

CONHECIMENTOS, VIVÊNCIAS E CRENÇAS NO CAMPO SEXUAL: UM ESTUDO COM ALUNOS DO ENSINO MÉDIO COM PERFIS SOCIOECONÔMICOS DIFERENCIADOS

KNOWLEDGE, EXPERIENCES AND BELIEFS IN THE SEXUAL FIELD: A STUDY OF 1ST AND 2ND YEAR HIGH SCHOOL STUDENTS FROM DIFFERENT SOCIOECONOMIC BACKGROUNDS

CONOCIMIENTO, EXPERIENCIAS Y CREENCIAS EN LA ESFERA SEXUAL: UN ESTUDIO DE ESTUDIANTES DE 1º Y 2º AÑO DE LA ESCUELA SECUNDARIA, CON DIFERENTES PERFILES SOCIOECONÓMICOS

Vânia de Souza ¹
Adriano Marçal Pimenta ²
Laise Conceição Caetano ³
Joice Silva Rodrigues Cardoso ⁴
Mark Anthony Beinner ⁵
Lenice de Castro Mendes Villela ⁶

¹ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Associada. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Escola de Enfermagem – EE, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública – EMI. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Enfermeiro. Doutor em Saúde e Enfermagem. Professor Adjunto IV. UFMG, EE, EMI. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem e Saúde Pública. Professora Adjunta. UFMG, EE, EMI. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora. Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas de Belo Horizonte – FACISABH. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁵ Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde. Professor Associado. UFMG, EE, EMI. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem de Saúde Pública. Professora Associada. UFMG, EE, EMI. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Autor Correspondente: Vânia de Souza. E-mail: vaniaxsouza@yahoo.com.br

Submetido em: 15/02/2016

Aprovado em: 06/02/2017

RESUMO

O objetivo neste estudo foi analisar conhecimentos, vivências e crenças no campo sexual de estudantes do 1º e 2º anos do ensino médio, com perfis socioeconômicos diferenciados. Trata-se de uma investigação transversal, descritiva e analítica, com amostragem por conveniência. Aplicou-se questionário estruturado a 258 alunos de Belo Horizonte-MG, de escolas classificadas em A, B2 e C1, segundo critério de classificação econômica. Os resultados mostraram que o nível socioeconômico foi relevante na diferenciação entre os alunos das três escolas, no que se refere à iniciação sexual e a diversos conhecimentos. Essa diferença não foi, no entanto, significativa quanto à orientação sexual dada pela mãe e pai. Os alunos da escola A demonstraram mais domínio dos conteúdos, embora certos desconhecimentos essenciais a uma prática menos vulnerável tenham também se revelado independentes das condições socioeconômicas e do nível de escolaridade do responsável pela família. As limitações do conhecimento associadas aos mitos e crenças, identificadas nas três escolas, sinalizaram como uma contribuição para mais vulnerabilidade às ISTs, à gravidez na adolescência e às consequências relacionadas a sexo e violência sexual. Os resultados revelam a premência pela busca de alternativas investigativas e interventivas que deem amplitude às discussões sobre sexualidade com os adolescentes, incluindo abordagens como sexo, geração, violência nas relações de intimidade, direitos sexuais e reprodutivos e acessibilidade aos serviços de saúde, de forma que os adolescentes se vejam como protagonista em sua forma de ser e viver sua sexualidade.

Palavras-chave: Adolescente; Sexualidade; Doenças Sexualmente Transmissíveis; Fatores Socioeconômicos; Educação em Saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze knowledge, experiences and beliefs in the sexual reproductive field of prevention of Sexually Transmitted Diseases (STDs) in students enrolled in the 1st and 2nd years of high school from different socioeconomic backgrounds. This was a descriptive and analytical cross-sectional investigation of a convenience sample of 258 students in Belo Horizonte - MG, in schools classified as A, B2 and C1, according to economic status criterion. Results showed that socioeconomic position was relevant to differences between students enrolled at the three schools as to initiation of sexual intercourse and knowledge. This difference was not significant as to parent-adolescent sexual orientation.

Como citar este artigo:

Souza V, Pimenta AM, Caetano LC, Cardoso JSR, Beinner MA, Villela LCM. Conhecimentos, vivências e crenças no campo sexual: um estudo com alunos do ensino médio com perfis socioeconômicos diferenciados. REME – Rev Min Enferm. 2017[citado em ____ ____];21:e-991.

Disponível em: _____. DOI: 10.5935/1415-2762.20170001

Students enrolled at school A demonstrated greater mastery of contents, although some unknowns that are essential to a practice less vulnerable have also proved to be independent of parental socioeconomic and educational level. The limitations of knowledge associated to beliefs and life experiences of sexuality contributed to a greater vulnerability of STI, teenage pregnancy and the consequences related to gender and sexual violence. The results indicate the urgency for seeking investigative and interventional alternatives that give breadth to sexuality discussions with teenagers including approaches such as gender, generation, violence in intimate relationships, sexual and reproductive rights and access to health care so that teenagers see themselves as protagonists in their way of being and self-expression of sexuality.

Keywords: Adolescent; Sexuality; Sexually Transmitted Diseases; Social Economic Factors; Health Education.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar los conocimientos, las experiencias y creencias en la esfera sexual de alumnos con diferentes perfiles socioeconómicos de 1º y 2º año del secundario. Investigación transversal, descriptiva y analítica con muestreo por conveniencia. Se aplicó un cuestionario estructurado a 258 alumnos de Belo Horizonte - MG, de escuelas clasificadas como A, B2 y C1, según el criterio de clasificación económica. Los resultados mostraron que, en relación a la iniciación sexual y otros conocimientos, el nivel socioeconómico era relevante en la diferencia entre los alumnos de las tres escuelas. Esta diferencia no era significativa en términos de orientación sexual dada por los padres. Los alumnos de la escuela A demostraron mayor dominio de contenidos aunque también quedó evidente el desconocimiento de ciertos temas esenciales para una práctica menos vulnerable, independientemente de las condiciones socioeconómicas y nivel de educación del responsable de la familia. Las limitaciones en los conocimientos asociados a los mitos y creencias identificados en las tres escuelas influyen en la vulnerabilidad para las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo en la adolescencia y en las consecuencias relacionadas con el género y la violencia sexual. Los resultados indican que es imprescindible buscar alternativas de investigación y de intervención que permitan ampliar las discusiones sobre la sexualidad con los adolescentes. Estas discusiones deben incluir distintos enfoques tales como género, generación, violencia en las relaciones íntimas, derechos sexuales y reproductivos y acceso a los servicios de salud para que los adolescentes se vean como protagonistas en su forma de ser y de vivir su sexualidad.

