



1

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado em Psicologia Clínica

Linha de Pesquisa: Processos de Saúde-Doença em Contextos Institucionais

Milene Fontana Furlanetto

**SEXO E SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA: ANÁLISE DO ACESSO
À INFORMAÇÃO E EXPOSIÇÃO A RISCOS**

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a Angela Helena Marin

Co-orientadora: Prof.^a. Dr.^a Tonantzin Ribeiro Gonçalves

São Leopoldo, julho de 2018

MILENE FONTANA FURLANETTO

**Sexo e sexualidade na adolescência: análise do acesso à informação
e exposição a riscos**

Dissertação apresentada como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Angela Helena Marin

Co-orientadora: Prof.^a. Dr.^a Tonantzin Ribeiro Gonçalves

São Leopoldo, julho de 2018

F985s Furlanetto, Milene Fontana
Sexo e sexualidade na adolescência : análise do acesso à
informação e exposição a riscos / por Milene Fontana
Furlanetto. – 2018.
109 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos
Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São
Leopoldo, RS, 2018.

Orientadora: Dr^a. Angela Helena Marin.
Co-orientadora: Dr^a Tonantzin Ribeiro Gonçalves.

1. Adolescente. 2. Sexo. 3. Sexualidade. 4. Educação
sexual. I. Título.

CDU: 159.922.1-053.6

Agradecimentos

Agradeço por ter tido coragem de me reinventar profissionalmente e ter hoje este trabalho como fruto deste processo. Entretanto, nada disto seria possível sem o apoio da minha família, principalmente meu pai, Pacífico Furlanetto, e minha mãe, Rita Fontana Furlanetto, que me deram todos os subsídios necessários para a realização deste sonho, acompanharam minhas conquistas, me incentivaram e confiaram nos meus projetos pessoais.

Ao meu marido, Pedro Guilhon, que está ao meu lado há 10 anos. Obrigada por me acompanhar em minhas “invenções”, por acreditar que eu seria capaz, por me dar suporte emocional nos momentos em que achei que não conseguiria atingir meus objetivos e por ser um pai tão maravilhoso para nossa Mel.

Ao Nefies, grupo de pesquisa que me acolheu e me incentivou em todos os momentos. Sou muito grata a todos que conheci e todos aprendizados que tive. Um agradecimento especial às meninas que se dedicaram a esse trabalho junto comigo: Dienifer Ghedin, Jade Bernardes, Dayse Cardoso e Erica Andrade.

Por fim, um agradecimento especial às minhas orientadoras Angela Helena Marin e Tonantzin Ribeiro Gonçalves, que a partir das suas experiências profissionais me proporcionaram aprendizados que levarei para minha prática clínica e acadêmica. Além disso, agradeço toda dedicação e incentivo dedicado à realização deste projeto.

“Recria tua vida, sempre, sempre.

Remove pedras e planta roseiras e faz doces. Recomeça”

Cora Coralina

Sumário

Lista de Tabelas	8
Lista de Abreviaturas e Siglas	9
Resumo da Dissertação	10
Abstract of the master's thesis.....	12
Apresentação da Dissertação	14
Seção I – Estudo empírico	21
Fatores individuais e contextuais associados à iniciação sexual em adolescentes	
Resumo	21
Abstract.....	22
Introdução	23
Método	27
Delineamento	27
Participantes.....	27
Instrumentos.....	28
Procedimentos Éticos e de Coleta de Dados.....	29
Procedimento de Análise de Dados	30
Resultados	31
Discussão	40
Considerações Finais	47
Referências.....	50
Seção II – Estudo empírico	56
Acesso e qualidade da informação recebida sobre sexo e sexualidade na perspectiva adolescente	
Resumo	56
Abstract.....	58
Introdução	59
Método	63
Delineamento	63
Participantes.....	63
Instrumentos.....	64
Procedimentos de Coleta de Dados	64
Procedimentos Éticos.....	65
Procedimentos de Análise de Dados.....	66
Resultados e discussão.....	66

Considerações Finais	81
Referências.....	84
Considerações Finais da Dissertação	91
Referências da Dissertação	95
Apêndice A - Questionário de Dados Sociodemográficos e comportamentos sexuais...98	
Apêndice B - Roteiro semiestruturado do Grupo Focal	105
Apêndice C - Carta de Anuência para Realização da Pesquisa	107
Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	108
Apêndice E - Termo de Assentimento	109

Lista de Tabelas

Seção I – Estudo empírico

- Tabela 1.** Frequências Absoluta e Relativa e Comparações entre Adolescentes 33
com e sem Iniciação Sexual com Relação aos Fatores Individuais (N=253;
teste de Qui-quadrado e de Fischer)
- Tabela 2.** Frequências Absoluta e Relativa e Comparações entre Adolescentes 34
com e sem Iniciação Sexual com Relação aos Fatores Contextuais (N=253;
testes de Qui-quadrado, Fischer e Mann-Whitney)
- Tabela 3.** Regressão Logística para Associações entre Iniciação Sexual e 37
Fatores Individuais e Contextuais (N=253)
- Tabela 4.** Frequências Absoluta e Relativa da Iniciação Sexual Precoce e Uso 38
Inconsistente de Preservativo e sua Relação com Fatores Individuais (N=80;
teste de Qui-quadrado e de Fischer)
- Tabela 5.** Frequências Absoluta e Relativa da Iniciação Sexual Precoce e Uso 39
Inconsistente de Preservativo e sua Relação com Fatores Contextuais (N=80;
teste de Qui-quadrado e de Fischer)

