação ao condom, já que alguns alunos não conheciam esta denominação do preservativo masculino.

Os questionários eram aplicados sempre nos dias de provas das disciplinas, antes do início da prova. A organização da sala, previamente preparada para realização da avaliação escrita, favoreceu o preenchimento adequado dos questionários, já que estes o faziam em carteiras devidamente separadas, sem qualquer tipo de diálogo, favorecendo um total anonimato em relação às respostas dadas. O controle dos faltosos era feito com base na lista de frequência à prova daquela disciplina. Em caso de 90% ou mais dos alunos terem respondido o questionário naquela sessão, aquele semestre era considerado realizado. Caso contrário, o questionário era reaplicado com os alunos faltosos, por ocasião da prova de segunda chamada.

Para assegurar o sigilo das fontes das informações, os questionários foram codificados apenas com um número, sem identificação dos alunos. O questionário era entregue individualmente a cada aluno pelos pesquisadores. Após a explicação inicial, que levava aproximadamente dois minutos, era solicitado que os alunos respondessem ao questionário. O tempo para as respostas ficava em torno de doze minutos.

Uma vez respondidos, os questionários eram entregues aos pesquisadores, que os armazenava em pastas divididas por semestre. Não era

permitido aos estudantes levar os questionários para serem respondidos em casa. Não houve recusa de nenhum aluno em responder ao questionário.

Para aplicação do questionário aos alunos do 10º ao 12º semestre, que se encontravam na fase do internato, foram utilizadas duas estratégias. Na primeira, alunos do 10º e 11º semestre foram agrupados para realização da prova do CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico), momento no qual, parte dos alunos respondeu ao questionário. O local de aplicação do questionário foi a sala onde aconteceu a prova do CINAEM. A segunda estratégia levou os pesquisadores a percorrerem as unidades hospitalares onde os acadêmicos cumpriam o Internato compreendidas pelo Hospital Universitário, Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Hospital César Cals, Hospital Geral de Fortaleza, Hospital São José e Hospital Albert Sabin. Nestes locais, os alunos eram organizados em pequenos grupos, de acordo com os setores em que estavam desenvolvendo suas atividades, nos quais os pesquisadores faziam as mesmas explicações dadas aos alunos do 1º ao 9º semestre para que respondessem o questionário. Para garantia do anonimato, os questionários foram entregues em envelopes fechados. Para garantir que não houvesse duplicidade, sempre que os grupos eram formados, os pesquisadores solicitavam que aqueles que já tivessem respondido, não o fizessem novamente.

A revisão do questionário foi necessária para confirmar a acurácia e consistência dos dados. Cópia do questionário encontra-se em anexo.

3.3 Análise dos dados

O software Epi Info 6.02 (DEAN et al, 1994) foi utilizado para dupla entrada, validação e análise dos dados em computador.

A partir das questões originalmente pesquisadas, foram compostas as seguintes novas variáveis:

Fase do curso - Os semestres foram agrupados em três fases:

- do 1º ao 4º semestre = básico;
- do 5º ao 8º semestre = clínica;
- do 9º ao 12º semestre = gineco-obstetrícia.

Grupo etário - As idades foram agrupadas em três grupos:

- de 17 a 19 anos = adolescente;
- de 20 a 24 anos = adulto jovem;
- 25 anos ou mais = adulto.

Média de idade - calculada a partir das idades dos estudantes, de acordo com grupo etário.

Experiência conjugal - situação conjugal no momento da pesquisa definida como: solteiros (aqueles que nunca tiveram em união conjugal) ou casados, separados, divorciados, viúvos (aqueles que já experimentaram algum tipo de união conjugal).

Média de idade do companheiro - calculada a partir da idade do companheiro, de acordo com grupo etário.

Tempo de vida sexual - resultante da diferença entre a idade do aluno no momento da pesquisa e a idade da primeira relação sexual.

Taxa de gravidez - percentual de experiência com gravidez entre os alunos com experiência sexual.

Taxa de abortamento - percentual de experiência com abortamento entre os alunos com experiência sexual.

Índice de abortamento - percentual de abortamento entre os alunos com experiência de gravidez.

Experiência reprodutiva: estudantes que ainda não tinham tido relação sexual; estudantes que já tinham tido relação sexual, mas não engravidaram (ou não engravidaram alguém); estudantes que já tinham engravidado (ou já tinham engravidado alguém) e não tiveram experiência com aborto e estudantes que já tinham engravidado (ou já tinham engravidado alguém) e tiveram experiência com aborto.

Conhecimento global métodos anticoncepcionais - resultante da combinação dos diversos métodos referidos pelo aluno.

Utilização de condom - utilização exclusiva do condom, utilização associada a outro método anticoncepcional e não utilização de condom. Esta variável foi criada para avaliar-se como se dava a prevenção de DST/AIDS

Conhecimento conjunto de período fértil e da anticoncepção de emergência - obtida a partir do conhecimento do aluno de ambos os itens.

3.4 Aspectos éticos

Os questionários auto-aplicados apresentaram como grande vantagem a manutenção do anonimato de todos os participantes, pois não houve qualquer identificação no instrumento de coleta de dados. Além disto, a explicação inicial dada pelos pesquisadores no dia da aplicação dos questionários foi determinante para que a grande maioria dos estudantes aceitasse participar da pesquisa.

Assim, apesar de perguntas sobre virgindade, experiência com gravidez e experiência com aborto poderem ser consideradas constrangedoras,

a aceitação em responder o questionário baseado na privacidade garantida pelos pesquisadores, foi bastante significativa. Procurou-se, entretanto, evitar-se o aprofundamento de algumas questões visando preservar aspectos éticos relacionados com a história de vida de cada aluno.

Importante observar que os pesquisadores eram alunos da própria Faculdade de Medicina da UFC, evitando qualquer possibilidade de os estudantes se sentirem coagidos a responderem o questionário pela presença de um professor. Foi esclarecido que não havia obrigatoriedade em responder-se ao questionário, entretanto, nenhum aluno negou-se em respondê-lo.

Deve-se ressaltar que um dos objetivos do presente estudo é utilizar estas informações para proporcionar melhores condições de saúde reprodutiva ao aluno de medicina, através da inclusão do tema planejamento familiar de forma mais ampla e precoce no currículo da Faculdade de Medicina da UFC.

4. RESULTADOS

RESULTADOS

A análise dos 861 questionários da pesquisa é apresentada a seguir em 6 seções, quais sejam: a) características pessoais e demográficas; b) experiências reprodutivas, incluindo início da vida sexual; c) conhecimento e uso de anticoncepção; d) conhecimento sobre o período fértil e contracepção de emergência; e) participação em disciplinas e eventos sobre planejamento familiar e f) prevenção de DST/AIDS através do preservativo.

4.1. Características pessoais e demográficas

Do total de alunos, 520 eram do sexo masculino (60,4 %) e 341 do sexo feminino (39,6 %). Os dados referentes à distribuição dos alunos por sexo e grupo etário segundo fase do curso encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição numérica e percentual dos estudantes de medicina por sexo, grupo etário e fase do curso

Sexo	Grupo etário	Fase do curso				Total
		Básico	Clínica	G. O.		
Masculino	Adolescente	109 (88,6)	14 (11,4)	-	-	123 (23,7)
	Adulto Jovem	74 (21,6)	163 (47,5)	106 (30,9)		343 (66,0)
	Adulto	03 (5,6)	17 (31,5)	34 (63,0)		54 (10,4)
	<i>Subtotal</i>	<i>186 (35,8)</i>	<i>194 (37,3)</i>	<i>140 (26,9)</i>		<i>520 (60,4)</i>
Feminino	Adolescente	66 (85,7)	11 (14,3)	-	-	77 (22,6)
	Adulto Jovem	48 (20,0)	109 (45,4)	83 (34,6)		240 (70,4)
	Adulto	-	06 (25,0)	18 (75,0)		24 (7,0)
	<i>Subtotal</i>	<i>114 (33,4)</i>	<i>126 (37,0)</i>	<i>101 (29,6)</i>		<i>341 (39,6)</i>
Total		300 (34,8)	320 (37,2)	241 (28,0)		861 (100,0)

A maioria dos alunos (67,7%) pertencia ao grupo etário de 20 a 24 anos (adulto jovem), 23,2% dos estudantes eram adolescentes de 17 a 19 anos de idade e apenas 9,1% eram adultos com 25 anos de idade ou acima. A média de idade para o grupo como um todo foi de 21,4 anos.

Com relação a situação conjugal, a grande maioria (92,7%) dos acadêmicos era solteira, sendo que apresentavam esta condição 93,8% dos homens e 90,9% das mulheres. As diferenças de estado civil ficaram mais evidentes quando foram analisadas por grupos etários e por sexo, conforme observa-se na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição percentual dos estudantes de medicina de acordo com estado civil, por sexo e grupo etário

Sexo	Grupo etário	Estado Civil (n = 861)		
		Solteiros	Casados	Divorciados, separados, viúvos
Masculino	Adolescente	100,0	-	-
	Adulto Jovem	94,2	5,8	-
	Adulto	77,8	20,4	1,8
	<i>Subtotal</i>	<i>93,8</i>	<i>6,0</i>	<i>0,2</i>
Feminino	Adolescente	98,7	1,3	-
	Adulto Jovem	92,1	7,1	0,8
	Adulto	41,6	54,2	4,2
	<i>Subtotal</i>	<i>90,9</i>	<i>8,2</i>	<i>0,9</i>
Total		92,7	6,9	0,5

Enquanto entre os homens adultos com mais de 25 anos de idade somente 1 em cada 5 já tinha tido alguma experiência conjugal, entre as mulheres nesta faixa etária, mais da metade já era ou tinha sido casada. A maioria dos casos de separação foi observada entre as mulheres adultas.

A situação dos alunos com relação a ter ou não companheiro(a) ou namorado(a) na época do estudo estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição percentual de estudantes de medicina com companheiro e média de idade do companheiro, por sexo e grupo etário.

Sexo	Grupo Etário	Tem Companheiro	Média de idade		Diferença entre a média de idade do aluno e a do companheiro
			Aluno	Companheiro	
Masculino	Adolescente	48,0	18,7	18,5	+ 0,2
	Adulto jovem	66,2	21,8	20,9	+ 0,9
	Adulto	83,3	27,2	24,4	+ 2,8
	<i>Subtotal</i>	<i>63,7</i>	<i>22,0</i>	<i>21,3</i>	<i>+ 0,7</i>
Feminino	Adolescente	50,6	18,7	21,6	- 2,9
	Adulto jovem	72,1	21,5	24,0	- 2,5
	Adulto	87,5	25,9	29,9	-4,0
	<i>Subtotal</i>	<i>68,3</i>	<i>21,5</i>	<i>25,2</i>	<i>- 3,7</i>
Total		66,0	21,8	23,3	- 1,5

O percentual de alunos que reportaram ter um companheiro aumentou com a progressão da idade, acontecendo este fato independente do sexo. O grupo etário que possuía companheiro em maior percentagem foi o adulto, sendo 83,3% dos homens e 87,5% das mulheres.

Os homens tinham companheira com média de 21,3 anos de idade e as mulheres companheiro com média de 25,2 anos de idade. A diferença entre a idade do estudante e a do companheiro foi sempre positiva no caso dos homens, variando de 0,2 anos nos adolescentes, para 2,8 anos nos adultos. Entre as mulheres, ao contrário, a diferença foi sempre negativa, ou seja, a estudante era, em geral, mais nova que seu companheiro, variando essa diferença de 2,9 anos nas adolescentes, a 4,0 anos nas adultas.

4.2. Experiências reprodutivas

4.2.1. Vida Sexual

Quanto às experiências reprodutivas, o estudante de medicina apresentou características singulares.

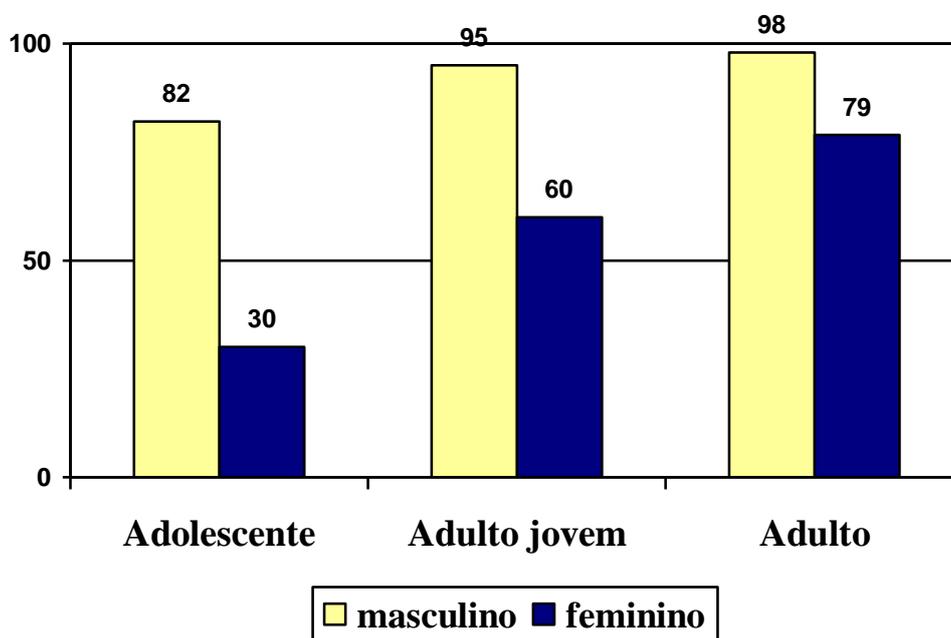
Tabela 4. Distribuição percentual dos estudantes de medicina segundo início da atividade sexual, média de idade da 1ª relação sexual e tempo decorrido da 1ª relação, por sexo e grupo etário.