Palabras clave: Adolescente; Sexualidad; Enfermedades de Transmisión Sexual; Factores Socioeconómicos; Educación en Salud.

INTRODUÇÃO

O relacionamento sexual, os modos de ser e de viver a sexualidade têm sido explorados cada vez mais cedo na adolescência e também na infância. Em contrapartida, essa situação vem sendo comumente desacompanhada de uma orientação que possa auxiliar esses grupos na aquisição de um protagonismo no campo afetivo-sexual e reprodutivo.¹

A sexualidade, condição de ter sexo e de ser sexuado, faz parte da natureza humana, estando presente em todas as fases da vida, inserindo-se aí a busca pelo afeto, pelo contato, pela intimidade e que se expressa na forma de sentir, no modo de se tocar e ser tocado.² Ela sofre a influência do meio e do momento histórico no qual as pessoas se inserem e são inseridas, implicam-se e são implicadas, considerando-se, por exemplo, as relações de gênero, de identidade, de fantasias, de crenças, de valores e de atitudes.^{3,4}

Conjugar a orientação para a vida sexual de forma contextualizada com o cotidiano adolescente tem sido um desafio para os serviços de saúde, família e instituições de ensino. A educação no meio familiar e principalmente a formal são, há algum tempo, indicadas como prioritárias para o acompanhamento e a orientação de crianças, adolescentes e jovens.⁵⁻⁷

A partir de 1996 a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional determinou que as instituições de ensino teriam por função a abordagem da orientação sexual como um tema transversal incluído nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) do ensino fundamental e médio. Trata-se de um processo de intervenção pedagógica, visando divulgar informações e problematizar questões relacionadas à sexualidade na perspectiva das

dimensões sociológicas, psicológicas e fisiológicas.⁸ Ressalta-se, ainda, o Programa Saúde na Escola, instituído em 2008, que prevê a parceria entre profissionais da saúde e da educação, tendo como um de seus propósitos a abordagem da educação sexual, com enfoque na prevenção e na promoção da saúde.⁹

Na prática, no entanto, esses processos educativos e interventivos têm se revelado de difícil implementação, mediante a dificuldade de serem desvinculados das estratégias fundamentadas na transmissão de informação, no enfoque biologicista, com referencial na anatomia e na fisiologia, sob a perspectiva do paradigma médico-higienista.⁶⁻⁷ Isso faz com que os conteúdos sejam frequentemente explorados de forma vertical, distante das especificidades desse público, além de suprimir a possibilidade de uma discussão dialógica, na qual os adolescentes sejam considerados sujeitos de direito ao exercício da sexualidade e da reprodução.¹⁰

É importante que as políticas públicas direcionadas para a educação sexual e reprodutiva de adolescentes sirvam de diretrizes para o planejamento das ações e das estratégias, devendo, no entanto, serem adaptadas e aproximadas às características e ao contexto de vida da pessoa, grupos e coletividades. Considera-se, de tal forma, necessário o incremento de investigações que abordem peculiaridades do público adolescente, identificando diferenças sociais, econômicas, históricas e contextuais que possam repercutir nas abordagens no campo da sexualidade de forma menos diretiva, massificada e padronizada.

Em um país com grandes diferenças socioeconômicas e culturais como o Brasil, tratar os aspectos que envolvem a se-

xualidade e a gravidez na adolescência de forma homogeneizada significa desconsiderar “que os contextos sociais definem universos de possibilidades e de significações diferentes entre os jovens de distintas classes sociais”.¹¹ Autores detectam significativa associação, por exemplo, com a iniciação sexual e a gravidez antes dos 20 anos entre as classes sociais de menor poder aquisitivo e baixa escolaridade. Também revelam a grande dificuldade de acesso e uso dos métodos contraceptivos entre adolescentes dessa classe social.^{11,12}

Quanto aos aspectos culturais, e particularmente aos mitos e crenças no campo da sexualidade, ainda pouco aprofundados na literatura, acredita-se na possibilidade de que perfis socioeconômicos distintos dos adolescentes possam revelar variações importantes na forma como eles lidam com sua sexualidade. Neste estudo o objetivo foi analisar conhecimentos, vivências e crenças no campo sexual de estudantes do ensino médio, de escolas públicas e privadas, que possam repercutir na vulnerabilidade social desse grupo etário.

MÉTODOS

Trata-se de uma investigação de delineamento transversal, descritiva e analítica, parte do estudo “Adolescentes em cena: uma proposta educativa de prevenção às infecções sexualmente transmissíveis (IST)”, desenvolvido em três etapas. Este artigo examina resultados de 2013 relativos à aplicação de um questionário estruturado, composto de 49 perguntas que, além do perfil socioeconômico, inclui temas como conhecimento do corpo, relacionamentos, vida social, diálogo com a família, iniciação sexual, gravidez e IST. O questionário, autorrespondido, foi aplicado aos adolescentes após realização de um pré-teste e ajustes necessários.

A amostragem foi, por conveniência, com a seleção de três escolas de Belo Horizonte com estudantes de perfis socioeconômicos diferenciados. Duas das escolas estão situadas na região centro-sul da cidade, sendo uma privada e a outra pública. A terceira, também pública, está localizada na periferia da cidade - região nordeste. As escolas foram, respectivamente, classificadas em A, B2 e C1, segundo o critério de classificação econômica Brasil, da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.¹³ Com esse instrumento as pessoas e famílias urbanas são classificadas por um sistema de pontos no qual se enfatizam o poder de compra e o grau de instrução do chefe de família. A somatória de pontos possibilita a divisão por classe econômica e renda média familiar, ordenadas em A, B1, B2, C1, C2, D e E. As classificações A, B2 e C1 identificadas nesse estudo correspondem, respectivamente, à renda familiar de R\$ 11.037,00, de R\$ 3.118,00 e de R\$ 1.865,00.