Seção II – Estudo empírico

- Tabela 1.** Temas e Categorias de Análise 65
- Tabela 2.** Frequência Absoluta e Relativa das Resposta sobre Acesso e 66
Qualidade da Informação sobre Sexo e Sexualidade (N = 253)

Lista de Abreviaturas e Siglas

ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FAPERGS	Fundação de Amparo à pesquisa do Estado do RS
HIV	Vírus da Imunodeficiência humana
IPSF	Inventário de Percepção de Suporte Familiar
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgênero
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCAP	Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PqG	Programa Pesquisador Gaúcho
PSE	Programa Saúde na Escola
SEDUC	Secretaria da Educação so Estado do Rio Grande do Sul
SMED	Secretaria Municipal de Educação de São Leopoldo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Sexo e sexualidade na adolescência: uma análise do acesso à
informação e exposição a riscos**

Resumo

O avanço das pesquisas sobre sexo e sexualidade entre adolescentes tem evidenciado a vulnerabilidade desse público para comportamentos de risco em saúde. Sabe-se que a vivência da sexualidade está interligada a um conjunto de fatores individuais e contextuais, mas maior ênfase ainda é dada para questões relativas ao próprio adolescente. Assim, constata-se a importância de compreender os fatores de risco e proteção relacionados à iniciação sexual na adolescência, integrando os principais sistemas em que o jovem está inserido, como a família e a escola. Com esse foco de investigação foram desenvolvidos dois estudos, apoiados em dados de 253 adolescentes do 6º ao 9º ano do ensino fundamental de duas escolas de São Leopoldo e quatro de Porto Alegre, os quais responderam a um Questionário de Dados Sociodemográficos e Comportamentos Sexuais, ao Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e também participaram de grupos focais (n = 24). O primeiro estudo, intitulado “Fatores individuais e contextuais associados à iniciação sexual entre adolescentes”, com delineamento observacional analítico, buscou investigar a associação entre iniciação sexual na adolescência e fatores individuais (sexo, idade, escolaridade, histórico de reprovação escolar, religião e uso de drogas lícitas e ilícitas) e contextuais (configuração familiar, suporte familiar, nível socioeconômico da família, escolaridade dos pais e acesso a informação sobre sexo e sexualidade). Adicionalmente, entre os adolescentes que já haviam tido relações sexuais, buscou-se examinar a associação entre os fatores individuais e contextuais com o início sexual precoce (anterior aos 15 anos) e o uso inconsistente de preservativos. Análises estatísticas descritivas e inferências indicaram que as primeiras experiências sexuais dos jovens tem ocorrido conjuntamente com outros comportamentos prejudiciais para seu

desenvolvimento, principalmente referente ao uso de álcool e baixo desempenho escolar. Esses fatores parecem estar também relacionados aos níveis de autonomia e afetividade que os adolescentes percebem de suas famílias, já que níveis mais altos de percepção afetivo-consistente se mostraram como fator protetor e a maior autonomia como fator de risco sexual. Já o segundo estudo, com delineamento explanatório sequencial, denominado “Acesso e qualidade da informação recebida sobre sexo e sexualidade na perspectiva adolescente”, objetivou aprofundar a compreensão sobre acesso e a qualidade da informação sobre sexo e sexualidade nos contextos familiar e escolar na perspectiva de adolescentes. Os dados foram analisados estatisticamente e por análise temática, destacando-se dois temas: fontes e limites de acesso às informações sobre sexo e sexualidade e vieses da comunicação. Os resultados indicaram que os adolescentes têm se exposto a riscos sexuais, especialmente devido ao uso inconsistente de preservativo, mesmo que relatem acesso às informações preventivas. O ambiente familiar foi identificado como o principal contexto de referência para educação sexual, no entanto, os adolescentes indicaram que gostariam que se ampliassem as atividades educativas referentes a esse tema na escola. Ainda, se destacaram relatos de atitudes sexistas e homofóbicas nos contextos investigados. Em conjunto, os dados denunciam a necessidade de uma atenção maior para a educação sexual dos adolescentes, não somente no âmbito preventivo, mas também através de diálogos que incluam a diversidade de temáticas e experiências na esfera sexual, além da relevância da inclusão dos contextos sociais nas análises sobre os comportamentos de risco sexual na adolescência.

Palavras-chaves: adolescência, sexo, sexualidade, educação sexual.

**Sex and sexuality in adolescence: an analysis of access to
information and exposure to risks**

Abstract

The advancement of research on sex and sexuality among adolescents has evidenced the vulnerability of this public to health risk behaviors. It is known that the experience of sexuality is intertwined with a set of individual and contextual factors, but greater emphasis is still given to issues related to the adolescent himself. Thus, it is important to understand the risk and protection factors related to sexual initiation in adolescence, integrating the main systems in which young people are inserted, such as family and school. With this research focus, two studies were developed, based on data from 253 adolescents from the 6th to the 9th year of primary education at two schools in São Leopoldo and four from Porto Alegre, who answered a Questionnaire on Socio-demographic Data and Sexual Behaviors, Family Support Perception Inventory (IPSF) and also participated in focus groups (n = 24). The first study, entitled "Individual and contextual factors associated with sexual initiation among adolescents", with an analytical observational design, sought to investigate the association between sexual initiation in adolescence and individual factors (sex, age, schooling, history of school failure, religion and use of legal and illicit drugs) and contextual (family configuration, family support, socioeconomic level of the family, parental schooling and access to information about sex and sexuality). In addition, among adolescents who had already had sex, we sought to examine the association between individual and contextual factors with early sexual initiation (prior to age 15) and inconsistent use of condoms. Descriptive statistical analyzes and inferences indicated that the first sexual experiences of the young have occurred along with other behaviors detrimental to their development, mainly referring to the use of alcohol and low school performance. These factors also seem to