Sexo	Grupo etário	Já tiveram a 1ª relação	Média de idade na 1ª relação	Tempo decorrido desde a 1ª relação				
				< 1 anos	1 –2 anos	3 – 5 anos	> 6 anos	Média em anos
Masculino	Adolescente	82,1	15,1	2,0	25,7	61,4	10,9	3,6
	Adulto Jovem	94,8	15,7	1,2	8,6	31,4	58,8	5,9
	Adulto	98,1	16,7	-	-	7,5	92,5	10,7
	<i>Subtotal</i>	<i>92,1</i>	<i>15,7</i>	<i>1,3</i>	<i>11,2</i>	<i>35,1</i>	<i>52,4</i>	<i>6,0</i>
Feminino	Adolescente	29,9	17,0	8,6	69,8	17,3	4,3	1,8
	Adulto Jovem	59,6	18,6	4,8	36,4	46,2	12,6	3,1
	Adulto	79,2	19,3	-	10,5	15,8	73,7	6,7
	<i>Subtotal</i>	<i>54,3</i>	<i>18,5</i>	<i>4,9</i>	<i>37,8</i>	<i>39,5</i>	<i>17,8</i>	<i>3,3</i>
Total		73,2	16,5	3,1	24,5	37,3	35,1	4,9

A média de idade na 1ª relação sexual foi maior entre as mulheres (18,5 anos) do que entre os homens (15,7 anos), sugerindo que os homens tiveram a 1ª relação aproximadamente 3 anos mais jovens do que as mulheres.

Com relação ao tempo decorrido desde a primeira relação sexual, observou-se que os homens apresentaram, em média, 6 anos e as mulheres apresentaram em média 3,3 anos.

Gráfico 1. Percentual de alunos de medicina que já tiveram a primeira relação sexual, por sexo e faixa etária

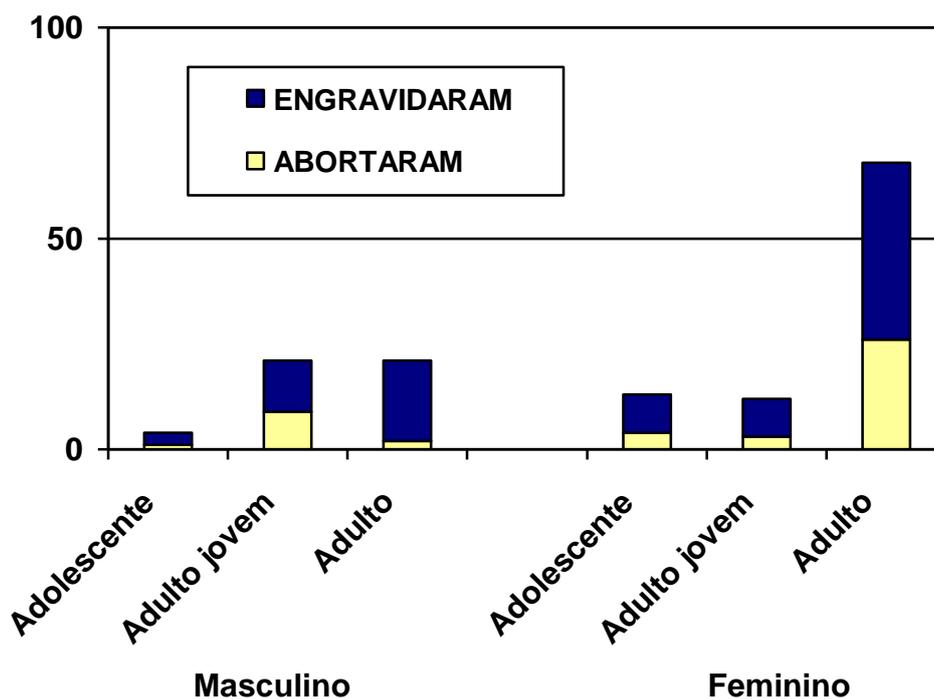


Observou-se que 92,1% dos estudantes do sexo masculino já tinham tido a primeira relação sexual enquanto que entre as estudantes, este percentual caiu para aproximadamente a metade, ou seja, 54,3%. O maior diferencial entre homens e mulheres para o início da vida sexual estava no grupo mais jovem: enquanto a grande maioria (82,1%) dos adolescentes já tinham tido a 1ª relação sexual, entre as adolescentes somente 29,9% declararam que já tinham tido experiência sexual.

4.2.2. Gravidez e Aborto

As informações sobre a experiência reprodutiva foram analisadas de acordo com gravidez (já terem engravidado, entre as mulheres; terem engravidado alguém, entre os homens) e aborto (já terem abortado, entre as mulheres; terem contribuído para um aborto, entre os homens).

Gráfico 2. Percentual de alunos que engravidaram e abortaram, por sexo e faixa etária



Do total de alunos pesquisados, 72 (8,4%) relataram já ter tido experiência com gravidez e, destes alunos, um elevado percentual de 56,9% relataram que já tinham tido experiência com um aborto (Tabela 5).

Tabela 5. Percentual dos estudantes de medicina com experiência com gravidez e aborto, segundo sexo e grupo etário.

Sexo	Grupo Etário	Taxa de Gravidez (*)	Taxa de abortamento (**)	Índice de abortamento (***)
Masculino	Adolescente	3,0	1,0	33,3
	Adulto Jovem	11,7	9,1	77,7
	Adulto	19,2	1,9	9,9
	Subtotal	10,6	6,6	62,3
Feminino	Adolescente	8,7	4,3	49,4
	Adulto Jovem	9,1	2,8	30,8
	Adulto	42,1	26,3	62,5
	Subtotal	12,4	5,4	43,5
Total		11,5	6,0	52,2

(*) percentual de experiência com gravidez entre os alunos com experiência sexual

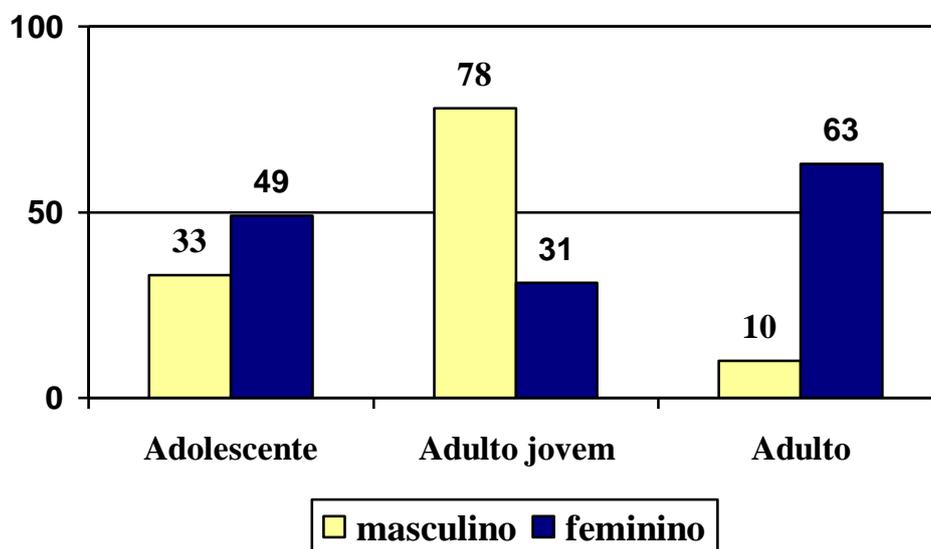
(**) percentual de experiência com abortamento entre os alunos com experiência sexual

(***) percentual de abortamento entre os alunos com experiência com gravidez

Dos alunos entrevistados, 11,5% já tinham tido experiência com gravidez e 6,0% com aborto.

Entre os homens, a faixa que teve mais experiência com gravidez, foi a dos adultos (19,2%); assim como entre as mulheres (42,1%). Com relação ao aborto, os que tiveram maior experiência entre os homens foram os adultos jovens (9,1%) e entre as mulheres, as adultas (26,3%).

Gráfico 3. Percentual de alunos que abortaram em relação ao total que engravidou, por sexo e grupo etário



A porcentagem de abortamento entre os que engravidaram variou segundo o gênero: entre os homens a faixa etária de maior ocorrência foi a dos adultos jovens para a qual 77,7% dos que engravidaram alguém, estiveram envolvidos em um aborto. Entre os adolescentes um de cada três teve experiência com aborto; já entre os adultos somente 1 de cada 10.

Entre as mulheres observou-se que as adultas foram as que tiveram maior porcentagem de aborto em relação à gravidez (62,5%), vindo em seguida as adolescentes com 49,4% de experiência de abortamento entre as que engravidaram e, em seguida as adultas jovens com 30,8%.

A experiência reprodutiva dos alunos com relação à fase do curso é apresentada na Tabela 6.

Tabela 6. Distribuição percentual do tipo de experiência reprodutiva dos estudantes de medicina, segundo fase do curso e sexo.

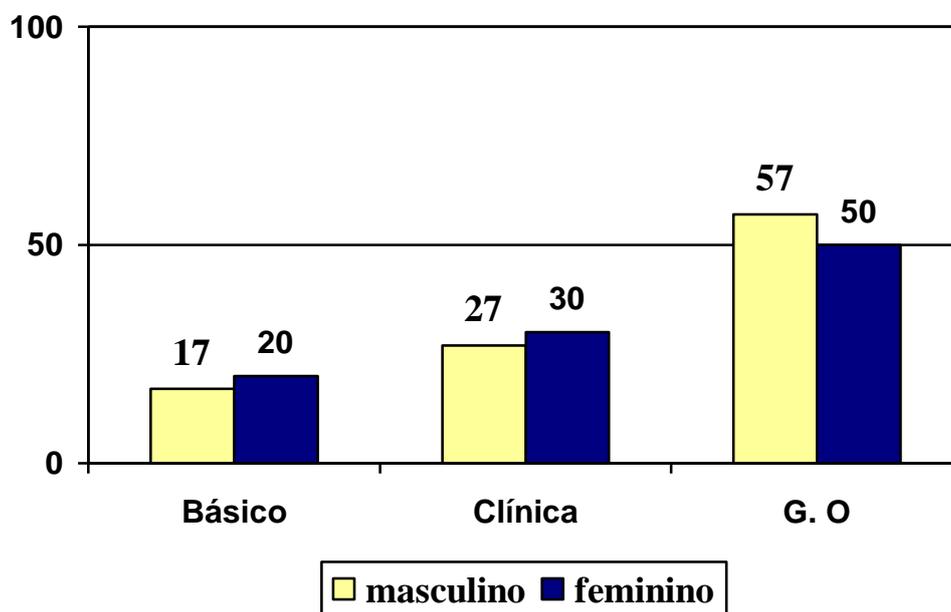
Sexo	Experiência Reprodutiva	Fase do curso		
		Básica	Clínica	G. O.
Masculino	Nenhuma relação sexual	68,3	24,4	7,3
	Teve relação, sem engravidar	34,9	39,5	25,6
	Já engravidou	15,8	31,6	52,6
	Já abortou	16,7	26,7	56,6
Feminino	Nenhuma relação sexual	48,7	34,6	16,7
	Teve relação, sem engravidar	21,0	41,4	37,6
	Já engravidou	15,4	15,4	69,2
	Já abortou	20,0	30,0	50,0

Dos alunos que não tinham tido relação sexual, 68,3% cursavam do 1º ao 4º semestre e 48,7% das alunas cursavam do 1º ao 4º semestre.

A maior concentração de alunos com experiência de gravidez ocorreu do 9º ao 12º semestre, assim como a de aborto. Dos alunos que abortaram, 16,7% estavam no 1º ao 4º semestre, assim como 20,0% dos abortos entre as alunas ocorreram nesta fase do curso.

Entre os alunos que reportaram experiência com gravidez e aborto, mais da metade cursavam do 9º ao 12º semestre, independente do sexo, um achado natural uma vez que alunos destes semestres tinham uma faixa etária mais alta e portanto tinham tido mais chances de engravidar e abortar. No entanto, ressalta-se que cerca de metade dos abortos ocorreu em estudantes que ainda não tinham feito a disciplina de Gineco-obstetrícia.

Gráfico 4. Distribuição percentual dos alunos de acordo com a fase do curso entre aqueles que abortaram, por sexo.



A experiência reprodutiva por estado civil e tempo de vida sexual estão apresentados na Tabela 7.