A população de estudo foi de 258 alunos de 14 a 19 anos, do 1º e 2º anos do ensino médio diurno. A escolha por esse

público teve como referência o período indicado por diversos autores como aquele correspondente às principais transformações de formação de conceitos, de definições de práticas e de orientações no campo da sexualidade.^{10,14}

A seleção das turmas participantes de cada escola foi obtida por meio de sorteio e a coleta realizada em dias não previamente determinados, no turno de oferecimento do ensino médio de cada escola. Quando a turma selecionada estava em atividade externa ou com algum impedimento para a aplicação do questionário naquele momento, optou-se por substituí-la pela seguinte à direita. De acordo com o número de alunos do ensino médio e do turno de seu oferecimento em cada escola participante, o percentual de alunos participantes foi: 17,8% do total de 510 alunos, do 1º e 2º anos ofertados apenas no turno da manhã da escola A; 5,1% do total de 1.598 alunos, estudantes do ensino médio ofertado no turno da tarde do anexo 1 da escola B2; e 53,5% do total de 159 alunos do ensino médio, oferecido no turno da manhã da escola C1. A amostra selecionada garantia potência estatística de 80% e nível de confiança de 95%.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram digitados e analisados com o uso do *software Statistical Package for Social Science*, versão 15.0. A amostra foi caracterizada com a apresentação de frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão de variáveis de interesse. Diferenças estatísticas nas proporções e nas médias das características dos alunos das três escolas foram avaliadas, respectivamente, com os testes de qui-quadrado de Pearson e análise de variância (ANOVA).

Modelos de regressão logística não condicional foram construídos para se testar a associação entre o tipo de escola (A, B2 e C1), o conhecimento, as vivências e as crenças no campo sexual. A força de associação foi estimada por meio do cálculo da *Odds Ratio* (OR) e seus intervalos de confiança de 95% (IC 95%), tendo como referência a escola C1.

Potenciais variáveis de confusão incluídas no modelo multivariado foram: idade (contínua), sexo (masculino/feminino), orientação sexual recebida dos pais (não/sim), orientação sexual recebida de especialista (não/sim), vida sexual já iniciada (não/sim).

Para todas as análises, o nível de significância estatístico foi fixado em 5%.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Protocolo nº 0576.0.20.000-07) e iniciado após esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, forma de divulgação dos resultados, direitos

e voluntariedade dos participantes, com a assinatura no termo de assentimento pelos adolescentes e no termo de consentimento livre e esclarecido pela mãe, pai ou responsável legal.

RESULTADOS

Na Tabela 1 observa-se a predominância de adolescentes do sexo feminino e que estudantes da escola B2 e C1 são, em média, mais velhos que os da escola A. Verifica-se, ainda, que percentual acima de 60% dos alunos das três escolas revelou ter recebido orientação sexual da mãe ou do pai.

O número de alunos que já haviam tido relações sexuais foi maior nas escolas B2 e C1 em relação à escola A ($p < 0,001$). A média de idade da primeira relação sexual foi maior entre estudantes do sexo masculino das escolas A e C1 em comparação ao sexo feminino ($p < 0,05$). No geral, a iniciação aconteceu, respectivamente, com idade média de 16,25, de 16,52 e de 15,91 anos para os alunos das escolas A, B2 e C1 (dados não apresentados).

Na Tabela 2 a chance de identificar corretamente cada uma das partes e das funções dos órgãos genitais externos

masculino e feminino foi significativamente maior entre os alunos da escola A, em relação aos demais estudantes. As estruturas mais identificadas no genital masculino, com proporção acima de 60%, foram o púbis e o testículo. Quanto ao órgão genital feminino, o conhecimento foi maior acerca do púbis e do clitóris. Os pequenos lábios, os grandes lábios e o canal vaginal foram, nessa ordem, as partes do genital externo feminino de mais dificuldade de identificação pelos alunos das três escolas.

Na Tabela 3, percebe-se que o preservativo masculino foi o método contraceptivo mais conhecido pelos adolescentes das três escolas, seguido da pílula anticoncepcional e do dispositivo intrauterino (DIU). Os contraceptivos DIU, método sintotérmico (Tabela), coito interrompido e diafragma foram mais conhecidos pelos alunos da escola A em comparação aos demais estudantes. Por outro lado, os estudantes da escola A eram menos cientes em relação ao contraceptivo injetável ($p < 0,05$). No que diz respeito ao diafragma, observa-se que a chance dele ser conhecido era maior entre os estudantes da escola B2 (OR = 2,81; IC 95% = 1,44 – 5,49) e da escola A (OR = 17,88; IC 95% = 7,67 – 41,69) em contraste com os da escola C1.

Tabela 1 - Características demográficas, sócio-econômicas, de iniciação e de orientação sexual da mãe/pai da população em estudo, segundo a escola de origem. Belo Horizonte, 2008

Variáveis	Escola						Valor-p
	A		B2		C1		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Masculino	29	35,4	28	30,8	30	35,3	0,760*
Feminino	53	64,6	63	69,2	55	64,7	
Idade (média, desvio-padrão)	15,90	0,75	16,22	1,08	15,78	1,05	0,009 [†]
Escolaridade da(o) chefe da família							
Analfabeto/até 3ª série fundamental	0	0,0	1	1,1	4	4,7	< 0,001*
Até 4ª série fundamental	0	0,0	11	12,1	17	20,0	
Fundamental completo	4	4,9	14	15,4	23	27,1	
Médio completo	6	7,3	40	44,0	30	35,3	
Superior completo	72	87,8	22	24,2	9	10,6	
Não sabe	0	0,0	3	3,3	2	2,4	
Início de vida sexual‡							
Sim	16	20,5	44	49,4	33	40,2	< 0,001*
Não	62	79,5	45	50,6	49	59,8	
Orientação sexual dos pais							
Sim	61	74,4	58	63,7	61	71,8	0,278*
Não	21	25,6	33	36,3	24	28,2	

Nota: *Qui-quadrado de Pearson; †Análise de Variância (ANOVA); ‡Não responderam à esta questão 4 estudantes da escola A, 2 estudantes da escola B2 e 3 estudantes da escola C1.

Tabela 2 - Conhecimento da estrutura e fisiologia dos órgãos genitais externos feminino e masculino por parte da população em estudo, segundo a escola de origem. Belo Horizonte, 2008

Variáveis	Escola de origem		
	A	B2	C1
Aparelho reprodutor feminino			
Púbis			
%	97,6	80,2	70,6
OR	16,81	1,78	1,00 (referência)
IC 95%	3,76 – 75,20	0,84 – 3,77	–
Valor-p	< 0,001	0,131	–
Clitóris			
%	86,6	67,0	56,5
OR	6,76	1,49	1,00 (referência)
IC 95%	2,89 – 15,81	0,78 – 2,89	–
Valor-p	< 0,001	0,227	–
Grandes lábios			
%	80,5	47,3	45,9
OR	5,25	1,24	1,00 (referência)
IC 95%	2,52 – 10,92	0,66 – 2,33	–
Valor-p	< 0,001	0,509	–
Pequenos lábios			
%	75,6	34,1	38,8
OR	6,16	0,83	1,00 (referência)
IC 95%	2,99 – 12,69	0,43 – 1,61	–
Valor-p	< 0,001	0,587	–
Canal vaginal			
%	79,3	57,1	45,9
OR	5,96	1,81	1,00 (referência)
IC 95%	2,85 – 12,46	0,96 – 3,42	–
Valor-p	< 0,001	0,067	–
Aparelho reprodutor masculino			
Púbis			
%	98,8	93,4	84,7
OR	#	3,19	1,00 (referência)
IC 95%	#	1,10 – 9,28	–
Valor-p	#	0,033	–
Pênis			
%	90,2	37,4	44,7
OR	13,84	0,94	1,00 (referência)
IC 95%	5,58 – 34,32	0,50 – 1,78	–
Valor-p	< 0,001	0,857	–
Prepúcio			
%	78,0	30,8	36,5
OR	6,71	0,94	1,00 (referência)

Continua...