be related to the levels of autonomy and affectivity that adolescents perceive from their families, since higher levels of affective-consistent perception have shown to be a protective factor and greater autonomy as a factor of sexual risk. The second study, with a sequential explanatory design, called "Access and quality of information received on sex and sexuality in the adolescent perspective", aimed to deepen the understanding about access and quality of information about sex and sexuality in family and school contexts in the perspective of adolescents. The data were analyzed statistically and by thematic analysis, highlighting two themes: sources and limits of access to information about sex and sexuality and communication bias. The results indicated that adolescents have been exposed to sexual risks, especially due to inconsistent condom use, even if they report access to preventive information. The family environment was identified as the main reference context for sex education, however, adolescents indicated that they would like to expand educational activities related to this topic in school. Also, reports of sexist and homophobic attitudes were highlighted in the contexts investigated. Together, the data denounces the need for greater attention to adolescent sexual education, not only in the preventive scope, but also through dialogues that include the diversity of themes and experiences in the sexual sphere, as well as the relevance of including social contexts in the analysis of sexual risk behaviors in adolescence.

Key-words: adolescence, sex, sexuality, sex education.

Apresentação da Dissertação

A sexualidade é uma dimensão que integra a identidade dos sujeitos, o qual ultrapassa o caráter biológico e reprodutivo. Reconhecida como um dos componentes da qualidade de vida, está relacionada aos seus aspectos psicológicos, sociais, biológicos e culturais (Louro, 2015). No campo epidemiológico, a partir de 1980, com os avanços dos casos de AIDS no Brasil, os estudos sobre a sexualidade se concentraram principalmente na identificação de variáveis associadas ao risco sexual. As estratégias preventivas, como o uso de preservativo, os cuidados referentes às práticas sexuais e a atenção redobrada aos grupos considerados de risco, inicialmente homossexuais e usuários de drogas, foram a primeira tentativa governamental de combate ao vírus. Com a identificação do caráter pandêmico da doença, desenvolveram-se novas estratégias de prevenção, em que o conceito de vulnerabilidade foi o novo instrumental teórico apresentado para compreender e intervir na epidemia. A ampliação desse entendimento permitiu perceber que as chances de exposição das pessoas às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) não eram resultantes apenas de características individuais, mas também de determinantes sociais, que implicavam em sua maior ou menor suscetibilidade (Ayres, França Junior, Calazans, & Saletti Filho, 2009).

Nessa direção, a fase da adolescência começou a ganhar destaque nos programas de saúde pública devido aos problemas sociais identificados, principalmente um conjunto de práticas classificadas como comportamentos de risco, tais como sexo sem proteção, consumo de álcool e outras drogas e exposição a violências (Organização Pan-Americana da Saúde, 2017). O Boletim Epidemiológico de 2017 (Brasil, 2017) apontou que nos últimos 10 anos, houve um aumento nos casos de Aids na faixa entre os 15 aos 19 anos, passando de 2,4 em 2006 para 6,7 casos em 2016, a cada 100.000 habitantes homens. Em

relação as mulheres o aumento foi menos expressivo, passando de 3,6 para 4,1 casos a cada 100.000 habitantes. Esses dados justificam a relevância da investigação sobre a iniciação sexual em adolescentes, já que eles representam, atualmente, 17,9 % dos brasileiros com pouco mais de 34 milhões de pessoas (Organização Pan-Americana da Saúde, 2017).

O Ministério da Saúde, considera a definição de adolescência prescrita pela OMS (Organização Mundial da Saúde), que compreende a fase entre o período dos 10 aos 19 anos, já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera que a adolescência compreende o intervalo dos 12 aos 18 anos completos. Para além da faixa etária, a adolescência passou a ser entendida segundo seu processo de desenvolvimento humano, marcadamente ancorado em fatores biológicos e psicossociais (Organização Pan-Americana da Saúde, 2017). Durante esta etapa, a mudança biológica que ocorre com o advento da puberdade consequentemente gera um interesse maior nos relacionamentos afetivos (Furlani, 2011). Conjuntamente há um distanciamento dos contextos educacionais, principalmente familiar, e uma aproximação aos grupos de pares. O adolescente começa a experimentar sua autonomia e a construir uma identidade, sendo que nessa trajetória pode se colocar em risco em termos de saúde, mas também poderá ser influenciado por fatores de proteção (Furlani, 2011; Preto, 2011).

Especificamente entre os fatores de proteção, o ambiente familiar se mostra fortemente associado com as possibilidades de uma adolescência saudável. Durante o desenvolvimento da autonomia dos filhos, as famílias precisam proporcionar supervisão aliada a momentos de diálogos e afeto (Wang et al., 2013). Também é relevante nesse processo a influência dos determinantes sociais, por exemplo, em ambientes mais favorecidos economicamente, geralmente os responsáveis tem maiores níveis de

escolaridade, o que está associado com melhores condições de cuidado (Teixeira, Knauth, Fachel, & Leal, 2006).