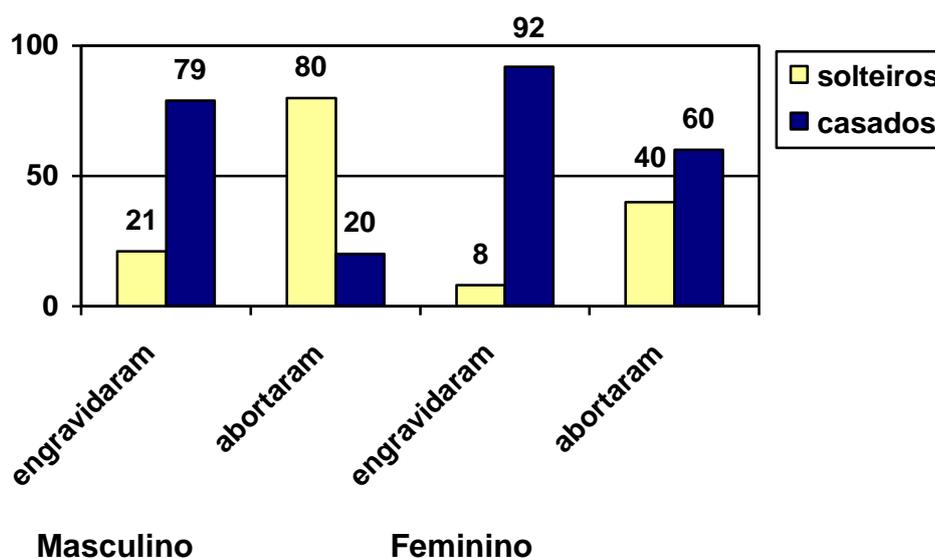
Tabela 7. Distribuição percentual por tipo de experiência reprodutiva dos estudantes de medicina, segundo estado civil e tempo de vida sexual.

Sexo	Experiência Reprodutiva	Estado civil		Tempo de vida sexual	
		Solteiro	Casado	Até 2 anos	3 anos ou mais
Masculino	Nenhuma relação sexual	100,0	-	-	-
	Teve relação, sem engravidar	97,4	2,6	14,0	86,0
	Já engravidou	21,1	78,9	-	100,0
	Já abortou	80,0	20,0	-	100,0
Feminino	Nenhuma relação sexual	100,0	-	-	-
	Teve relação, sem engravidar	92,0	8,0	45,1	54,9
	Já engravidou	7,7	92,3	30,8	69,2
	Já abortou	40,0	60,0	20,0	80,0

Dos homens que tiveram experiência com gravidez e com aborto, 100,0% tinham mais de 3 anos de vida sexual. As mulheres, por sua vez, experimentaram esses dois eventos com menos tempo de vida sexual. Entre as mulheres, 30,8% das que tiveram experiência com gravidez tinham menos de 3 anos de vida sexual e das que tiveram experiência com aborto, 20,0% ainda tinham menos de 3 anos de vida sexual.

Enquanto entre os homens que tiveram experiência com gravidez, 21,1% a tiveram na condição de solteiro, entre as mulheres que já tinham engravidado, pelo menos 7,7% engravidaram solteiras. Entre os homens com experiência com aborto, 80,0% eram solteiros. Já entre as mulheres com experiência com aborto, 40,0% eram solteiras.

Gráfico 5. Distribuição percentual dos estudantes de acordo com situação conjugal entre os que engravidaram e abortaram, por sexo



4.3. Conhecimento e uso da anticoncepção

Para o estudante de medicina é importante conhecer os métodos de anticoncepção não só para seu próprio benefício, como para a orientação correta de todos os pacientes que o procurarem com este fim. Os métodos anticonceptivos modernos conhecidos pelos estudantes estão na Tabela 8.

Tabela 8. Distribuição percentual dos estudantes de medicina com conhecimento dos métodos modernos de anticoncepção, segundo ter companheiro, tempo de vida sexual, experiência conjugal, fase do curso e experiência reprodutiva

Variáveis		Conhecimento dos métodos modernos de anticoncepção							Nº métodos conhecidos	
		Pílula	Injet	Impl	DIU	Cond	Diaf	Esper	1 – 5	6 - 7
Tem companheiro (n = 521)	Masculino	99,4	81,0	59,4	98,5	92,8	97,9	96,6	19,1	80,9
	Feminino	99,1	87,4	65,4	98,7	92,0	97,8	96,9	14,3	85,7
Tempo de vida sexual (n = 664)	<1 ano	100,0	100,0	69,2	100,0	93,3	93,3	86,7	16,7	83,3
	1 –2 anos	100,0	74,4	53,0	99,2	93,5	98,4	97,5	23,2	76,8
	3 – 5 anos	99,2	75,3	61,2	98,3	93,9	98,3	96,6	22,6	77,4
	>6 anos	99,6	82,0	56,7	98,9	90,3	97,9	95,7	16,9	83,1
Experiência Conjugal (n = 861)	Solteiro	99,7	78,1	56,4	99,1	91,6	98,2	96,2	23,9	76,1
	Casado/separado	96,8	95,0	73,2	95,1	95,0	95,0	95,0	7,3	92,7
Fase do curso (n = 861)	Básico	100,0	66,1	30,5	99,0	91,3	97,3	95,2	34,7	65,3
	Clínica	98,7	77,0	66,6	98,1	86,8	97,4	94,6	20,5	79,5
	G. O.	100,0	97,9	77,4	99,6	98,8	99,6	99,2	2,5	97,5
Experiência reprodutiva	Sem relação	99,5	72,4	45,4	99,5	86,6	97,9	96,3	32,1	67,9
	Relação sem gravidez	99,7	79,9	59,8	98,8	93,0	98,1	95,9	21,7	78,3
	Já engravidou	96,9	90,3	64,3	96,9	93,8	96,8	96,8	3,7	96,3
	Já abortou	100,0	95,0	69,4	97,5	97,4	97,4	97,4	8,3	91,7

O conhecimento da pílula (99,5%), DIU (98,8%), diafragma (98%) e espermicida (96,0%) e condom (93,3%), em termos de ouvir falar, foi universal. Os métodos menos citados foram o injetável e o implante subcutâneo conhecidos por 75,8% e 53,2% dos estudantes, respectivamente. Mesmo após a disciplina de Gineco-obstetrícia (9º ao 12º semestre) 22,6% dos alunos afirmaram não ter havido ainda ouvido falar do implante subcutâneo.

Deve-se observar que os alunos responderam simplesmente quais os métodos que conheciam, não tendo sido feita qualquer descrição sobre o modo como o mesmo deve ser utilizado.

Relacionando o conhecimento de métodos modernos de anticoncepção com experiência conjugal, dos que tinham ou já tiveram união estável em alguma época da vida, 92,7% conheciam 6 ou 7 métodos.

Comparando-se por semestre, quanto mais próximo do fim do curso (9º ao 12º semestre) maior a quantidade (97,5%) de alunos que conheciam 6 ou 7 métodos.

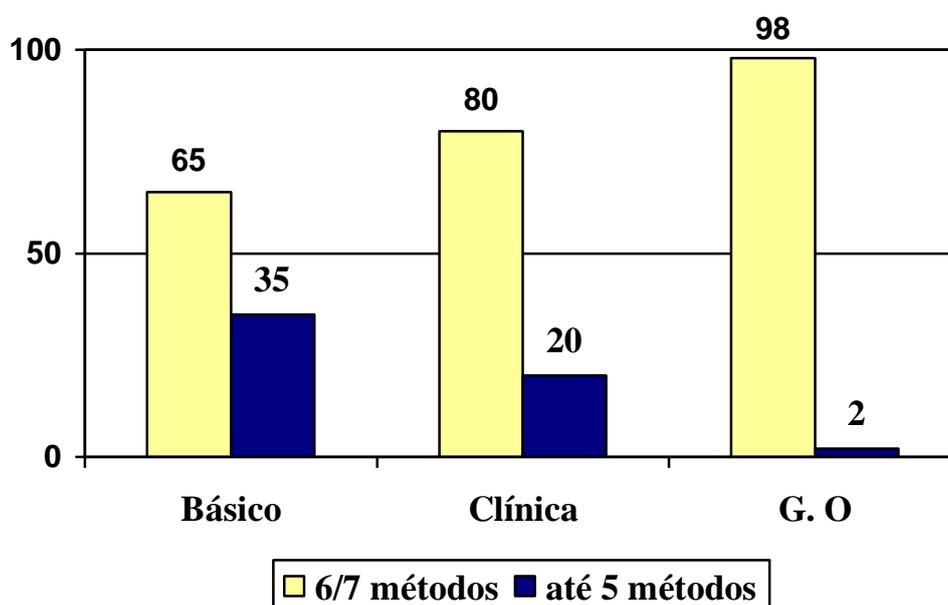
Entre os alunos que não tinham tido relação sexual apenas 67,9% conheciam 6 ou 7 métodos modernos de anticoncepção e entre os que já tinham tido relação sexual, mas sem experiência com gravidez, 78,3% conheciam 6 ou 7 destes métodos. Esta situação contrasta com a dos alunos que já tinham tido experiência com gravidez e com aborto, na qual 96,3% e

91,7% respectivamente, declararam conhecer 6 ou 7 métodos modernos de anticoncepção.

Entre os alunos com experiência de gravidez e de aborto, o método mais conhecido foi a pílula, seguido do DIU, diafragma, espermicida e condom.

A grande maioria dos estudantes de medicina pesquisados conheciam 6 ou 7 métodos modernos de anticoncepção. As categorias que reportaram menor conhecimento dos métodos, ou seja, conheciam menos de 6 tipos de anticonceptivos foi a dos estudantes na fase do curso de ciências básicas (34,9%) e a dos estudantes que ainda não haviam iniciado a vida sexual (32,1%), ressaltando-se que a maioria dos estudantes destas categorias eram ainda adolescentes conforme observado no Gráfico 6.

Gráfico 6. Percentual de estudantes com conhecimento dos métodos anticonceptivos modernos, por fase do curso



O conhecimento dos alunos de medicina sobre os métodos tradicionais de anticoncepção está apresentado na Tabela 9.

Tabela 9. Distribuição percentual dos estudantes de medicina com conhecimento dos métodos tradicionais de anticoncepção, segundo dispor de companheiro, tempo de vida sexual, experiência conjugal, fase do curso e experiência reprodutiva

Variáveis		Tabela	Coito interrom.	Amamentação
Tem companheiro	Masculino	99,7	99,4	79,1
	Feminino	99,6	98,3	88,2
Tempo de vida Sexual	<1 ano	100,0	100,0	78,6
	1 –2 anos	98,4	98,4	68,1
	3 – 5 anos	99,6	99,6	75,1
	>6 anos	100,0	98,9	82,7
Experiência conjugal	Solteiro	99,5	98,6	76,8
	Casado/separado	100,0	90,0	93,2
Fase do curso	Básico	99,3	97,6	58,6
	Clínica	99,4	99,4	82,5
	G. O.	100,0	99,2	94,5
Experiência reprodutiva	Sem relação	99,5	97,4	81,1
	Relação sem gravidez	99,5	99,0	75,0
	Já engravidou	100,0	100,0	93,5
	Já abortou	100,0	100,0	94,7

O conhecimento sobre o método da tabela (99,5%) e do coito interrompido (99,1%) em termos de ouvir falar foi novamente universal. O conhecimento sobre o método anticoncepcional baseado na amamentação

aumentou de acordo com a fase do curso, sendo que somente 58,6% dos alunos da fase básica do curso relataram conhecê-lo.

Dos alunos que já tinham tido experiência reprodutiva com gravidez ou aborto, todos conheciam os métodos da tabela e do coito interrompido. A utilização de métodos anticoncepcionais deve ser efetiva em todos aqueles que têm companheiros e não têm interesse em engravidar.

Tabela 10. Distribuição percentual dos estudantes de medicina com companheiro segundo tipo de método anticoncepcional utilizado, por sexo e grupo etário.

Sexo	G. etário	Uso método	Pílula	Injet.	Implan	DIU	Cond	Diafrag	Esper	Tabel	Coito	Ama
Masc	Adolesc.	75,0	16,7	-	-	-	46,3	-	1,9	16,7	9,3	-
	Ad. Jovem	92,3	32,7	4,5	0,9	-	45,5	-	0,9	13,2	10,9	0,9
	Adulto	88,1	22,7	2,3	-	-	45,5	-	-	25,0	18,2	0,0
	Sub-total	88,9	28,6	3,5	0,6	-	45,6	-	0,9	15,4	11,6	0,6
Fem.	Adolesc.	93,8	50,0	6,3	-	-	56,3	6,3	6,3	18,8	6,3	-
	Ad. Jovem	96,4	50,4	0,9	1,7	-	44,3	1,7	-	16,5	11,3	-
	Adulto	94,7	42,1	5,3	-	-	42,1	-	-	21,1	15,8	5,3
	Sub-total	95,9	50,7	2,0	1,3	-	45,3	2,0	0,7	17,3	11,3	0,7
Total		91,2	35,3	3,0	0,9	-	45,5	0,6	0,9	16,0	11,5	0,6

Os métodos anticoncepcionais mais utilizados foram o condom (45,5%) e a pílula (35,3%). Vale observar que dos anticoncepcionais tradicionais,

a tabela, em especial, foi utilizada por uma percentagem considerável de estudantes (16,0%).