... continuação

Tabela 2 - Conhecimento da estrutura e fisiologia dos órgãos genitais externos feminino e masculino por parte da população em estudo, segundo a escola de origem. Belo Horizonte, 2008

Variáveis	Escola de origem		
	A	B2	C1
Aparelho reprodutor masculino			
Prepúcio			
IC 95%	3,25 – 13,86	0,49 – 1,82	–
Valor-p	< 0,001	0,853	–
Glande			
%	80,5	63,7	55,3
OR	4,08	1,62	1,00 (referência)
IC 95%	1,95 – 8,56	0,85 – 3,09	–
Valor-p	< 0,001	0,141	–
Testículos			
%	97,6	82,4	76,5
OR	26,33	1,56	1,00 (referência)
IC 95%	3,40 – 203,90	0,71 – 3,45	–
Valor-p	0,002	0,272	–

Nota: OR = Odds Ratio; IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%; OR ajustado por sexo, idade, orientação sexual recebida dos pais, orientação sexual recebida de especialista, vida sexual já iniciada; #Não foi possível calcular.

Tabela 3 - Conhecimento sobre os métodos contraceptivos por parte da população em estudo, segundo a escola de origem. Belo Horizonte, 2008

Variáveis	Escola de origem		
	A	B2	C1
DIU			
%	93,9	67,8	78,6
OR	4,79	0,474	1,00 (referência)
IC 95%	1,49 – 15,37	0,22 – 1,00	–
Valor-p	0,008	0,05	–
Anticoncepcional Injetável			
%	24,4	58,9	38,1
OR	0,19	0,69	1,00 (referência)
IC 95%	0,09 – 0,40	0,35 – 1,37	–
Valor-p	< 0,001	0,288	–
Preservativo feminino			
%	92,7	85,6	82,1
OR	2,48	1,39	1,00 (referência)
IC 95%	0,81 – 7,63	0,56 – 3,45	–
Valor-p	0,113	0,473	–
Pílula anticoncepcional			
%	98,8	94,4	88,1
OR	#	2,02	1,00 (referência)

Continua...

... continuação

Tabela 3 - Conhecimento sobre os métodos contraceptivos por parte da população em estudo, segundo a escola de origem. Belo Horizonte, 2008

Variáveis	Escola de origem		
	A	B2	C1
Pílula anticoncepcional			
IC 95%	#	0,59 – 6,93	–
Valor-p	#	0,264	–
Diafragma			
%	84,1	52,2	27,4
OR	17,88	2,81	1,00 (referência)
IC 95%	7,67 – 41,69	1,44 – 5,49	–
Valor-p	< 0,001	0,003	–
Preservativo masculino			
%	100,0	98,9	94,0
OR	#	6,71	1,00 (referência)
IC 95%	#	0,73 – 62,14	–
Valor-p	#	0,094	–
Tabela (método sintotérmico)			
%	92,7	67,8	69,0
OR	6,13	0,94	1,00 (referência)
IC 95%	2,14 – 17,54	0,47 – 1,89	–
Valor-p	0,001	0,858	–
Coito interrompido			
%	85,4	31,1	32,1
OR	15,23	1,07	1,00 (referência)
IC 95%	6,60 – 35,14	0,54 – 2,10	–
Valor-p	< 0,001	0,857	–

Nota: OR = Odds Ratio; IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%; OR ajustado por sexo, idade, orientação sexual recebida dos pais, orientação sexual recebida de especialista, vida sexual já iniciada; #Não foi possível calcular.

Quanto às principais infecções identificadas como passíveis de serem adquiridas via contato sexual, destacou-se, em ordem de importância, a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) (> 90%), o herpes genital (> 60%), a sífilis (> 60%) e a gonorreia (> 55%). Nesse aspecto, o domínio de conteúdo foi também maior entre os alunos da escola A. Em todas as escolas chamaram a atenção os percentuais de identificação inferior a 51% das seguintes infecções: uretrites, tricomoníase, hepatite B, candidíase e papilomavírus humano. No caso das uretrites e da tricomoníase, as frequências de reconhecimento foram, respectivamente, abaixo de 13,5% e 22% nas três escolas (dados não apresentados em tabela).

Nas respostas referentes às principais formas de transmissão das ISTs, o conhecimento dessa temática foi expressivo para os estudantes das três escolas, mantendo-se, no entanto, o predomínio da escola A. Entre as possibilidades de transmissão

apresentadas, como a via sexual, sanguínea e o compartilhar de agulhas e seringas, o beijo na boca foi o único identificado como forma de transmissão de IST em maior proporção pelos alunos da escola C1 (24,1%) e B2 (12,2%) em relação aos da escola A (8,5%) - (p < 0,05). Mais de 90% dos estudantes reconheceram que a piscina, o banco de ônibus, o vaso sanitário, o abraço, o copo e o talher não estão enquadrados nessa modalidade de transmissão das ISTs (dados não apresentados em tabela).

Na Tabela 4, correspondente aos possíveis sinais e sintomas relacionados a determinadas ISTs, observou-se que, com exceção da dor na relação sexual e da ferida ou lesão na boca, todos os demais foram mais bem identificados pelos alunos da escola A (p < 0,05). É relevante destacar o baixo percentual (menos de 35,0%) de estudantes que consideram a dor na relação sexual e a ferida ou lesão na boca como possíveis sintomas e sinais de IST. Outras características, como o mau cheiro, a verruga, o prurido ou coceira nos genitais, a dor ao urinar e o corrimento constante, obtiveram percentual de identificação abaixo de 60% entre os alunos das escolas C1 e B2. A ferida no genital foi o sinal mais facilmente identificado nas três escolas, com percentual mínimo de 69%.