Outro contexto que pode atuar como protetor é a escola. Inclusive ela foi eleita como um dos locais propícios de implantação de estratégias preventivas relacionadas à sexualidade (Nardi & Quartiero, 2012). No entanto, tais estratégias ainda estão focadas em uma compreensão de risco determinada por uma conduta individual, já que as informações preventivas são transmitidas aos alunos na esperança de que adotem comportamentos saudáveis em suas relações sexuais (Chimeli, Nogueira, Pimenta, & Schal, 2016). Dessa maneira, apesar do vasto número de trabalhos que discutem sobre a vulnerabilidade do adolescente para comportamentos sexuais de risco, há uma lacuna em relação a avaliação do efeito dessas estratégias na conduta dos adolescentes (Moura et al., 2013). Em outras palavras, existem muitos estudos que investigam fatores associados ao risco sexual, como o uso de preservativo, por exemplo, e acabam identificando que há um grande número de adolescentes que se colocam em risco e que iniciam suas relações sexuais precocemente (Bertoni et al., 2009; Dallo & Martins, 2018; Espada, Morales, & Orgilés, 2014; Oliveira, Béria & Schermann, 2014; Ruiz, Molinero, Miguelsanz, & Rodrigues, 2015), mas existem poucos estudos que focam na experiência sexual do adolescente, considerando a sua perspectiva e o sentido que atribuem para seus comportamentos sexuais e para a educação sexual que recebem (Chimeli et al., 2016; Spencer, Doull, & Shoveller, 2012). Assim, uma análise que contemple esses fatores de forma integrada pode viabilizar o desenvolvimento de novas estratégias de educação sexual que se aproximem mais da experiência dos adolescentes.

Frente ao exposto, a ideia inicial desse estudo foi identificar os comportamentos sexuais de adolescentes, contemplando o que já é conhecido como risco, por exemplo, o início sexual anterior aos 15 anos e o uso inconsistente de preservativo, mas também os

contextos educacionais mais influentes, ou seja, a família e a escola. Acredita-se que essa análise permitirá um entendimento mais amplo do fenômeno da experiência sexual na adolescência e dos riscos implicados, fazendo jus a complexidade do fenômeno.

Para alcançar esse objetivo, o paradigma teórico adotado foi o sistêmico (Böing, Crepaldi, & Moré, 2008), que considera o pressuposto da complexidade dos fenômenos, buscando sua contextualização e reconhecendo a causalidade recursiva, de que não somente a cultura e o social impõem aos sujeitos formas de vivenciar a sexualidade, como também os sujeitos são agentes ativos na transformação das normas sexuais. Deste modo, o entendimento dos comportamentos sexuais foi sustentado por um conjunto de variáveis. Especialmente em se tratando do comportamento sexual, foco do presente estudo, há de se considerar que ele não implica somente em um dado epistemológico, mas em um dado histórico, social e político (Böing et al., 2008; Louro, 2015; Vasconcelos, 2013). Assim, também se pensou na integração entre a pesquisa qualitativa à quantitativa, com o objetivo de abarcar a variedade de perspectivas dos participantes, adolescentes, famílias e escolas, sob o objeto de estudo, partindo dos significados subjetivos e sociais a ele relacionados.

Após a qualificação da proposta de pesquisa, dada sua extensão e relevância acadêmica e social, ela foi submetida e contemplada pelo Programa Pesquisador Gáúcho (PqG) da Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS), edital 02/2017, com o comprometimento da entrega dos resultados para 2020. Para alcançar os objetivos que foram propostos no projeto aprovado, seis escolas foram acessadas (duas escolas de São Leopoldo e quatro de Porto Alegre-RS), totalizando 253 adolescentes para a etapa quantitativa, além de 12 professores, 11 pais e a realização de três grupos focais para a etapa qualitativa, que reuniram 24 adolescentes. Os adolescentes estavam matriculados entre o 6º ao 9º ano do ensino fundamental e responderam a um Questionário

de Dados Sociodemográficos e Comportamentos Sexuais e ao Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). Algumas limitações impossibilitaram que todos os objetivos apresentados fossem contemplados nessa dissertação, especialmente a ocorrência da greve dos professores na cidade Porto Alegre, o que estendeu a coleta até abril de 2018. Portanto, até o presente momento, foi possível analisar e discutir parte dos dados, tendo-se como prioridade os relativos à percepção dos adolescentes. Dessa forma, os dados relativos aos familiares e professores serão fruto da continuidade desse projeto.

Foram desenvolvidos dois estudos empíricos para compor a presente dissertação. O primeiro deles visou investigar a associação entre iniciação sexual na adolescência e fatores individuais (sexo, idade, escolaridade, histórico de reprovação escolar, religião e uso de drogas lícitas e ilícitas) e contextuais (configuração familiar, suporte familiar, nível socioeconômico da família, escolaridade dos pais e acesso a informação sobre sexo e sexualidade). Adicionalmente, entre os adolescentes que já tinha iniciado sua vida sexual, buscou-se examinar a associação entre os fatores individuais e contextuais com o início sexual precoce e o uso inconsistente de preservativos. A partir de um delineamento observacional analítico e análises descritivas e inferenciais observaram-se alguns fatores de risco e de proteção relacionados a iniciação sexual. O uso de bebidas alcoólicas, drogas e cigarro e a reprovação escolar melhor caracterizaram os adolescentes que já haviam iniciado sua vida sexual. No âmbito familiar as configurações familiares monoparentais e ampliadas e a percepção de níveis mais altos de autonomia familiar se mostraram como fatores de risco, enquanto a configuração nuclear e a percepção de maior afeto familiar, como fatores de proteção. Em relação aos comportamentos de risco iniciação sexual precoce, praticamente as mesmas variáveis se mantiveram significativas, o que indica que a idade não foi um diferencial neste estudo. Para o uso do preservativo, observou-se a associação com uso de drogas e cigarro com uso inconsistente. Os resultados alertam para

a necessidade de maior atenção à educação sexual, tanto no contexto familiar quanto escolar, já que apesar dos riscos encontrados os participantes relataram ter acesso a informações sobre sexo e sexualidade nos dois sistemas investigados.