Entre os homens, o método anticonceptivo mais utilizado foi o condom (45,6%) seguido da pílula (28,6%) enquanto entre as mulheres, acontece o inverso, ou seja, o mais utilizado é a pílula (50,7%) vindo depois o condom (45,3%).

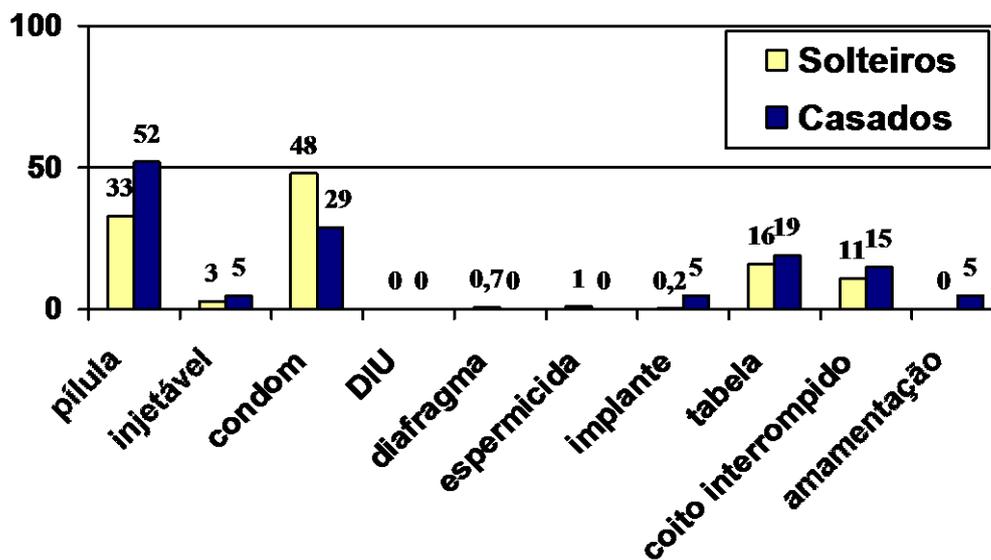
Tabela 11. Distribuição percentual do uso de método anticoncepcional entre os estudantes de medicina com companheiro, segundo tempo de vida sexual ativa e experiência conjugal.

Variáveis	Uso de Método	Método anticoncepcional usado										
		Pílula	Inje	Impl	DIU	Cond	Diafr	Esp	Tab	Coit	Amam	
Tempo de vida Sexual	< 1 ano	72,7	41,7	-	-	-	33,3	-	-	-	-	-
	1-2 ano	90,7	39,3	1,1	-	-	57,3	1,1	1,1	15,7	7,9	-
	3-5 ano	87,8	34,4	1,3	-	-	44,4	1,3	0,7	19,2	11,3	0,7
	>6 ano	90,0	33,8	5,1	1,9	-	42,1	-	0,9	14,8	13,9	0,9
Experiência conjugal	Solteiro	88,3	32,8	2,7	0,2	-	48,0	0,7	1,0	15,5	11,1	-
	Cas/sep	93,4	51,6	4,8	4,8	-	29,0	-	-	19,4	14,5	4,8

Os alunos com menos de um ano de vida sexual foram os que apresentaram menor percentagem de uso de anticoncepcional (72,7%). Destes, 41,7% utilizam a pílula e 33,3% o condom. Importante observar que estes estudantes declararam não utilizar nenhum método tradicional de anticoncepção, reconhecidamente métodos de baixa eficácia.

Os alunos que apresentaram maior percentagem de uso foram os com 1 a 2 anos de vida sexual sendo o condom (57,3%) e a pílula (39,3%) os métodos mais utilizados.

Gráfico 7. Percentual de uso de métodos anticonceptivos modernos e tradicionais pelos estudantes de medicina, segundo a situação conjugal



Dos métodos citados os mais usados foram o condom e a pílula, sendo o condom entre os solteiros e a pílula entre os casados.

Nenhum aluno declarou utilizar o DIU como método anticoncepcional, apesar do alto grau de conhecimento do método.

Entre os métodos tradicionais o menos utilizado é a amamentação. Além disso, a amamentação quando utilizada, veio sempre acompanhada de algum outro método de anticoncepção.

Tabela 12. Distribuição percentual dos estudantes de medicina segundo tipo de método anticoncepcional utilizado, por tipo de experiência reprodutiva.

Experiência reprodutiva	Método anticoncepcional usado									
	Pílula	Injet	Impla	DIU	Cond	Diafra	Esp	Tab	Coi	Ama
Já teve rel. sexual	32,9	2,7	0,2	-	47,3	0,7	1,0	16,1	11,1	-
Engravidou	50,0	3,6	7,1	-	28,6	-	-	21,4	14,3	3,6
Abortou	50,0	5,6	2,8	-	38,9	-	-	11,1	13,9	5,6

Dos alunos que já tinham experiência com gravidez e/ou aborto, o método mais citado, independente do sexo, foi a pílula (50%), seguida do condom. Entre os que já tinham tido relação sexual mas não tinham engravidado o método mais utilizado foi o condom (47,3%) vindo depois a pílula (32,9%).

Apesar da baixa eficácia, 21,4% dos estudantes que já tinham engravidado disseram utilizar a tabela como método anticoncepcional e 14,3% o coito interrompido. Da mesma forma, 11,1% dos que tinham abortado relataram uso da tabela e 13,9% de coito interrompido.

4.4. Conhecimento sobre o período fértil e a anticoncepção de emergência

Para se usar adequadamente a contracepção de emergência é necessário conhecimento sobre o período fértil. Deste modo os estudantes foram indagados sobre qual o período que haveria mais chance de engravidar. As tabelas 13 e 14 apresentam os dados sobre este conhecimento.

Tabela 13. Distribuição percentual dos estudantes de medicina segundo respostas sobre período em que a mulher teria mais chance de engravidar, por sexo e faixa etária.

Sexo	Grupo etário	Período que a mulher tem mais chance de engravidar (n = 832)			
		Durante a menstruação	Semana que antecede a menstruação	Na semana após a menstruação	8 a 22 dias após a menstruação
Masculino	Adolescente	0,8	27,7	5,9	65,6
	Adulto Jovem	0,3	15,5	4,5	79,7
	Adulto	1,9	7,7	7,7	82,7
	<i>Subtotal</i>	<i>0,6</i>	<i>17,6</i>	<i>5,2</i>	<i>76,6</i>
Feminino	Adolescente	-	14,9	9,5	75,6
	Adulto Jovem	-	11,2	4,7	84,1
	Adulto	-	4,2	-	95,8
	<i>Subtotal</i>	<i>-</i>	<i>11,5</i>	<i>5,4</i>	<i>83,1</i>
Total		0,4	15,1	5,3	79,2

Dos alunos indagados sobre o período que a mulher tem mais chance de engravidar (período fértil), 79,2% assinalaram a opção correta (8 a

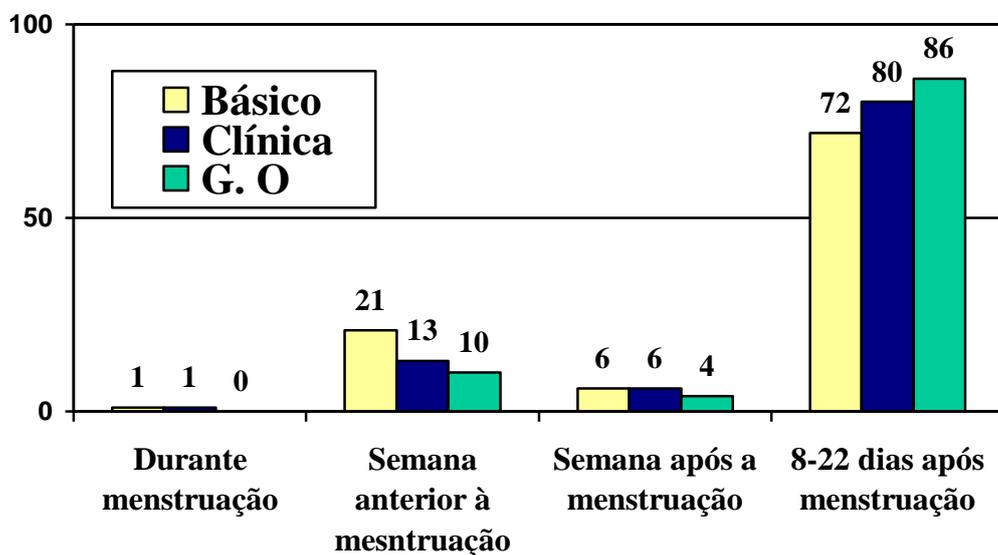
22 dias após a menstruação) tendo 20,8% dos alunos optado por outras respostas. Nesta perspectiva, 15,1% responderam que o período fértil é na semana que antecede a menstruação, 5,3% na semana após a menstruação e 0,4% durante a menstruação. Na comparação por sexo, independente da faixa etária, mais mulheres (83,1%) do que homens (76,6%) responderam corretamente sobre o período fértil. O maior percentual de erro (34,5%) se verificou entre os adolescentes do sexo masculino. Entre as adolescentes, uma de cada quatro desconhece a época em que se tornam férteis.

Tabela 14. Distribuição percentual dos estudantes de medicina segundo resposta sobre o período fértil, por tempo de vida sexual, ter ou não companheiro e experiência conjugal.

Variáveis	Período que a mulher tem mais chance de engravidar			
	Durante a menstruação	Semana antes menstruação	Semana após menstruação	8 /22 dias após a menstruação
< 1 ano	-	-	6,7	93,3
Tempo de vida sexual				
1 – 2 anos	-	13,6	3,3	83,1
3 – 5 anos	-	15,5	4,2	80,3
> 6 anos	0,7	15,8	6,3	77,2
Companheiro				
Com	0,4	9,9	5,3	84,4
Sem	0,3	25,3	5,2	69,2
Experiência conjugal				
Solteiro	0,4	16,0	5,1	78,5
Casado/sep	-	4,8	8,1	87,1

Quanto a fase do curso, 27,5% dos alunos do 1º ao 4º semestre, 20,0% do 5º ao 8º semestre e 13,9% do 9º ao 12º semestre não responderam corretamente sobre o período fértil da mulher.

Gráfico 8. Percentual dos tipos de respostas sobre período fértil da mulher, segundo fase do curso



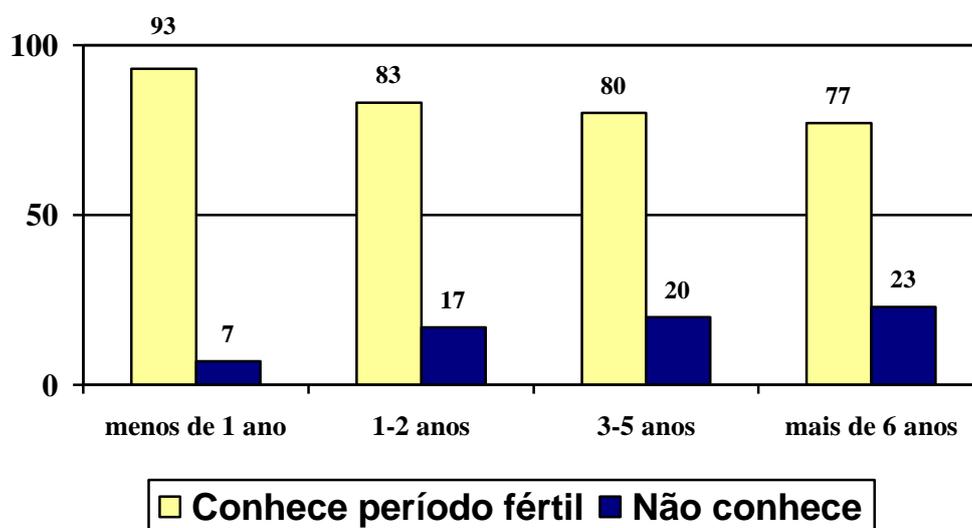
Dos estudantes que tinham companheiro na época da pesquisa, 84,4% responderam corretamente a questão sobre período fértil, enquanto entre os que não tinham companheiro este percentual caiu para 69,2%. Dos estudantes com experiência conjugal, 87,1% conheciam o período fértil, contra 78,6% dos solteiros.

Além do conhecimento pelo aluno em relação ao período fértil, outro fator analisado foi o conhecimento sobre contracepção de emergência, em termos de ter ouvido falar deste método. Foi também observado o conhecimento combinado de período fértil e contracepção de emergência pelos estudantes.

Surpreendentemente o conhecimento do período fértil diminuiu com o aumento do tempo de vida sexual, passando de 93% entre os com

menos de um ano de vida sexual para 77% entre os com mais de 6 anos de vida sexual, como ilustra o Gráfico 9.