Tabela 4 - Conhecimento sobre possíveis sinais e sintomas relacionados a determinadas IST pela população em estudo, segundo a escola de origem. Belo Horizonte, 2008

Variáveis	Escola de origem		
	A	B2	C1
Prurido ou coceira nos genitais			
%	67,9	40,9	34,5
OR	4,14	1,23	1,00 (referência)
IC 95%	2,04 – 8,39	0,63 – 2,43	–
Valor-p	< 0,001	0,547	–
Feridas nos genitais			
%	91,4	70,5	69,0
OR	4,27	1,04	1,00 (referência)
IC 95%	1,68 – 10,82	0,12 – 2,08	–
Valor-p	0,002	0,922	–
Dor na relação sexual			
%	33,3	30,7	34,5
OR	0,97	0,87	1,00 (referência)
IC 95%	0,49 – 1,94	0,44 – 1,74	–
Valor-p	0,933	0,699	–
Dor ao urinar			
%	69,1	44,3	39,3
OR	3,84	1,36	1,00 (referência)
IC 95%	1,94 – 7,60	0,71 – 2,58	–
Valor-p	< 0,001	0,354	–

Continua...

... continuação

Tabela 4 - Conhecimento sobre possíveis sinais e sintomas relacionados a determinadas IST pela população em estudo, segundo a escola de origem. Belo Horizonte, 2008

Variáveis	Escola de origem		
	A	B2	C1
Mau cheiro no genital			
%	53,1	43,2	36,9
OR	2,08	1,34	1,00 (referência)
IC 95%	1,07 – 4,05	0,70 – 2,58	–
Valor-p	0,030	0,383	–
Corrimento constante			
%	59,3	50,0	40,5
OR	2,36	1,46	1,00 (referência)
IC 95%	1,20 – 4,63	0,76 – 2,81	–
Valor-p	0,013	0,259	–
Ferida na boca			
%	29,6	27,3	25,0
OR	1,43	1,02	1,00 (referência)
IC 95%	0,69 – 2,98	0,49 – 2,14	–
Valor-p	0,338	0,954	–
Verrugas nos genitais			
%	80,2	47,7	51,2
OR	3,60	0,76	1,00 (referência)
IC 95%	1,72 – 7,55	0,40 – 1,45	–
Valor-p	0,001	0,402	–

Nota: OR = Odds Ratio; IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%; OR ajustado por sexo, idade, orientação sexual recebida dos pais, orientação sexual recebida de especialista, vida sexual já iniciada.

Na Tabela 5 foram registrados os resultados das crenças no campo sexual, reprodutivo e de prevenção das ISTs que apresentaram frequências acima de 15,0% em pelo menos uma das escolas avaliadas. Os alunos da escola A apresentaram menos chance de acreditar nas seguintes afirmativas: “a mulher tem que gozar para engravidar”; “para escolher um anticoncepcional, basta ir à farmácia”; “a vasectomia provoca impotência”; e “a primeira relação sexual sempre provoca dor e sangramento na menina”. Os estudantes da escola B2 acreditavam menos no fato de que “homem com pênis grande satisfaz mais a mulher” ($p < 0,05$). A crença de que: “garotas virgens não engravidam”; “o coito interrompido sempre evita gravidez”; “o homem tem mais desejo sexual que as mulheres”; e “a camisinha diminui o prazer sexual” foi semelhante para os alunos das três escolas.

Tabela 5 - Crenças no campo sexual e reprodutivo por parte da população em estudo, segundo a escola de origem. Belo Horizonte, 2008.

Variáveis	Escola de origem		
	A	B2	C1
Garotas virgens não engravidam			
%	19,0	24,7	34,6
OR	0,46	0,57	1,00 (referência)
IC 95%	0,21 – 1,01	0,28 – 1,17	–
Valor-p	0,052	0,126	–
A mulher tem que gozar para engravidar			
%	4,5	4,4	16,7
OR	0,21	0,24	1,00 (referência)
IC 95%	0,05 – 0,83	0,06 – 0,96	–
Valor-p	0,026	0,044	–
O coito interrompido sempre evita a gravidez			
%	50,0	51,9	60,5
OR	0,63	0,75	1,00 (referência)
IC 95%	0,32 – 1,25	0,38 – 1,49	–
Valor-p	0,185	0,417	–
Basta ir à farmácia para escolher um anticoncepcional			
%	11,7	16,9	33,8
OR	0,21	0,46	1,00 (referência)
IC 95%	0,08 – 0,53	0,20 – 1,05	–
Valor-p	0,001	0,064	–
Homem com pênis grande satisfaz mais a mulher			
%	36,6	28,6	52,6
OR	0,57	0,35	1,00 (referência)
IC 95%	0,23 – 1,40	0,16 – 0,77	–
Valor-p	0,217	0,010	–
Vasectomia provoca impotência			
%	6,8	11,3	21,3
OR	0,30	0,53	1,00 (referência)
IC 95%	0,10 – 0,94	0,19 – 1,45	–
Valor-p	0,038	0,213	–
Camisinha diminui o prazer sexual			
%	55,0	53,9	63,5
OR	0,63	0,80	1,00 (referência)
IC 95%	0,48 – 1,57	0,43 – 1,54	–
Valor-p	0,585	0,517	–
A primeira relação sexual sempre provocar dor e sangramento na garota			
%	43,9	66,2	79,7
OR	0,22	0,48	1,00 (referência)
IC 95%	0,10 – 0,50	0,22 – 1,03	–
Valor-p	< 0,001	0,06	–

Continua...

... continuação

Tabela 5 - Crenças no campo sexual e reprodutivo por parte da população em estudo, segundo a escola de origem. Belo Horizonte, 2008.

Variáveis	Escola de origem		
	A	B2	C1
O homem tem mais desejo sexual do que a mulher			
%	68,3	60,0	75,4
OR	0,73	0,58	1,00 (referência)
IC 95%	0,33 – 1,60	0,28 – 1,22	–
Valor-p	0,431	0,150	–

Nota: OR = Odds Ratio; IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%; OR ajustado por sexo, idade, orientação sexual recebida dos pais, orientação sexual recebida de especialista, vida sexual já iniciada.

DISCUSSÃO

O resultado deste estudo revelou que a proporção de alunos que já tiveram relação sexual foi menor na escola A do que entre os alunos da escola B2 e C1. Esse dado é corroborado em outras investigações,¹⁵⁻¹⁷ nacionais e internacionais, nas quais se ressalta que o melhor nível educacional e as condições socioeconômicas são determinantes no sentido de postergar a iniciação sexual.