O segundo estudo, com delineamento explanatório sequencial, objetivou caracterizar o acesso e a qualidade da informação sobre sexo e sexualidade nos contextos familiar e escolar sob a perspectiva de adolescentes. Os dados quantitativos foram provenientes do mesmo questionário do primeiro estudo e foram somados a ele a percepção dos adolescentes sobre os temas investigados a partir de três grupos focais realizados em três escolas. Foram feitas análises estatística e temática, destacando-se dois temas: fontes e limites de acesso às informações sobre sexo e sexualidade e vieses da comunicação. Os resultados indicaram que existe um número significativo de adolescentes que faz uso inconsistente de preservativo mesmo que refiram ter acesso a informações sobre sexo e sexualidade. Em uma análise mais aprofundada foi possível evidenciar que tanto nas famílias quanto na escola existem limitações na educação sexual fornecida. Por exemplo, os temas restringem-se ao caráter reprodutivo e preventivo, as orientações sobre conduta sexual são passadas de maneira restrita, em frases curtas sem a presença de um diálogo que também considere a experiência afetiva e relacional desse adolescente. De forma mais grave foram evidenciadas condutas sexistas e homofóbicas que podem interferir no desenvolvimento da identidade sexual dos adolescentes. Atualmente, os jovens têm grande acesso aos conteúdos sobre sexualidade a partir das mídias sociais e também é comum que conversem sobre o tema com os amigos. Essas práticas contam como ambientes educativos e podem ser benéficas se forem supervisionadas pelos sistemas responsáveis pelos adolescentes, que devem estar preparados para proporcionar a discussão sobre a sexualidade, permitindo a reflexão e reformulação de ideias e comportamentos, além do respeito às escolhas sexuais.

Por fim, destaca-se que o presente estudo se insere na área da psicologia clínica, já que esta tem ampliado sua prática para além do *setting* terapêutico tradicional, caracterizado pelas psicoterapias de longa duração em consultório privado, inserindo-se em novos campos de atuação. Tais práticas clínicas, chamadas de emergentes, permitiram a evolução do conceito e significado da psicologia clínica, principalmente pelo maior interesse e preocupação com o campo social e histórico dos sujeitos, buscando-se, assim, uma maior articulação com o seu contexto (Féres-Carneiro & Lo Bianco, 2003). Dessa forma, o olhar e a escuta profissional do psicólogo incluem a pesquisa e a intervenção com vistas à prevenção e promoção de saúde, considerando-se as particularidades do meio, o que vem ao encontro do que se buscou contemplar na realização da presente pesquisa (Dutra, 2004; Féres-Carneiro & Lo Bianco, 2003).

Seção I – Estudo empírico

Fatores individuais e contextuais associados à iniciação sexual entre adolescentes

Resumo

As práticas sexuais dos adolescentes têm sido amplamente investigadas como experiências passíveis de risco, visto a vulnerabilidade dessa população. Neste sentido, o presente estudo objetivou investigar fatores individuais e contextuais associados à iniciação sexual e a comportamentos de risco como início sexual anterior aos 15 anos e uso inconsistente de preservativo. Foram entrevistados 253 adolescentes advindos de escolas de Porto Alegre e São Leopoldo que responderam à um Questionário de Dados Sociodemográficos e Comportamentos Sexuais e ao Inventário de Percepção de Suporte familiar. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial e constatou-se que tanto fatores individuais (maior escolaridade, repetência escolar, uso de substâncias lícitas e ilícitas) quanto contextuais (menor percepção de suporte afetivo-consistente e maior autonomia da família) estão relacionados à iniciação sexual entre adolescentes. Houve similaridade nas associações investigadas para os grupos com iniciação sexual antes e após os 15 anos, denotando que a idade não foi um diferencial para maior exposição a riscos. O uso inconsistente de preservativo se mostrou relacionado ao uso de tabaco e outras drogas. Em conjunto, os resultados indicaram a coocorrência de comportamentos de risco, como o sexual e o abuso de substâncias, assim como apontaram algumas características familiares como fatores de proteção.

Palavras-chave: iniciação sexual, comportamento de risco sexual, adolescência

Abstract

Adolescent sexual practices have been widely investigated as risk-taking experiences, given the vulnerability of this population. In this sense, the present study aimed to investigate individual and contextual factors associated with sexual initiation and risk behaviors such as sexual onset prior to age 15 and inconsistent use of condoms. We interviewed 253 adolescents from schools in Porto Alegre and São Leopoldo who answered a Questionnaire on Socio-demographic Data and Sexual Behaviors and the Inventory of Perception of Family Support. Data were analyzed through descriptive and inferential statistics and it was found that individual factors (higher education, school repetition, use of licit and illicit substances) as well as contextual ones (lower perception of affective-consistent support and greater family autonomy) are related to sexual initiation among adolescents. There was similarity in the investigated associations for the groups with sexual initiation before and after the 15 years, denoting that the age was not a differential for greater exposure to risks. Inconsistent use of condoms has been shown to be related to the use of tobacco and other drugs. Together, the results indicated the co-occurrence of risk behaviors, such as sexual and substance abuse, as well as pointing to some family characteristics as protection factors.