Gráfico 9. Percentual de estudantes de medicina que responderam corretamente sobre período fértil da mulher, por tempo de vida sexual



Além do conhecimento sobre período fértil, foi também questionado ao aluno sobre o conhecimento de algum método de anticoncepção de emergência. O conhecimento destes métodos pode ser observado na Tabela 15.

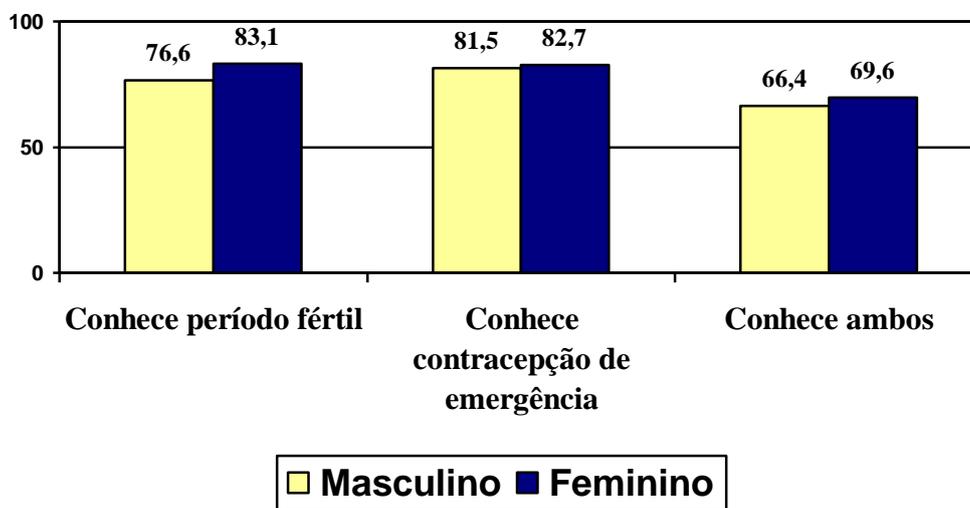
Tabela 15. Distribuição percentual dos estudantes de medicina segundo conhecimento sobre o período fértil e sobre o método de contracepção de emergência, por sexo e grupo etário

Sexo	Grupo etário	Conhece período fértil (n = 832)	Conhece contracepção de emergência (n=832)	Conhece ambos (n = 820)
Masculino	Adolescente	65,5	71,4	53,8
	Adulto Jovem	79,7	84,1	69,0
	Adulto	82,7	87,8	79,6
	<i>Subtotal</i>	76,6	81,5	66,4
Feminino	Adolescente	75,7	76,7	55,6
	Adulto Jovem	84,1	84,1	73,0
	Adulto	95,8	87,5	83,3
	<i>Subtotal</i>	83,1	82,7	69,6
Total		79,9	82,1	68,0

De modo geral, o conhecimento sobre período fértil, contracepção de emergência e sobre ambos combinados, aumentou com a idade tanto entre os homens, quanto entre as mulheres.

O conhecimento de ambos os métodos foi maior entre os adultos (83,3% das mulheres e 79,6% dos homens), seguido dos adultos jovens (73% das mulheres e 69,% dos homens), ficando os adolescentes com as menores percentagens (55,6% das mulheres e 53,8% dos homens).

Gráfico 10. Percentual de estudantes de medicina que conhecem período fértil, contracepção de emergência e ambos, por sexo



Aproximadamente um em cada três alunos, independente do sexo, não tinha o conhecimento dos dois itens, necessário para o uso adequado do método.

Tabela 16. Distribuição percentual dos estudantes de medicina segundo conhecimento do período fértil e sobre a contracepção de emergência, por experiência conjugal e tempo de vida sexual.

Variáveis		Conhece período fértil	Conhece contracepção de emergência	Conhece ambos
Experiência conjugal	Solteiro	78,6	81,7	66,0
	Casado/separado	87,1	85,2	77,0
Tempo de vida sexual	< 1 ano	93,3	92,9	85,7
	1 – 2 anos	83,1	77,8	65,0
	3 – 5 anos	80,3	82,4	69,3
	> 6 anos	77,2	82,5	65,4

Entre os alunos solteiros um terço não tinha conhecimento sobre o período fértil e a contracepção de emergência, justamente o grupo preferencial para o uso deste método. Entre os casados e separados, 77% conheciam os dois itens.

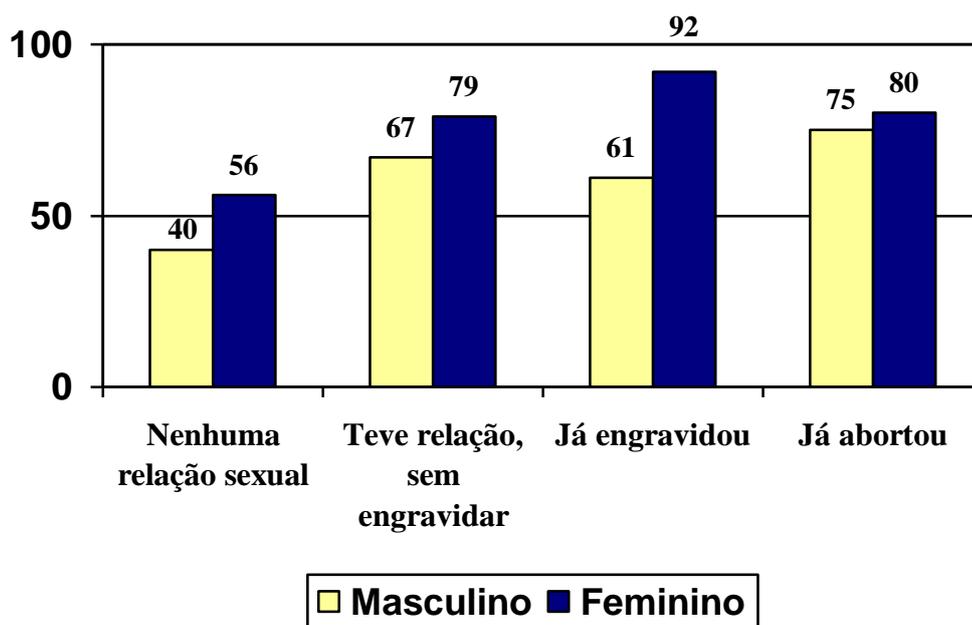
Com relação ao tempo de vida sexual os que apresentaram um maior percentual de conhecimento sobre ambos, o período fértil e a contracepção de emergência, foram os alunos com menos de um ano de vida sexual.

Tabela 17. Distribuição percentual dos estudantes de medicina com conhecimento do período fértil e contracepção de emergência, por sexo e experiência reprodutiva.

Sexo	Experiência Reprodutiva	Conhece período fértil	Conhece contracepção de emergência	Conhece ambos
Masculino	Nenhuma relação sexual	56,4	70,0	40,0
	Teve relação, sem gravidez	77,8	82,5	67,3
	Já engravidou	78,8	77,8	61,1
	Já abortou	86,2	85,7	75,0
Feminino	Nenhuma relação sexual	72,7	77,3	56,0
	Teve relação, sem gravidez	91,8	86,6	79,0
	Já engravidou	100,0	92,3	92,3
	Já abortou	80,0	90,0	80,0

Dos alunos sem experiência reprodutiva, 60,0% dos homens e 44,0% das mulheres não conheciam o período fértil e a contracepção de emergência combinados. Deve-se observar que este é um grupo de risco pois poderia estar tendo sua primeira relação sexual sem estes conhecimentos, o que poderia resultar em gravidez indesejada e aborto.

Gráfico 11: Percentual de estudantes de medicina segundo experiência reprodutiva que reportaram conhecer período fértil e contracepção de emergência, por sexo



Enquanto entre as mulheres que tinham tido experiência com gravidez somente 8% não conheciam o período fértil e a contracepção de emergência, entre as que já tinham tido experiência com aborto, 20,0% não

conheciam conjuntamente período fértil e contracepção de emergência. Já entre os homens, 38,9% dos que já tinham tido experiência com gravidez não conheciam conjuntamente período fértil e contracepção de emergência, o mesmo acontecendo com 25% dos que tinham tido experiência com aborto.

As mulheres apresentaram um grau de conhecimento do período fértil e da anticoncepção de emergência combinados maior que o dos homens, independente da experiência reprodutiva.

Tabela 18. Distribuição percentual dos estudantes de medicina por conhecimento sobre período fértil, contracepção de emergência e ambos por disciplina cursada e evento freqüentado, segundo fase do curso

Participação	Fase do Curso	Conhecimento período fértil	Conhecimento contracepção de emergência	Conhecimento de ambos
Cursou disciplina sobre planejamento familiar	Básico	78,4	79,1	66,7
	Clínica	80,5	85,6	76,9
	G. O.	85,9	93,0	81,8
Participou de evento sobre planejamento familiar	Básico	73,9	76,1	58,2
	Clínica	80,9	80,9	71,1
	G. O.	86,4	93,9	83,3

Quanto mais o aluno estava próximo da conclusão do curso (9º ao 12º semestre) maior o conhecimento de período fértil, contracepção de emergência e ambos os métodos combinados. Entretanto, nesta fase do curso, 14,1% não conheciam o período fértil da mulher, 7,0% não conheciam

contracepção de emergência e 18,2% não conheciam período fértil e contracepção de emergência combinados, apesar de terem declarado que já tinham cursado disciplina sobre planejamento familiar.

Tabela 19. Distribuição percentual dos estudantes de medicina segundo meio de informação sobre contracepção de emergência, por fase do curso.

Fase do curso	Serviço de saúde	Farmácia	Jornal, TV, rádio	Publicação científica	Amigos, parentes	Disciplina do curso	Outro
Básico	10,1	2,0	39,2	11,1	21,1	14,1	2,5
Clínica	11,0	0,4	24,8	12,2	18,3	29,7	3,7
G. O.	10,6	-	22,1	20,7	10,6	32,7	3,2

Dos alunos do 1º ao 4º semestre que declararam conhecer algum método de contracepção de emergência 39,2% obtiveram informações de jornal, TV ou rádio e 21,1% de amigos e parentes; dos alunos do 5º ao 8º semestre, 29,7% obtiveram informações de disciplina no curso de medicina e 24,8% de jornal, TV e rádio e dos alunos do 9º ao 12º semestre, 32,7% declararam ter recebido informações de disciplina no curso de medicina e 22,1% de jornal, TV e rádio.

Vale ressaltar que o conhecimento dos alunos sobre anticoncepção de emergência era extremamente superficial, uma vez que apenas 4 descreveram o método corretamente.

4.5. Participação em disciplinas e eventos sobre planejamento familiar

O currículo do curso de medicina provê alguns momentos de discussão do planejamento familiar. Em especial as disciplinas de Fundamentos da Prática Médica, ministrada no 1º semestre e de Ginecologia e Obstetrícia, ministrada no 8º semestre do curso, têm esta atribuição.

A Tabela 20 indica o percentual de estudantes de medicina que, na época da pesquisa, declararam que já haviam cursado alguma disciplina, bem como eventos que abordassem o planejamento familiar.

Tabela 20. Distribuição percentual dos estudantes de medicina que cursaram disciplina e participaram de evento sobre planejamento familiar, segundo sexo e fase do curso

Sexo	Fase do Curso	Cursou disciplina sobre planejamento familiar	Participou de evento sobre planejamento familiar
Masculino	Básico	46,2	46,2
	Clínica	50,0	44,8
	G. O.	87,9	57,1
	Subtotal	58,8	48,7
Feminino	Básico	43,9	48,2
	Clínica	61,9	57,9
	G. O.	92,1	69,3
	Subtotal	64,8	58,1
Total		61,2	52,4

Os alunos do 9º e 12º semestres foram os que reportaram ter realizado alguma disciplina e/ou curso sobre planejamento familiar. Deve-se observar, entretanto, que quase um quinto dos estudantes do 9º ao 12º semestre disseram não ter participado de nenhuma disciplina que abordasse esse tema, apesar da oferta da disciplina de Ginecologia e Obstetrícia ocorrer no 8º semestre letivo.

O Gráfico 12 ilustra a percepção dos alunos de Medicina em terem participado de alguma disciplina sobre planejamento familiar durante o curso.