Embora pesquisas indiquem resultados semelhantes ao período de iniciação sexual observado neste estudo, entre 15,1 e 16,8 anos,^{15,18} outros estudos registram a idade de iniciação a partir dos 10¹⁴ e 12¹⁷ anos. Essa variação é relacionada às estruturas socioeconômicas, políticas e culturais de cada região.¹⁴ Observou-se, ainda, correlação entre o início tardio da atividade sexual e o maior uso do preservativo nas relações sexuais, tanto no caso de meninos quanto de meninas.

Ainda em relação à atividade sexual, verificou-se que a idade média de iniciação sexual foi mais elevada entre os alunos do sexo masculino das escolas A e C1 em comparação ao sexo feminino. Embora o nível socioeconômico tenha sido relevante quanto à idade de iniciação sexual nas três escolas, essa diferença não foi significativa quanto à orientação sexual recebida pelos pais, apresentando-se com porcentagem acima de 60% para todos os participantes. O nível educacional do chefe de família e as condições socioeconômicas revelaram-se, no entanto, preponderantes para melhor conhecimento dos participantes acerca dos métodos contraceptivos e uso do preservativo, para ambos os sexos. Esse mesmo resultado foi identificado no estudo, sobre conhecimento e comportamento sexual, realizado com estudantes de escolas públicas e privadas na Inglaterra.¹⁷

Em relação à orientação sexual recebida, assim como no resultado deste estudo, outras pesquisas, nacionais e internacionais, também reconheceram a mãe ou o pai como a principal fonte de informação, seguido dos amigos.^{4,17} Já em outras investigações, identificaram-se poucas referências à mãe e ao pai no contexto educativo dos filhos no campo da sexualidade.^{6,19,20}

Grande parte das alegações se deve à pouca abertura ao diálogo, de ambas as partes. Existe ainda o receio dos pais de que a conversa acabe estimulando a prática sexual dos filhos⁶ e também destes se abrirem ao diálogo e posteriormente sofrerem represália.²¹ A crença de que a educação sexual é tarefa da escola ou dos profissionais de saúde, não sendo, portanto, responsabilidade da família, é outro aspecto considerado limitador desse diálogo.²¹

Ainda que em várias investigações a mãe ou o pai não surjam como referência para o diálogo sobre sexualidade com os filhos, o resultado deste estudo reforça que essa prática está cada vez mais presente, independentemente do nível educacional do chefe de família e das condições socioeconômicas. Não se levou em conta, nesses casos, o nível de profundidade estabelecido na conversa; se ocorrem de forma pontual ou limitada à prescrição de conselhos, muitas vezes restritos à contracepção, especialmente com as meninas.⁴

As limitações do diálogo com a família e a expectativa de que a escola dê conta dessa tarefa podem fazer com que os adolescentes busquem informações apenas com seus pares ou na internet, contribuindo com a propagação de crenças e de mitos que aumentam a vulnerabilidade às ISTs, à gravidez inesperada, à violência sexual, à subalternidade de sexo e a outros tipos de desdobramentos que acabam por comprometer a qualidade de vida dos adolescentes.

Sobre a estrutura e fisiologia dos órgãos genitais externos masculino e feminino, observou-se que os estudantes da escola A possuíam melhor conhecimento desse conteúdo, reforçando a associação de domínio de conteúdo ao mais elevado perfil socioeconômico e nível de escolaridade da mãe ou pai. Chama a atenção, no entanto, a predominância da identificação das estruturas do órgão genital externo masculino em relação ao feminino, nas três escolas.

Tal aspecto pode ter relação com os valores culturais, a facilidade de visualização do órgão e o estímulo à prática sexual dos meninos, permitindo-se que eles se manipulem e reconheçam mais facilmente as estruturas externas do seu órgão genital, bem como o prazer a elas associadas. Outra explicação poderia correlacionar-se ao fato de as abordagens sobre o órgão genital feminino nas escolas serem mais direcionadas para as estruturas internas, com enfoque na reprodução, sem a valorização anatômica e funcional das estruturas externas.^{6,22}

Essa facilidade de visualização associada às frequentes demonstrações sobre o uso do preservativo masculino, por meio de próteses, pode também favorecer o reconhecimento das estruturas externas masculinas. Ainda hoje, após quase 20 anos do surgimento da camisinha feminina, as orientações sobre seu uso são pouco ou nada abordadas pelas instituições de ensino, de saúde e pelos veículos de comunicação de massa no Brasil, sendo esse produto mais difundido em outros países, como China e Estados Unidos.²³

Entre os alunos das escolas B2 e C1, foram também observadas baixas porcentagens de identificação do prepúcio, do pênis, dos pequenos e grandes lábios, bem como do canal vaginal. Acredita-se, no entanto, que o desenho utilizado para a identificação das estruturas e o fato de terem de associá-las a uma breve descrição fisiológica de cada uma delas possam ter gerado dúvidas entre os participantes, contribuindo para esse resultado. Mas, ainda que se considere essa possível limitação, estudos revelam alto nível de desconhecimento dos adolescentes sobre as partes, as funções e mudanças do corpo, sobre menstruação, contracepção e a sexualidade de modo geral.^{5,24,25}

Retomando as possíveis limitações quanto ao desenho utilizado para a identificação das estruturas dos genitais externos masculino e feminino, cabe ressaltar que os alunos da escola A apresentaram percentual de acerto acima de 75% para todas as estruturas. Além disso, na aplicação do teste-piloto não houve qualquer relato quanto à dificuldade de entendimento do desenho e da associação com a fisiologia de cada estrutura.

Sobre os contraceptivos, verificou-se que o preservativo masculino foi o método mais conhecido, citado por mais de 80% dos alunos das três escolas, seguido da pílula anticoncepcional, como mencionado por outros autores.¹⁷ Já o anticoncepcional injetável foi o método menos conhecido nas três escolas, seguido do coito interrompido e do diafragma, estes dois últimos, em especial, nas escolas B2 e C1. Tais resultados revelam a necessidade de investimento em práticas educativas que incluam métodos contraceptivos menos populares, como alternativa para esse público, além de mais ênfase nas características, eficácia, vantagens e desvantagens de cada método, dando base para suas escolhas.

Quanto às infecções com possibilidade de transmissão via sexual, percebeu-se, semelhantemente a outros estudos,¹⁶ que a AIDS foi a única assinalada por mais de 90% dos estudantes como correlacionada ao contato sexual. O herpes genital e a sífilis foram as outras duas mais facilmente reconhecidas. Entretanto, há desconhecimento quanto a uma variedade de infecções que podem ser transmitidas pelo contato sexual, destacando-se entre elas a hepatite B, que obteve aumento de mais de 100% no número de casos entre os anos de 1997 e 2007 na população de 10 a 19 anos.²⁶ Esse aumento não é condizente com a inserção da vacina contra hepatite B, instituída pelo Ministério da Saúde desde 2001 para menores de 29 anos,³ e retrata a necessidade de uma política pública mais direcionada para as ISTs.