Keywords: sexual initiation, sexual risk behavior, adolescence

Introdução

Dentre as etapas do ciclo vital, a adolescência ainda é associada a preocupações em relação à prevenção e promoção de saúde nas esferas acadêmica e social. Os adolescentes têm sido considerados um grupo vulnerável para aquisição de Infecções sexualmente transmissíveis (IST) e gestações não desejadas, principalmente pelo fato de serem vistos como imaturos para a tomada de decisões em prol de sua saúde (Cruzeiro et al., 2008; Spencer et al., 2012; Espada et al., 2014). Nesse sentido, uma das principais estratégias de intervenção utilizada tem sido a transmissão de informações de caráter preventivo, que visa promover comportamentos sexuais saudáveis. No entanto, estudos têm indicado a falta de efetividade dessas ações, especialmente por não considerarem os contextos sociais, familiares e afetivos dos adolescentes (Moura et al., 2013; Spencer et al., 2012).

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) emitiu um relatório intitulado “Health for the World Adolescent” que sinalizou a necessidade de os países investirem em estratégias de saúde para essa população, visto que a maior causa de mortes nessa fase estava relacionada ao contágio por HIV/Aids e outros comportamentos de risco, como acidentes com veículos automotores e comportamentos suicidas (OMS, 2014). No Brasil, o Boletim Epidemiológico de 2017 mostrou uma tendência de aumento da contaminação por HIV/Aids especialmente entre meninos de 15 a 19 anos, sendo que a taxa passou de 2,4 para 6,7 casos a cada 100 mil habitantes nos últimos dez anos (Brasil, 2017). Nessa mesma direção, a última Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas - PCAP (Brasil, 2013) evidenciou que os entrevistados de 15 a 24 anos apresentaram uma média de 73,1% de respostas corretas sobre as formas de transmissão e de prevenção do HIV. Mesmo assim, apenas 61% utilizaram preservativo em sua primeira relação sexual, ao passo que esse número caiu para 35,1% nas relações com o parceiro fixo e 58,8% ao se considerar

a última relação sexual com parceiro casual. Os dados da PCAP ainda apontaram para a queda no uso de preservativo quando comparado a amostra da mesma pesquisa em 2004 e também a diminuição do uso de preservativo conforme a maior idade do participante e o tipo de relação conjugal, sendo as relações estáveis consideradas de maior risco para o uso inconsistente (Brasil, 2013). Esses dados evidenciam a necessidade de maior entendimento sobre fatores de risco envolvidos nas relações sexuais de adolescentes.

Os principais comportamentos de risco sexual investigados na literatura têm sido o uso inconsistente de preservativo e o início de relação sexual precoce, anterior aos 15 anos (Espada et al., 2014; Dallo & Martins, 2018; Ruiz et al., 2015). O não uso de preservativo em alguma das suas relações expõe o adolescente a IST ou gestações não desejadas. Já a iniciação sexual precoce tem sido investigada dentro do quadro de risco sexual por entender-se que quanto menor a idade, maior a imaturidade emocional e menor a percepção de risco e das consequências de seus atos, o que tornaria os adolescentes mais vulneráveis a influência do grupo (Cruzeiro et al., 2008; González, Montero, Martínez, Mena, & Varas, 2010; Espada et al., 2014; Siegel et al., 2014).

Diante disso, é importante considerar que o risco envolve outros fatores além do acesso a informação e características próprias da adolescência. Por exemplo, em contextos de maior vulnerabilidade social, o acesso aos serviços de saúde e educação, que costumam ser mais precários, determinam possibilidades diferentes para um indivíduo se expor a risco, quando comparado a contextos socioeconômicos mais favorecidos. Os resultados apresentados pelo projeto GRAVAD (Gravidez na Adolescência: Estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil), realizado nas cidades de Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador com 4.634 jovens de 18 a 24 anos, em 2002, indicaram que quanto mais precoce a iniciação sexual, menor o uso de preservativo na primeira e última relação sexual. Além disso, também se constatou a sua associação com

a menor escolaridade materna, para ambos os sexos, evidenciando o caráter contextual do desfecho (Teixeira et al., 2006).

Assim, o contexto familiar é importante para os comportamentos relacionados à saúde, já que os adolescentes ainda apresentam características de dependência. A presença de supervisão parental adequada, entendida como aquela que não exceda extremos de controle ou negligência, aliado a possibilidade de diálogo entre pais e filhos reflete no autocuidado adolescente em relação a sua saúde geral. Por outro lado, quando os adolescentes enfrentam rigidez na busca de autonomia, falta de apoio emocional e dificuldades na comunicação com os pais, o risco de atividade sexual prematura e vinculada a riscos tende a ser maior (Guilano-Ramos et al., 2013; Lavielle-Sotomayor et al., 2014; Siegel et al., 2014; Wang et al., 2013).

Nesse sentido, o conceito de suporte familiar pode ser definido como uma conjunção de fatores que incluem o incentivo a autonomia, afeto, cooperação, organização de regras familiares, entre outros. Esse aspecto se mostrou associado a comportamentos de risco e qualidade da saúde mental de estudantes universitários no estudo de Souza, Baptista e Baptista (2010) com 1755 universitários paulistas. Os resultados apresentaram associação significativa entre a baixa percepção de suporte familiar, maior índice de transtornos mentais comuns e maior frequência de comportamentos sexuais de risco, autolesivos e carência de atividades de lazer (Souza et al., 2010).