Gráfico 12. Percentual de estudantes de medicina que declararam já ter participado de disciplina que abordasse planejamento familiar, por semestre e sexo

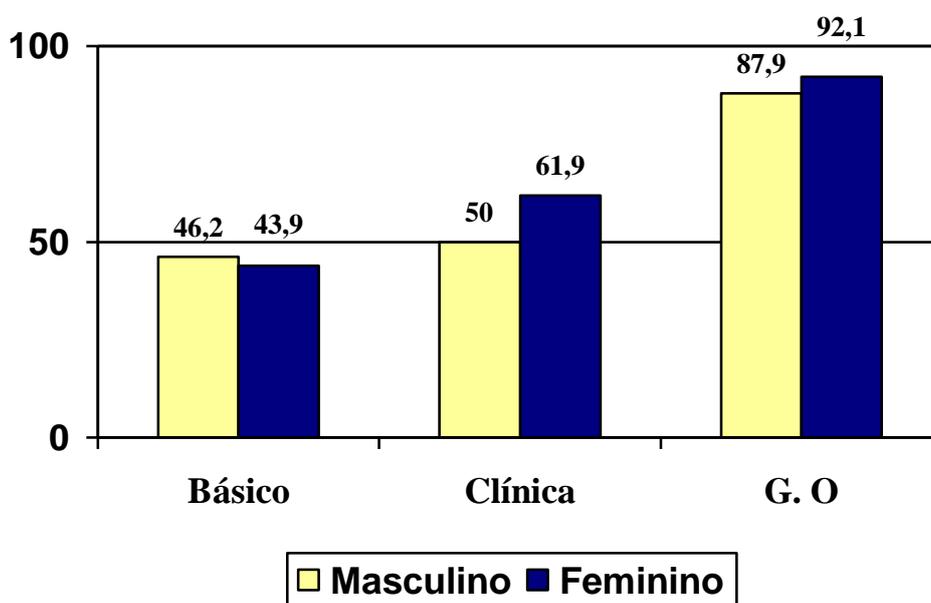


Tabela 21. Distribuição percentual dos estudantes de medicina que participaram de disciplina e evento sobre planejamento familiar, segundo experiência reprodutiva.

Experiência Reprodutiva	Cursou disciplina sobre planejamento familiar	Participou de evento sobre planejamento familiar
Nenhuma relação sexual	57,9	53,8
Teve relação, sem gravidez	60,5	50,7
Já engravidou	78,1	59,4
Já abortou	75,0	65,0

Constatou-se que 21,9% dos estudantes que tiveram experiência com gravidez reportaram não ter cursado qualquer disciplina que abordasse o planejamento familiar durante o período em que estavam freqüentando o curso, até então. Situação similar acontece com os alunos que tiveram experiência com o aborto, onde um quarto destes afirmaram não ter participado de qualquer disciplina sobre planejamento familiar, à época da aplicação do questionário.

Dos alunos que ainda não tinham tido a primeira relação sexual, 41,1% reportaram não ter participado de disciplina sobre planejamento familiar e 46,2% não reportaram qualquer participação em evento científico sobre planejamento familiar.

4.6. Prevenção de DST/AIDS através de preservativos

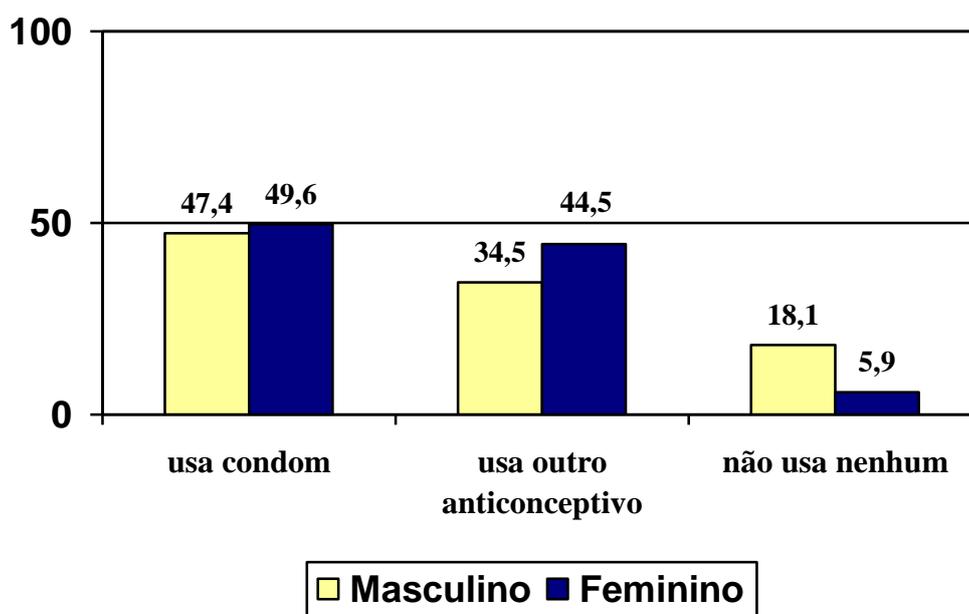
Grande ênfase tem sido dada, desde o surgimento da epidemia de AIDS, para a utilização do condom, tendo em vista ser um método que, além de funcionar como anticonceptivo, tem a função de prevenir doenças sexualmente transmissíveis, em especial, a AIDS. É de se esperar, pois, que o uso deste recurso, preventivo seja de uso disseminado entre os alunos de medicina, especialmente entre aqueles que já tiveram a primeira relação sexual, são solteiros(as) e têm companheira(o).

Tabela 22. Distribuição percentual dos estudantes de medicina solteiros(as) com companheira(o) que já tinham tido a primeira relação sexual, por uso de condom e utilização ou não de outro método anticonceptivo, segundo sexo e faixa etária.

Sexo	Faixa Etária	Uso de condom	Uso de outro método	Não usa método anticonceptivo
Masculino	Adolescente	46,3	20,4	33,3
	Adulto jovem	47,5	38,0	14,5
	Adulto	48,5	36,4	15,1
	Subtotal	47,4	34,5	18,1
Feminino	Adolescente	60,0	33,3	6,7
	Adulto jovem	50,0	43,8	6,2
	Adulto	25,0	75,0	-
	Subtotal	49,6	44,5	5,9
Total		48,1	37,4	14,5

O percentual de uso do condom entre os homens foi estável para qualquer faixa etária, enquanto que entre as mulheres o percentual de uso caiu sensivelmente com o aumento da idade, passando de 60% entre as adolescentes para 25% entre as mulheres adultas.

Gráfico 13. Percentual de estudantes de medicina solteiros, com companheiro, segundo uso de condom, outro método anticonceptivo ou nenhum método, por sexo.



Menos da metade dos homens (47,4%) e das mulheres (49,6%) solteiros, sexualmente ativos e com companheiros reportaram usar condom. Entre estes é desconhecido com que freqüência o usam nas relações sexuais.

Tabela 23. Distribuição percentual dos estudantes de medicina solteiros(as) com companheira(o) que já tinham tido a primeira relação sexual, por uso de condom e utilização ou não de outro método anticonceptivo, segundo sexo e fase do curso.

Sexo	Fase do Curso	Uso de condom	Uso de outro método	Não usa método anticonceptivo
Masculino	Básico	42,7	30,5	26,8
	Clínica	48,3	31,9	19,8
	G. O.	50,6	41,6	7,8
Feminino	Básico	51,9	40,7	7,4
	Clínica	63,0	34,8	2,2
	G. O.	34,8	56,5	8,7

Quando se analisa o uso de método anticoncepcional por semestre, observamos que, independente do sexo, entre os alunos solteiros e com companheira, praticamente não houve aumento no uso do condom à medida que o aluno progredia no curso. Após a disciplina de Ginecologia e Obstetrícia não houve aumento no uso do condom, embora tenha ocorrido um aumento expressivo no uso de outros métodos.

Tabela 24. Distribuição percentual dos estudantes de medicina solteiros(as) com companheira(o) que já tinham tido a primeira relação sexual, por uso de condom e utilização ou não de outro método anticonceptivo, segundo fase do curso e participação em disciplina e evento sobre planejamento familiar.

Participação	Fase do curso	Uso exclusivo de condom	Uso de outro método	Não usa método anticonceptivo
Disciplina sobre planej. familiar	Básico	43,4	35,8	20,8
	Clínica	59,6	30,3	10,1
	G. O.	43,5	49,2	7,3
Evento sobre planej. familiar	Básico	58,8	21,6	19,6
	Clínica	61,7	27,2	11,1
	G. O.	43,8	47,5	8,7

Entre os alunos do 9^o ao 12^o solteiros, que já tinham tido a primeira relação sexual e que participaram de disciplina sobre planejamento familiar, aproximadamente 7,3% não utilizavam qualquer método anticoncepcional. Deve-se observar, entretanto, que deste grupo 43,5% dos que participaram de disciplina sobre planejamento familiar e 43,8% que participaram de evento científico sobre planejamento familiar utilizavam condom.

Tabela 25. Distribuição percentual dos estudantes de medicina solteiros(as) com companheira(o) que já tinham tido a primeira relação sexual, por uso de condom e utilização ou não de outro método anticonceptivo, segundo companheiro, tempo de vida sexual e experiência reprodutiva.

Variáveis	Uso de Condom	Uso de outro método	Não usa método contraceptivo
Tempo de vida Sexual			
Até 2 anos	57,0	28,0	15,0
Mais de 3 anos	45,4	40,3	14,3
Experiência reprodutiva			
Relação sem gravidez	48,4	36,8	14,8
Já engravidou	41,6	50,0	8,4
Já abortou	50,0	-	50,0

Dos estudantes de ambos os sexos solteiros com companheiro que já tinham tido experiência sexual mas não tinham experiência com gravidez, 14,8% não estavam utilizando qualquer método anticonceptivo; dos que já tinham tido experiência com gravidez, 8,4% não utilizavam qualquer método anticonceptivo. Dos alunos que já tinham tido experiência com aborto, metade reportou não utilizar qualquer método anticonceptivo, nem mesmo o condom.

5. DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

A grande maioria dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Ceará é jovem com menos de 24 anos de idade (90,9%) e solteiros (92,7%), sendo que quase um quarto do total de estudantes são adolescentes com idade entre 17 e 19 anos. Este grupo, segundo GLEI (1999), estaria numa faixa considerada de risco para ocorrência de gravidez indesejada ou aborto. Pelo referencial específico de serem alunos de medicina, era de se esperar que o grupo apresentasse um perfil reprodutivo e de conhecimento sobre anticoncepção mais avançado, especialmente pelo fato de que logo estes alunos deverão assumir uma liderança na promoção da saúde e prevenção de doenças/agravos da população.

Experiências reprodutivas

Quando observamos o comportamento relativo ao início da vida sexual, observamos que os estudantes do sexo masculino apresentam um padrão bastante próximo do usual, ou seja, mais de 90% dos estudantes já tinham tido sua primeira relação sexual e dos que não tinham tido, metade era composto por adolescentes entre 17 e 19 anos de idade. Já entre as mulheres o quadro foi bastante diferente. As estudantes de medicina tenderam a iniciar a vida sexual mais tardiamente em relação à população geral. Assim, quase a metade das estudantes não tinha vivenciado ainda sua primeira relação sexual, coincidindo com o observado por FAGUNDES et al (1993), em estudo realizado

com estudantes da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná, no qual 45,0% das mulheres não tinham também iniciado sua atividade sexual.

Quando comparada com a população em geral observou-se, neste estudo, que a vida sexual começou mais tarde nas estudantes de medicina. Enquanto no presente estudo, somente 29,9% das adolescentes tinham iniciado a vida sexual, resultados de estudo de SCHOR et al (1994) realizado em São Paulo mostraram que 74% das mulheres entre 14 e 49 anos tiveram a primeira relação sexual antes dos 20 anos, ou seja, na adolescência. O mesmo aconteceu com o estudo de OLINTO e GALVÃO (1999) onde 45,2% das adolescentes entre 15 e 19 anos já tinham tido a primeira relação sexual. Quando se compara nas outras faixas, esta diferença entre estudantes de medicina e a população geral, também esteve presente. Assim, na faixa de 20 a 24 anos de idade no estudo de OLINTO e GALVÃO (1999) 84,1% já tinham tido a primeira relação sexual contra apenas 59,6%. Na faixa etária de 25 anos ou mais, segundo o mesmo estudo, 95,5% já tinham tido a primeira relação sexual, enquanto em nosso estudo 79,2% a haviam tido.

Este comportamento possivelmente reflete a diferença sócio-cultural entre o grupo de estudantes e a população em geral, que reconhecidamente é mais elevada no grupo de estudantes de medicina.

Dos estudantes de medicina de ambos os sexos que tiveram experiência com gravidez (11,5%), aproximadamente a metade (52,2%) teve

também experiência com aborto, significando um elevado índice de abortamento. Deste modo, pôde-se constatar que, comparadas às mulheres da população em geral, as estudantes de medicina, com relação ao aborto, apresentaram índices bastante elevados. O estudo não permitiu precisar a época da ocorrência do aborto, se antes ou após o ingresso na Faculdade de Medicina, bem como se estes foram espontâneos ou provocados. Contudo, como a grande maioria dos estudantes ingressam muito cedo na faculdade, é provável que grande parte das gravidezes e abortamentos tenham ocorrido durante o curso médico.

O alto índice de aborto remete à discussão sobre a proibição desta prática. A opção pelo aborto sugere uma “aprovação” para interrupção da gravidez, por parte dos futuros médicos. Seria importante, portanto, dimensionar esta questão não só entre os estudantes como entre os profissionais de saúde em geral. Deve-se observar, ainda, que 5% dos alunos que tiveram experiência com aborto declararam não estar usando qualquer método anticoncepcional, na época da entrevista.

Conhecimento da concepção e da anticoncepção

O conhecimento dos alunos sobre métodos anticoncepcionais modernos, em termos de ouvir falar, é significativo com aproximadamente 80% dos estudantes conhecendo 6 ou 7 métodos anticonceptivos modernos do total

de 7 métodos questionados. O único método com mais reduzido percentual de conhecimento (57,6%) foi o implante subcutâneo.