Esse déficit de conhecimento sobre as ISTs foi também identificado em outros estudos, como o realizado entre adolescentes de escolas públicas e privadas, na cidade de Riyadh, na Arábia Saudita,¹⁹ quando se identificou que apenas 33,3, 37,9 e 14,5% dos estudantes sabiam que a sífilis, a gonorreia e a hepatite B poderiam ser transmitidas por contato sexual.

É importante observar que se a AIDS trouxe grandes benefícios para a ampliação das discussões sobre sexualidade, vulnerabilidade e prevenção, é também premente uma atenção dedicada, tantos nas instituições de ensino quanto de saúde, a outras ISTs que representam riscos à saúde e que muitas vezes são negligenciadas, como no caso da hepatite B, do HPV, da sífilis, das uretrites e vulvovaginites.

Considerando que o domínio de conteúdo sobre as principais formas de transmissão das ISTs pelos estudantes das três escolas se deve à sua divulgação contundente após a descoberta da AIDS, a mesma estratégia revela-se potente para a ampliação das abordagens para as demais ISTs. Ainda que se reconheça que o aspecto informativo não seja suficiente para uma mudança de atitude para a redução da vulnerabilidade às ISTs, o conhecimento é o primeiro passo de uma ação educativa que deve ter em vista o *empoderamento*, não devendo de forma alguma se limitar ao aspecto cognitivo.

O fato de os alunos da escola A estarem menos cientes de o beijo representar um modo de transmissão de algumas ISTs pode correlacionar-se à falta de informação até mesmo de profissionais de saúde quanto a essa possibilidade.¹⁶ Nesse caso, é plausível que a vivência dos alunos da Escola B2 e C1 tenha sido preponderante para o maior acerto, tendo em vista que obtiveram percentual de iniciação sexual acima do dobro dos alunos da Escola A e que podem ter obtido tal aprendizado na prática e na conversa com seus pares.

Os baixos percentuais de reconhecimento de possíveis sinais e sintomas associados às ISTs, como a dor na relação sexual, o mau cheiro no genital e o corrimento constante, podem também estar associados às informações incorretas oriundas do senso comum, fazendo com que a população os considere como normais e esperados principalmente entre as mulheres. Isso pode reduzir as chances do diagnóstico e do atendimento clínico precoce, caso alguns desses adolescentes venham a apresentar uma dessas características.

Outras limitações quanto ao conhecimento de determinados aspectos que podem repercutir em mais vulnerabilidade desse grupo etário, não somente as ISTs, referem-se aos mitos e crenças observados nos alunos das três escolas. A crença de que o homem tem mais desejo sexual que a mulher e que o coito interrompido sempre evita a gravidez pode trazer consequências relacionadas ao sexo e à violência nas relações de intimidade e também contribuir com a gravidez na adolescência.

Foi também elevado o percentual de estudantes que consideraram verdadeiro que a primeira relação sempre provoca dor e sangramento. As proposições de que o homem com pênis grande satisfaz mais a mulher, de que garotas virgens não engravidam e que basta ir à farmácia para escolher um anticoncepcional revelam que mesmo obtendo um percentual de orientação dos pais acima de 60% para os alunos das três es-

colas, esse diálogo não se revelou suficiente para a ruptura de crenças e mitos diretamente associados a determinados agravos no campo da sexualidade.

Em pesquisa realizada em Botswana, no sul da África, sobre um programa televisivo denominado *talk back*, ao vivo e interativo, em que se discute uma gama de temas sobre prevenção do HIV/aids e educação, os resultados salientaram que vários mitos e crenças de professores e alunos trouxeram limitação para o próprio sucesso do programa.²⁷

O que a literatura enfatiza é que tanto os professores quanto familiares não se sentem preparados ou capacitados para assumirem o papel de orientadores^{7,25} e que é premente a busca por alternativas investigativas e interventivas que deem amplitude às discussões sobre sexualidade com os adolescentes,²⁵ incluindo abordagens como sexo, geração, violência nas relações de intimidade, direitos sexuais e reprodutivos e acessibilidade aos serviços de saúde e o protagonismo dos adolescentes em sua forma de ser e viver sua sexualidade.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser apreciadas para a interpretação e validade de seus resultados: a) a validade externa de nossos achados deve ser interpretada cautelosamente, porque as escolas estudadas podem não representar a população total de escolares de Belo Horizonte, pelo fato de a amostra não ter caráter probabilístico; b) por se tratar de um estudo transversal, as relações mostradas representam modelos de associação, porém isso é de caráter intrínseco ao próprio delineamento. Desse modo, diminui-se a segurança na relação de temporalidade e causalidade entre as variáveis envolvidas.

Por outro lado, podem ser destacados aspectos que favorecem a validade deste estudo: a) a aplicação do instrumento de coleta de dados por entrevistadores treinados; b) ajuste de variáveis por meio de técnica de análise multivariada adequada ao tipo de delineamento do estudo; c) níveis de força de associação altos.

CONCLUSÃO

O presente estudo apurou que as diferenças de conhecimento no campo sexual, reprodutivo e de prevenção das ISTs entre os estudantes da escola privada e das públicas foram significativas, apresentando, em geral, mais domínio do tema pelos alunos da escola privada. Algumas exceções, como o predomínio de conhecimento dos alunos da escola C1 e B2, pareceram relacionar-se às características e vivências sexuais de cada grupo.

Apesar do elevado nível de conhecimento detectado nos estudantes da escola A, verificou-se que o desconhecimento de determinados aspectos essenciais para uma prática sexual menos vulnerável independe das condições socioeconômicas e do nível de escolaridade dos pais. Muitos desses aspectos decorreram de conceitos equivocados, carregados de tabus,

oriundos de pessoas que também não tiveram acesso à educação no campo sexual e reprodutivo.

As ações empregadas nas instituições de ensino e de saúde não incorporam, na maioria das vezes, em suas práticas uma abordagem multifatorial-emancipatória que inclua abordagens culturais e regionais, os diálogos da diversidade e das desigualdades, que tenha enfoque menos limitado aos aspectos biológicos e mais direcionado ao saber prático da vida cotidiana e do entendimento do adolescente como parte integrante e ativa desse processo.

Para o fortalecimento das discussões sobre a educação sexual com adolescentes, é necessário que as políticas públicas estejam estruturadas dentro de uma dimensão mais ampla que envolva a melhoria das condições de vida da população e de acesso à educação, educação permanente dos profissionais de instituições de ensino e de saúde. É também imprescindível que tais práticas envolvam as famílias, por meio da realização de oficinas, campanhas, reuniões, jogos, mostras científicas, espaços e estratégias alternativas que contribuam para que a desinformação não se torne um círculo vicioso, propiciador de equívocos e de verdades preconcebidas no campo da sexualidade.

REFERÊNCIAS

1. Macedo SR, Miranda FA, Pessoa Júnior JM, Nóbrega VK. Adolescência e sexualidade: scripts sexuais a partir das representações sociais. *Rev Bras Enferm.* 2013[citado em 2016 jan. 29];66(1):103-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a16.pdf>
2. Ministério da Saúde (BR). Boletim informativo DST/AIDS. Diretoria de epidemiologia e vigilância sanitária; Diretoria executiva de epidemiologia, programa estadual DST/Aids. Brasília: MS; 2000.
3. Lima FCA, Jesus FB, Martins CBG, Souza SPS, Matos KF. A experiência e atitudes de adolescentes frente à sexualidade. *Mundo Saúde.* 2013[citado em 2016 jan. 29];37(4):385-93. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/102992>
4. Vonk AC, Bonan C, Silva KS. Sexualidade, reprodução e saúde: experiências de adolescentes que vivem em município do interior de pequeno porte. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013[citado em 2016 jan. 29];18(6):1795-807. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000600030&script=sci_abstract&tlng=pt
5. Borges AL, Nichiata LY, Schor N. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. *Rev Latino-Am Enferm.* 2006[citado em 2016 jan. 29];14(3):422-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a17.pdf>
6. Altmann H. A sexualidade adolescente como foco de investimento político-educacional. *Educ Rev.* 2007[citado em 2016 jan. 29];12(46):287-310. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/edur/n46/a12n46.pdf>
7. Savegnano SDO, Arpini DM. Diálogos sobre sexualidade na família: reflexões a partir do discurso de meninas. *Psicol Argum.* 2014[citado em 2016 jan. 29];32(76):57-67. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/276236929_Dialogos_sobre_sexualidade_na_familia_reflexoes_a_partir_do_discurso_de_meninas
8. Ministério da Educação e do Desporto (BR). Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental; temas transversais. Brasília: MEC/SEF; 1998.

9. Ministério da Saúde (BR). Programa Saúde na Escola (PSE). Brasília: MS; 2010. [citado em 2016 jan. 29]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/programa_saude_na_escola.php
10. Nothhaft SCS, Zanatta EA, Brumm MLB, Galli KSB, Erdtmann BK, Buss E, *et al.* Sexualidade do adolescente no discurso de educadores: possibilidades para práticas. *REME - Rev Min Enferm.* 2014[citado em 2016 jan. 29];18(2):284-9. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/927>
11. Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, *et al.* Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad Saúde Pública.* 2003[citado em 2016 jan. 29];19(2):S377-S388. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800019&lng=en&nrm=iso.
12. Berquo E, Garcia S, Lima L. Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006. *Rev Saúde Pública.* 2012[citado em 2016 jan. 29];46(4):685-93. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400013&lng=pt&nrm=iso
13. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. [citado em 2016 jan. 29]. Disponível em: www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=07
14. Castro MG, Abramovay M, Silva LB. *Juventudes e sexualidade.* Brasília: UNESCO; 2004.
15. Martins LB, Costa-Paiva L, Osis MJ, Sousa MH, Pinto Neto AM, Tadini V. Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. *Rev Saúde Pública.* 2006[citado em 2016 jan. 29];40(1):57-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100010
16. Romero KT, Medeiros EH, Vitale MS, Wehba J. O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. *Rev Assoc Med Bras.* 2007[citado em 2016 jan. 29];53(1):14-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302007000100012&script=sci_abstract&tlng=pt
17. Reina MF, Ciaravino H, Llovera N, Castelo-Branco C. Contraception knowledge and sexual behaviour in secondary school students. *Gynecol Endocrinol.* 2010[citado em 2016 jan. 29];26(7):479-83. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20236027>
18. Cruzeiro AL, Souza LD, Silva RA, Pinheiro RT, Rocha CL, Horta BL. Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010[citado em 2016 jan. 29];15(Suppl 1):1149-58. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700023
19. Alquaiz AM, Almuneef MA, Minhas HR. Knowledge, attitudes, and resources of sex education among female adolescents in public and private schools in Central Saudi Arabia. *Saudi Med J.* 2012[citado em 2016 jan. 29];33(9):1001-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22964813>
20. Opara PI, Eke GK, Tabansi PN. Perception of sexuality education amongst secondary school students in Port Harcourt, Nigeria. *West Afr J Med.* 2012[citado em 2016 jan. 29];31(2):109-13. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23208480>
21. Sousa LB, Fernandes JFP, Barroso MGT. Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. *Acta Paul Enferm.* 2006[citado em 2016 jan. 29];19(4):408-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a07.pdf>
22. Altmann H. Educação sexual em uma escola: da reprodução à prevenção. *Cad Pesqui.* 2009[citado em 2016 jan. 29];39(136):175-200. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v39n136/a0939136.pdf>
23. Núcleo de Estudos de População – NEPO. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. Fundo de População das Nações Unidas. *Preservativo feminino: das políticas globais à realidade brasileira.* Brasília: UNFPA; 2011. [citado em 2011 jan. 10]. Disponível em: www.unfpa.org.br/Arquivos/preservativo_feminino.pdf
24. Peloso SM, Carvalho MDB, Higarashi IH. Sexualidade e gênero: um estudo com adolescentes em um município de pequeno porte do Noroeste do Paraná. *Acta Sci Health Sci.* 2008[citado em 2016 jan. 29];30(2):113-9. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/552>
25. Chandra-Mouli V, Svanemyr J, Amin A, Fogstad H, Say L, Girard F, *et al.* Twenty years after International Conference on Population and Development: where are we with adolescent sexual and reproductive health and rights? *J Adolesc Health.* 2015[citado em 2016 jan. 29];56(1 Suppl):S1-6. Disponível em: http://ecommons.aku.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1064&context=eastafrica_fhs_mc_obstet_gynaecol
26. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Indicadores de morbidade e fatores de risco: incidência de hepatite B. Brasília: MS; 2008. [citado em 2016 jan. 29]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?db2008/d0108.def>
27. Nleya PT, Segale E. How setswana cultural beliefs and practices on sexuality affect teachers' and adolescents' sexual decisions, practices, and experiences as well as HIV/AIDS and STI prevention in select Botswanan Secondary Schools. *J Int Assoc Provid AIDS Care.* 2015[citado em 2016 jan. 29];14(3):224-33. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23803563>