Com relação ao conhecimento da concepção, observou-se que somente 79,2% dos alunos em geral conheciam quando ocorre o período fértil da mulher. Esta informação é fundamental para orientação à mulher quanto a utilização de determinados métodos, em especial a “pílula do dia seguinte”.

Outro fato que chama a atenção é que quando se discriminou os alunos do 9º ao 12º semestre que já haviam cursado a disciplina de Gineco-obstetrícia, observou-se que uma parte significativa deles (14,1%) não conheciam o período fértil da mulher e, apesar de 93,0% declararem que conheciam contracepção de emergência, nenhum deles soube descrever corretamente este método, mostrando que o conhecimento em termos de “ouvir falar” não representa um conhecimento efetivo do método, capaz de levar à sua prática.

Era de se esperar que todos os alunos que já passaram por uma experiência com aborto tivessem o conhecimento adequado do período fértil assim como da contracepção de emergência. Entretanto, 25,0% dos homens e 20,0% das mulheres não conheciam os dois métodos conjuntamente, impondo a necessidade maior de atenção a estes alunos por se tratar de um grupo de risco para gravidez indesejada.

O assunto planejamento familiar é tratado em pelo menos dois momentos ao longo do curso de medicina, entretanto, a disciplina de Gineco-obstetrícia, no 8º semestre é o espaço no qual devem ocorrer estas discussões de forma mais aprofundada. Assim, embora a maioria dos estudantes do 9º ao 12º semestre, tinha afirmado já ter participado de disciplina sobre planejamento familiar, um quinto dos alunos responderam que não tinham participado de nenhuma disciplina que tivesse abordado este tema. Tais afirmações demonstram que pode estar havendo falta de interesse ou uma não assimilação desse conteúdo, o que representa um prejuízo para a formação profissional destes futuros médicos.

Comparando estes fatos, num estudo realizado por BORDIN et al (1994) na Universidade Federal do Rio Grande do Sul sobre a avaliação das habilidades requeridas para formação do médico geral na área da Gineco-obstetrícia, os professores desta disciplina, identificaram como indispensáveis somente 4 grupos de habilidades: exame ginecológico, exame obstétrico, exames complementares e identificação de patologias gineco-obstétricas; não foi prevista na avaliação qualquer habilidade relacionada a orientação ao paciente quanto ao planejamento familiar ou a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Quanto às fontes de informação sobre algum método de contracepção de emergência, observou-se que, para alunos dos primeiros semestres as fontes são as mesmas da população em geral, ou seja, o jornal, a

televisão e o rádio, além de amigos e parentes. Os alunos deste semestre são na quase totalidade adolescentes ou adultos jovens e seria oportuno estarem recebendo estas informações no próprio curso. Já os alunos do 5º ao 12º semestre relataram ter recebido informações no curso de medicina, sendo, entretanto, o segundo meio mais citado o jornal, a televisão e o rádio.

Assim, a contracepção de emergência, tida como uma opção extremamente importante em países do primeiro mundo na prevenção de gravidezes indesejadas, e por conseqüência, aborto e mortalidade materna, estava praticamente indisponível aos estudantes de medicina, e, por conseqüência, a toda população cearense.

Utilização de métodos anticoncepcionais

Aproximadamente 60% dos alunos que não usavam método anticoncepcional, apesar de terem tido relação sexual e ter companheiro no momento da pesquisa, declararam que já tinham participado de alguma disciplina durante o curso que tratava de planejamento familiar. É fundamental uma readequação no currículo do curso de medicina visando novas estratégias de abordagem deste tema viabilizando um melhor comportamento por parte dos próprios estudantes quanto a aspectos diretamente relacionados a sua vida sexual, assim como a de seus futuros pacientes.

Com relação à não utilização de qualquer método anticoncepcional entre alunos de medicina, este estudo apresentou resultados diferentes dos

apontados por FAGUNDES et al (1993). Enquanto no estudo atual apenas 4,1% das mulheres não utilizavam métodos anticoncepcionais, no estudo de FAGUNDES et al (1993) este percentual chegou a 18,0%. Já entre os homens, as porcentagens foram bastante próximas: 11,1% declararam não utilizar métodos anticoncepcionais no presente estudo enquanto 9,0 declararam o mesmo no estudo de FAGUNDES et al (1993).

Neste trabalho pôde-se observar uma grande utilização de métodos anticoncepcionais, principalmente entre as alunas, uma vez que 95,9% das alunas que tinham companheiro utilizavam estes métodos. Entre os homens esta percentagem foi de 88,1%. Comparando-se com estudo de OLINTO e GALVÃO (1999) em mulheres da população em geral de Pelotas (RS), a utilização de métodos anticoncepcionais no presente estudo foi maior em todas as faixas etárias. Neste estudo 93,8% das adolescentes, 96,4% das adultas jovens e 94,7% das adultas declararam utilizar métodos anticoncepcionais enquanto no estudo de OLINTO e GALVÃO (1999) 71,8% das adolescentes, 86,4% das adultas jovens e 87,9% das adultas referiram o uso de métodos anticoncepcionais.

Em estudo de SCHOR (1995) com adolescentes do sexo feminino entre 15 e 19 anos de idade, solteiras e com companheiro, na cidade de São Paulo em 1992, observou-se que 23,5% declararam não utilizar qualquer tipo de método anticoncepcional enquanto no presente estudo, apenas 6,7% das adolescentes (17 – 19 anos de idade) declararam não utilizar nenhum método anticoncepcional.

Prevenção de DSTs/AIDS

Grande ênfase tem sido dada, desde o surgimento da epidemia de AIDS, para a utilização do condom, tendo em vista ser um método que, além de funcionar como anticoncepcional, tem a função de prevenir doenças sexualmente transmissíveis, em especial, a AIDS. É de se esperar, pois, que o uso deste recurso seja efetivo entre alunos de medicina, principalmente os que são solteiros, têm companheiro e já tiveram a primeira relação sexual. Entretanto, quando se observou este grupo, independente do sexo, constatou-se que apenas 48,1% dos alunos que apresentam estas características, reportaram utilizar o condom em suas relações sexuais.

Em estudo com alunos de medicina, FAGUNDES et al (1993) relatam que somente 18% das alunas utilizam condom em suas relações sexuais enquanto 65% dos alunos reportaram este comportamento. Em nosso estudo, o uso de condom pelos estudantes foi praticamente o mesmo entre homens (47,4%) e mulheres (49,6%).

Apesar de o aluno de medicina, em sua grande maioria, pertencer a classe social diferenciada, a dificuldade apresentada na utilização de condom para a grande massa populacional, que tem como acesso a informações somente o divulgado pelo rádio, televisão e jornais, foi observado entre os estudantes de medicina, uma vez que 51,9% dos estudantes solteiros com companheiro não utilizavam o condom. Isto traz preocupação já que o mesmo

além de fazer parte da elite sócio-econômica, será no exercício de sua profissão, muitas vezes, responsável por traçar políticas de saúde no estado ou no país. É desejável, portanto, que mecanismos sejam pensados para se atingir a grande população com estratégias mais eficazes que possam, inclusive, levar o médico a refletir e repensar sua postura perante a sociedade.

O médico, de forma singular, é o profissional de saúde com maior participação nas estruturas de decisão do serviço público ocupando a maioria dos cargos de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde no Brasil. Por ocuparem estes cargos, são responsáveis pelo estabelecimento de mecanismos e estratégias para desenvolvimento de programas de saúde pública, em especial os de saúde reprodutiva.

Além disto, tanto na esfera do ensino médico quanto para sua atuação em programas de saúde pública, como o Programa de Saúde da Família, estratégia bastante utilizada atualmente, o que se propõe hoje é a formação do clínico geral, profissional com grande capacidade para solução das doenças mais prevalentes, principalmente através da prevenção. Nesta perspectiva, a saúde reprodutiva deve ser considerada uma área prioritária, cabendo às instituições de ensino se empenharem na formação adequada do médico e aos prestadores de serviço, em especial os públicos, fornecerem orientações e mecanismos adequados à prática sexual segura.

6. RECOMENDAÇÕES

6. RECOMENDAÇÕES

Considerando os resultados apresentados por este estudo as seguintes recomendações gerais são propostas:

1. Reavaliar o momento ao longo do curso em que são introduzidos os conteúdos de saúde reprodutiva, particularmente os conceitos de concepção e contracepção, procurando introduzi-los mais precocemente de forma a atender as necessidades dos próprios alunos na obtenção destes conhecimentos;
2. Estruturar um serviço de apoio ao estudante em questões de saúde reprodutiva, que disponha não só de um aconselhamento sensível, como também dos meios técnicos adequados para a resolução dos problemas mais freqüentes nesta área;
3. Realizar estudos mais aprofundados sobre problemas específicos de saúde, de ordem física, psíquica e social, dos estudantes de medicina, não descuidando dos problemas da área reprodutiva; neste sentido o acompanhamento de uma coorte de estudantes seria altamente desejável;
4. Divulgar os resultados deste estudo junto à direção da Faculdade de Medicina, às coordenações das disciplinas relacionadas, e a toda a

comunidade discente e docente em geral, para que tomem conhecimento e proponham iniciativas voltadas para melhorar o bem-estar dos alunos, não só do curso médico, como de todos os universitários em geral.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIRRE, Deyanira Gonzalez de León, URBINA, Addis Abeba Salinas. Los médicos en formación y el aborto: opinión de estudiantes de medicina em la Ciudad de México. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 227-235, abr./jun., 1997.

AROWOJOLU, A. O., ADEKUNLE, A. O. Knowledge and practice of emergency contraception among Nigerian youths. *Int J Gynaecol Obstet*, v. 66, n. 1, p. 31-32, jul., 1999.

BACHA, Angela Maria, GRASSIOTTO Oswaldo da Rocha. Aspectos éticos das práticas abortivas clandestinas. *Bioética*, Brasília, v. 2, n. 1, p. 53-59, 1994.

BEMFAM. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa nacional sobre demografia e saúde, 1996. Rio de Janeiro, 1997. 182 p. p. 48-58.

BEMFAM. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste do Brasil, 1986. Rio de Janeiro, 1992.

BORDIN, Ronaldo, ARENSON-PANDIKOW, Helena Maria, BOECK, Maurício Rodrigues. Gineco-obstetrícia: projeto integrado de avaliação do ensino médico. *J bras Gynec*, v. 104, n. 7, p. 205-208, jul., 1994.

BRASIL. Código Penal: decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. 38. ed. São Paulo: Saraiva, 2000a. 759 p. p. 78-79.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Título VII – da ordem econômica e financeira, Capítulo VII – da família, da criança, do adolescente e do idoso, artigo 226, § 7º. Senado Federal [Centro Gráfico], Brasília, 1988. 292 p. ,p. 148.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Minuta do anteprojeto das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina. [citado em 10 de agosto de 1999]. Capturado da Internet <http://www.inep.gov.br/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Mulher. Assistência à Saúde da Mulher do Ciclo Gravídico-Puerperal SUS 1994–1997. [citado em 20 de março de 2000b]. Capturado da Internet [http://www.saude.gov.br/programas e projetos/saúde da mulher](http://www.saude.gov.br/programas_e_projetos/saude_da_mulher).

BROWN, Joseph Winchester, BOULTON, Matthew L. Provider attitudes toward dispensing emergency contraception in Michigan's Title X programs. *Family Planning Perspectives*, v. 31, n. 1, p. 39-43, jan./feb., 1999.

BUENO, José Geraldo Romanello, NEME, Rosa Maria, NEME, Bussâmara et al. Conhecimento dos métodos anticoncepcionais entre adolescentes do segundo grau de uma cidade no interior de São Paulo. *J bras Ginec*, v. 106, n. 5, p. 149-153, mai., 1996.

BURTON, Rosie, SAVAGE, Wendy. Knowledge and use of postcoital contraception: a survey among health professionals in Tower Hamlets. *Br J Gen Pract*, v. 40, n. 337, p.326,330, aug. 1990.

CEARÁ. Constituição do Estado do Ceará. MOURA, Francisco Leitão (org.) Fortaleza: Vasques, 1989. 208p. ,p. 134.

CÉSAR, Juraci A., GOMES, Gildo, HORTA, Bernardo L. et al. Opinião de mulheres sobre a legalização do aborto em município de porte médio no Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 6, p. 566-571, dez, 1997.

COELHO H. L., TEIXEIRA A. C., SANTOS A. P. et al. Misoprostol and Illegal Abortion in Fortaleza, Brazil. *Lancet*, v. 341, n. 8855, p. 1261-1263, may, 1993.

CORREIA, Luciano L.; McAULIFFE, Jay F. Saúde materno-infantil. In: ROUQUAYROL, M. Zélia, ALMEIDA FILHO, Naomar. *Epidemiologia e Saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. 570 p., p.391.

COSTA S. H., VESSEY M. P. Misoprostol and Illegal Abortion in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet*, v. 341, n. 8855 ,p. 1258- 1261, may, 1993.

COSTA, Ana Maria. Planejamento familiar no Brasil. *Bioética*, Brasília, v. 4, n. 2, p. 209-215, 1996.

DEAN, A. G., DEAN, J. A., BURTON, A. H. et al. Epi Info, Version 6.02 word processing, database, and statistics system for epidemiology on microcomputers. Stone Mountain, 1994.

DELBANCO, Suzanne F., MAULDON, Jane, SMITH, Mark D. Little knowledge and limited practice: emergency contraceptive pills, the public, and the obstetrician-gynecologist. *Obstet Gynecol*, v. 89, n. 6, p.1006-1011, jun, 1997.

DOMINIK, Rosalie, TRUSSELL, James, DORFLINGER Laneta.
Emergency contraception use and the evaluation of barrier
contraceptives. *Contraception*, v.58, n.6, p.379-386, dec., 1998.

DOWNIE, W. W. Misuse of misoprostol. *Lancet*, v. 338, n. 8761, p.
247, july, 1991.

FAGUNDES, Maria Letícia, FARIA, Marta A. de, MALC, Josiane C.
Uso e conhecimento contraceptivo entre estudantes de
medicina. *Femina*, v. 21, n. , p. 593-596, jun., 1993.

FERNANDES, L. A critical review of the World Health Organization
methodology for classifying abortion with emphasis on
Fortaleza, Brazil. Dissertação (mestrado) - London School of
Hygiene and Tropical Medicine, 1995.

FNUAP - Fundação de População das Nações Unidas. Relatório da
Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento.
Cairo: ONU, 1994. 199 p. , p. 57-82.

FONSECA, Wálter, MISAGO, Chizuru, CORREIA, Luciano L., et al.
Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas
em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. *Rev.
Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 13-18, fev., 1996.

FORREST, J. D. Epidemiology of unintended pregnancy and contraceptive use. *Am J Obstret Gynecol*, v. 170, n. 5 Pt2, p. 1485-1489, may, 1994.

FRANÇA, Genival Veloso de. Aborto – breves reflexões sobre o direito de viver. *Bioética*, Brasília, v. 2, n. 1, p. 29-35, 1994.

GEORGE, Julie, TURNER, Joanne, COOKE, Ernest et al. Women's knowledge of emergency control. *Br J Gen Pract*, v.44, n. 387, p. 44-54, oct., 1994.

GICHANGI, Peter B., KARANJA, Joseph G., KIGONDU, Christine S. et al. Knowledge, attitudes, and practices regarding emergency contraception among nurses and nursing students in two hospitals in Nairobi, Kenya. *Contraception*, v. 59, n. 4, p. 253-256, apr., 1999.

GIFFIN, Karen. Aborto provocado: o que pensam os médicos de quatro hospitais públicos do Rio de Janeiro. *J bras Ginec*, v. 105, n. 4, p. 121-126, abr., 1995.

GIR, Elucir, DUARTE, Geraldo, CARVALHO, Milton Jorge de. "Condom": sexo e sexualidade. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 29, p. 309-314, abr./set., 1996.

GLEI, Dana A. Measuring contraceptive use patterns among teenage and adult women. *Fam Plann Perspect*, v. 31, n. 2, p. 73-80, mar./apr., 1999.

GOLD, Melanie A. Prescribing and managing oral contraceptive pills and emergency contraception for adolescents. *The Pediatric Clinics of North America*, v. 46, n. 4, p. 695-718, aug., 1999.

GRAHAM, Anna, GREEN, Lora, GLASIER, Anna F. Teenagers' knowledge of emergency contraception: questionnaire survey in south east Scotland. *BMJ*, v. 312, p. 1567-1569, june, 1996.

HARDY, Ellen, REBELLO, Ivanise. La discusión sobre el aborto provocado en el Congreso Nacional Brasileño: el papel del movimiento de mujeres. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 259-266, abr./jun., 1996.

HARPER, Cynthia C., ELLERSTON, Charlotte E. The emergency contraceptive pill: a survey of knowledge and attitudes among students at Princeton University. *Am J Obstet Gynecol*, v. 173, n. 5, p. 1438-1445, nov., 1995.

HENSHAW, S. K. Unintended pregnancy in the United States. *Fam Plann Perspect*, v. 30, n. 1, p. 24-29, jan./feb., 1998.

KIRA, Célia Maria, MARTINS, Milton de Arruda. O ensino e o aprendizado das habilidades clínicas e competências médicas. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 29, p. 407-413, out./dez., 1996.

KISSLING, Frances. Perspectivas católicas progressistas em saúde e direitos reprodutivos: o desafio político da ortodoxia *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 135-137, 1998. Suplemento 1.

KLIMA, Carrie S. Unintended pregnancy. Consequences and solutions for a worldwide problem. *J Nurse Midwifery*, v. 43, n. 6, p. 483-491, dec., 1998.

KOSUNEN, Elise, SIHVO, Sinikka, HEMMINKI, Elina. Knowledge and use of hormonal emergency contraception in Finland. *Contraception*, v. 55, n. 3, p. 153-157, mar., 1997.

LANDGREN B. M., JOHANNISON E., AEDO A.R. et al. The effect of levonorgestrel administered in large doses at different stages of the cycle on ovarian function and endometrial morphology. *Contraception*, v. 39, n. 3, p. 275-289, mar., 1989.

LING, W. Y., WRIXON, W., ZAYID, I. et al. Mode of action of dinorgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. II. Effect of postovulatory administration on ovarian function and endometriun. *Fertil Steril*, v. 39, n. 3, p. 292-297, mar., 1983.

LITTLE, Paul, GLEW, Christine, KELLY, Joanne et al. Contraceptive knowledge: development of a valid measure and survey of pill users and general practitioners. *Br J Fam Plann*, v. 24, n. 3, p. 98-110, oct., 1998.

LÓPEZ, Márcio. Fundamentos da clínica médica – a relação paciente-médico. Rio de Janeiro: MEDSI, 1997. 457 p. ,p. 191–211.

MISAGO, Chizuru, FONSECA, Wálter, CORREIA, Luciano L. et al. Características médicas do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais de Fortaleza. *Revista da Maternidade Escola Assis Chateaubriand*, Fortaleza, v. 2, n. 1, p. 9-12, 1995.

OLINTO, Maria Teresa A., GALVÃO, Loren W. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 64-72, fev., 1999.

OSIS, Maria José D., HARDY, Ellen, FAÚNDES, Anibal et alli. Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 5, p. 444-451, out., 1996.

PAIM, Jairnílson Silva. Desafios e perspectivas na formação dos profissionais de saúde. Doc. CEDEM, São Paulo, n. 13, p. 97-109, jun., 1999.

PEARSON V. A. H., OWEN M. R., PHILIPS D. R. et alli. Pregnant teenagers' knowledge and use of emergency contraception. *BMJ*, v. 310, n. 6988, pg.1644, june, 1995.

PRADO, Wiliam A. Desenvolvimento e implantação da nova estrutura curricular na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto: dificuldades e avanços. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 29, p. 373-382, out./dez., 1996.

REZENDE, Jorge de, MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. Obstetrícia Fundamental. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987. 613 p. ,p. 594.

ROCHA, Maria. Lúcia, OPPERMAN, Karen, PESSINI, Suzana et alli. Planejamento Familiar. In: DUNCAN, Bruce B., SCHMIDT, Maria Inês, GIUGLIANI, Elsa R. J. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. 495 p. , p. 111-117.

RODRIGUEZ, Maria Isabel. A pesquisa educacional da saúde. Doc. CEDEM, São Paulo, n. 13, 75-86, jul., 1999.

SCHOR, N.; ALVARENGA, A. T.; TANAKA, A. C. d'A. et alli. In: IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 1994. *Anais: Adolescência e anticoncepção, conhecimento e uso*. Recife: Pernambuco, 1994.

SCHOR, N. Adolescência e anticoncepção: conhecimento e uso. Tese (Livre-Docência) Universidade de São Paulo, 1995.

SPARROW, M. J., LAVILL K. Breakage and slippage of condoms in family planning clients. *Contraception*, v. 60, n. 2, p. 117-129, aug., 1994.

TRONCON, Luiz Ernesto de Almeida. Ensino médico de graduação: em busca de maior qualidade. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 29, p. 365-371, out./dez., 1996.

TRUSSEL J., STEWART F. The effectiveness of postcoital hormonal contraception. *Fam Plann Perspect*, v. 24, n. 6, p. 262-264, nov./dec., 1992.

TRUSSEL, J., STEWART, F., GUEST, F. et alli. Emergency contraceptive pills: a simple proposal to reduce unintended pregnancies. *Fam Plann Perspect*, v. 24, n. 6, p. 269-273, nov./dec., 1992.

TYDEN T., WETTERHOLM, M., ODLIND, V. Emergency contraception: the user profile. *Adv Contracept*, v. 14, n. 4, p. 171-178, dec., 1998.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Centro de Ciências da Saúde. Reformar o ensino para formar o médico. Fortaleza, [1998?]. 12p., p. 7-9.

VOLTARELLI, Júlio C. Reforma no ensino médico. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 29, p. 363-364, out./dez., 1996.

WEBB A. M., RUSSEL J., ELSTEIN, M. Comparison of Yuspe regimen, danazol and mifepristone (RU486) in oral postcoital contraception. *BMJ*, v. 305, n. 6859, p. 927-931, oct., 1992.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ/ FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Questionário: Estudo sobre práticas contraceptivas entre estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará

I. DADOS GERAIS

01. Semestre que está cursando: _____	SEMESTRE __ __
02. Idade: _____anos	IDADE __ __
03. Sexo: (1) masculino (2) feminino	SEXO __
04. Estado Conjugal: (1) Casado/união estável (2) Solteiro (3) Divorciado/separado/viuvo	ESTACONJ __
05. Você atualmente tem companheiro(a) ou namorado (a) ? (1) sim (2) não	COMPAN __
06. Qual a idade de seu/sua companheiro (a) ? _____anos	IDACOM __ __
07. Com que idade você teve sua 1ª relação Sexual ? _____ anos	IDAREL __ __
08. Você já esteve grávida / engravidou alguém ? (1) sim (2) não	GRAVID __
09. Você já teve experiência com um aborto ? (1) sim (2) não	ABORTO __

II. Conhecimentos sobre Anticoncepção

10. Que métodos para evitar gravidez você conhece ou ouviu falar ?		
a) anticonceptivos orais (pílula)	(1) sim (2) não	ANTICON __
b) contraceptivos injetáveis	(1) sim (2) não	INJETAV __
c) implantes subcutâneos	(1) sim (2) não	IMPLANTE __
d) DIU	(1) sim (2) não	DIU __
e) condom	(1) sim (2) não	CONDOM __
f) diafragma	(1) sim (2) não	DIAFRAG __
g) espermicidas	(1) sim (2) não	ESPERM __
h) tabela	(1) sim (2) não	TABELA __
i) coito interrompido	(1) sim (2) não	COITO __
j) amamentação	(1) sim (2) não	AMAMENT __

<p>11. Na sua opinião, qual o período que uma mulher tem mais chance de engravidar ?</p> <p>(1) Durante a menstruação (2) Na semana que antecede a menstruação (3) Na semana após a menstruação (4) De 8 a 22 dias após a menstruação</p> <p>12. Você sua/seu companheira (o) usa algum método para evitar gravidez ? (1) sim (2) não (3) não sabe</p> <p>12.1. Se sim, qual o método usado ?</p> <p>(01) anticoncepcionais orais (pílula) (02) contraceptivos injetáveis (03) implantes subcutâneos (04) DIU (05) condom (06) diafragma (07) espermicidas (08) tabela (09) coito interrompido (10) amamentação (11) outro</p>	<p>CHANGRAV _ _ /</p> <p>USAMETOD _ _ /</p> <p>QUALMET _ _ / _ _ /</p>
---	--

III. Conhecimento sobre Anticoncepção de Emergência

<p>13. Você conhece/ouviu falar de algum método para evitar gravidez que é usado após a relação sexual ?</p> <p>(1) Sim, pílula (2) Sim, outro método _____ (3) Não</p> <p>14. Como este método deveria ser usado após a relação sexual para evitar a gravidez ?</p> <hr/> <p>15. Onde você obteve informações sobre este método ?</p> <p>(1) serviço de saúde (2) farmácia (3) jornal/TV/rádio (4) publicações científicas (5) amigos/parentes (6) disciplina do curso: _____ (7) outro _____</p> <p>16. Você cursou alguma disciplina que abordasse métodos de planejamento familiar ? (1) sim (2) não</p> <p>17. Você já participou de algum curso, seminário, palestra sobre planejamento familiar ? (1) sim (2) não</p> <p>18. Você acha que seria oportuno o aluno receber informações sobre os métodos de planejamento familiar logo após o ingresso na universidade ? (1) sim (2) não</p>	<p>METOPOS _ _ /</p> <p>USOMET _ _ /</p> <p>INFOMET _ _ /</p> <p>DISCIMET _ _ /</p> <p>CURSMET _ _ /</p> <p>TREINAPF _ _ /</p>
---	--

DATENT |_|_|_|_|_|_|_|_|