Além da associação com o contexto familiar, alguns estudos têm destacado que os comportamentos de risco em saúde entre adolescentes podem ocorrer simultaneamente, por exemplo, a exposição a risco sexual pode se associar ao uso de substâncias e condutas delinquentes (Alvez, Zappe, & Dell'Aglio, 2015; Moura, Tores, Cadete, & Cunha, 2018; Wang et al., 2013). Segundo esse entendimento, o

comportamento que se mostra mais consistentemente associado ao risco sexual é o uso de substâncias lícitas e ilícitas, como tabaco, álcool, maconha e outras drogas (Zappe & Dell’Aglío, 2016). O consumo dessas substâncias tem sido associado ao início sexual precoce (González et al., 2010; Ruiz et al., 2015) e uso inconsistente de preservativo (Oliveira-Campos et al., 2014). Além disso, se mostrou relacionado a fatores do contexto como a maior vulnerabilidade social e percepções negativas dos relacionamentos familiares (Dallo & Martins, 2018; Zappe & Dell’Aglío, 2016).

Frente ao exposto, a adolescência precisa ser compreendida como uma etapa na qual ocorrem muitas experimentações, ou seja, é esperado que o adolescente se engaje em atitudes arriscadas, que poderão ter ou não um desfecho prejudicial para a sua saúde (Alves, Zappe, & Dell’Aglío, 2015). Como visto, a adesão a medidas preventivas não depende somente de características individuais e escolhas pessoais dos jovens, mas estão associadas a uma série de outros fatores contextuais. Apesar de os estudos mostrarem que a difusão de informações de caráter preventivo promova o aumento do conhecimento sobre o uso do preservativo, tal ação não ocorre de maneira consistente e tende a variar conforme os estratos sociais (Brasil, 2013; Teixeira et al., 2006). Portanto, o objetivo do presente estudo foi investigar a associação entre iniciação sexual na adolescência e fatores individuais (sexo, idade, escolaridade, histórico de reprovação escolar, religião e uso de drogas lícitas e ilícitas) e contextuais (configuração familiar, suporte familiar, nível socioeconômico da família, escolaridade dos pais e acesso a informação sobre sexo e sexualidade). Adicionalmente, entre os adolescentes que já tinham iniciado sua vida sexual, buscou-se examinar a associação entre os fatores individuais e contextuais com o início sexual precoce e o uso inconsistente de preservativos. Espera-se que os dados possam auxiliar a identificar fatores de risco e proteção que podem ser contemplados em estratégias de promoção de saúde na adolescência, visando sua maior efetividade.

Método

Delineamento

Tratou-se de um estudo de observacional analítico (Grimes & Shulz, 2002) de corte transversal e abordagem quantitativa, que buscou investigar associação entre iniciação sexual na adolescência e fatores individuais e contextuais, assim como examinar a associação destas com o início sexual precoce e o uso inconsistente de preservativo entre aqueles que já haviam iniciado sua vida sexual.

Participantes

A amostra foi acessada por conveniência em quatro escolas estaduais da cidade de Porto Alegre/RS e duas escolas municipais de São Leopoldo/RS. Como critérios de inclusão, os adolescentes deveriam estar cursando entre o 6º e 9º ano do ensino fundamental e não poderiam ter idade superior aos 18 anos. Aproximadamente 1000 alunos foram acessados e receberam o Termo de consentimentos para participar da pesquisa. Das 256 autorizações que retornaram, foram excluídos da pesquisa os adolescentes que apresentaram necessidades educativas especiais (n=3). Assim, participaram 253 adolescentes (61% meninas e 39% meninos), com idade média de 13,67 (DP = 1,54), sendo metade em cada uma das cidades em que ocorreu a coleta. A maioria dos adolescentes (52,8%) tinha nível socioeconômico médio superior (B1 e B2), seguido de médio inferior (37,7%; C1 e C2), segundo o Critério Brasil¹.

Destaca-se que o número de participantes foi estimado de acordo com os critérios propostos por Hair, Black, Babin, Andreson e Thatam (2009) para análises de regressão,

¹ Estimativa de renda domiciliar mensal para os estratos socioeconômicos. A (R\$ 20.272,56), B1 (R\$ 8.695,88), B2 (R\$4.427,36), C1 (R\$ 2.409, 01), C2 (R\$ 1.446, 24) e D (R\$639,78).

os quais consideram que o tamanho desejável da amostra compreenda de 15 a 20 sujeitos para cada variável independente considerada. Sendo assim, para este estudo a amostra mínima deveria ser de 225 participantes, considerando as variáveis sexo, idade, escolaridade, histórico de reprovação escolar, religião, uso de drogas lícitas e ilícitas, configuração familiar, suporte familiar (avaliado por meio de três dimensões: afetivo-consistente, adaptação familiar, e autonomia familiar), nível socioeconômico da família, escolaridade dos pais e acesso a informação sobre sexo e sexualidade.

Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

Os adolescentes participantes responderam a um Questionário de Dados Sociodemográficos e Comportamentos Sexuais (cópia do instrumento no Apêndice A), que foi desenvolvido pelas autoras, para investigar aspectos socioeconômicos, conhecimento sobre sexualidade, comportamento sexual, conhecimento e acesso a programas de educação sexual e comunicação sobre sexualidade no ambiente familiar e escolar. Este foi avaliado por meio de um estudo piloto com cerca de 10% do número total de participantes, que possibilitou revisar e aprimorar as questões para obtenção dos dados. Os participantes também responderam ao Inventário de Percepção e Suporte Familiar- IPSF (Baptista, 2009), instrumento desenvolvido no Brasil, com formato autoaplicado e composto por 42 itens que avaliam três dimensões do suporte familiar. A dimensão afetivo-consistente contém 21 itens e evidencia as relações afetivas positivas intrafamiliares, incluindo a avaliação do interesse pelo outro, expressão verbal e não verbal de carinho, clareza nos papéis, respeito as regras familiares e habilidade nas estratégias de enfrentamento de situações problemáticas ($\alpha = 0,91$). A dimensão adaptação familiar, constituída de 13 itens, abarca a percepção de sentimentos e comportamentos negativos em relação à família, tais como raiva, isolamento,

agressividade, vergonha, percepção de competição e culpabilidade entre os membros ($\alpha = 0,90$). Essa dimensão é pontuada inversamente, logo quanto maior a pontuação menor os sentimentos de isolamento, relações agressivas, incompreensão, entre outros. Por fim, a dimensão autonomia familiar é composta por oito itens que avaliam a percepção de autonomia que o indivíduo tem de sua família, o que denota relações de confiança, privacidade e liberdade entre os membros ($\alpha = 0,78$).

Procedimentos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos, sob CAEE nº 66618717.9.0000.5344. Todos os princípios e cuidados éticos necessários à pesquisa com seres humanos foram atendidos conforme a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Obteve-se anuência da Secretaria Municipal de Educação de São Leopoldo (SMED) e da Secretaria da Educação do Estado do Rio Grande do Sul (SEDUC) que indicaram três das escolas acessadas, sendo as demais selecionadas em função da facilidade de acesso geográfico. A partir do aceite das escolas (cópia do documento no Apêndice C), o projeto foi apresentado às equipes pedagógicas, que sugeriram os melhores horários para acessar os alunos na instituição. Os alunos somente participaram da pesquisa mediante ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por um responsável, os quais eram enviados e devolvidos por eles próprios (cópia do documento no Apêndice D). Os adolescentes também assinaram um Termo de Assentimento (cópia do documento no Apêndice E), no qual constava os objetivos de pesquisa e as demais explicações referentes ao sigilo e direito de desistência, permitindo a compreensão pelos mesmos da natureza do estudo.

Procedimentos de análise de dados

O presente estudo teve como desfecho principal de interesse a iniciação sexual na adolescência, que foi aferida a partir da pergunta “você já teve relações sexuais?”. Dentre o grupo de adolescentes que referiu já ter tido relações sexuais ($n = 80$), foram investigados dois desfechos, a saber: início sexual precoce, entendido como ter tido relações sexuais antes dos 15 anos ($n = 54$) e o uso inconsistente de preservativos nas relações sexuais, definido a partir do não uso na última relação sexual e/ou na primeira ($n = 32$). Como variáveis de associação com os três desfechos descritos foram investigados fatores individuais (sexo, idade, escolaridade, histórico de reprovação escolar, religião e uso de drogas lícitas e ilícitas) e contextuais (configuração familiar, suporte familiar, nível socioeconômico da família, escolaridade dos pais e acesso a informação sobre sexo e sexualidade). Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* versão 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA, 2008) para Windows, sendo que para critérios de decisão estatística adotou-se o nível de significância de 5%.

Inicialmente, foram obtidas as frequências absolutas (n) e relativas (%), bem como as medidas de tendência central e dispersão (média e desvio padrão) de todas as variáveis consideradas. Posteriormente, se prosseguiu com as análises bivariadas. Para análise das variáveis para cada desfecho foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2) ou o Exato de Fisher, assim como o Mann-Whitney, considerando se eram categóricas ou contínuas.

Posteriormente, foi realizada a análise de Regressão Logística Binária multivariada para o desfecho já teve ou não relações sexuais, sendo que todas as variáveis com valores de $p < 0,20$ nas análises bivariadas foram incluídas no modelo. Foi usado o método Backward condicional a partir do modelo inicial, em que a estimativa de razão de chance e valor-p apresentados foram ajustados para as variáveis que compuseram cada

etapa dos modelos gerados. Para avaliar a qualidade do ajuste do modelo final, foram considerados os valores de R² de Nagelkerk e de Hosmer-Lemeshow. A probabilidade de entrada gradual das variáveis ao modelo foi de 0,05 e para a remoção de 0,10. Sobre o ponto de corte a significância foi de 0,50 para o máximo de 20 interações. Níveis de significância inferiores a 0,01 foram considerados significativos com base no critério de Bonferroni. Como estimativa da medida de efeito, foi utilizado o *Odds Ratio* (OR) bruto e o intervalo de confiança de 95% (IC95%). Destaca-se que não foi possível testar modelos de regressão com os desfechos início sexual precoce e uso inconsistente de preservativo, devido ao pequeno número de participantes que relataram essas situações entre aqueles que já tinham tido relações sexuais.

Resultados

Os resultados estão apresentados em duas partes. A Parte I concentrou as análises de associação entre iniciação sexual na adolescência e fatores individuais (sexo, idade, escolaridade, histórico de reprovação escolar, religião e uso de drogas lícitas e ilícitas) e contextuais (configuração familiar, suporte familiar, nível socioeconômico da família, escolaridade dos pais e acesso a informação sobre sexo e sexualidade). Já na Parte II, priorizou-se apenas os adolescentes que já tinha iniciado sua vida sexual e expõem-se as análises de associação entre os fatores individuais e contextuais com os comportamentos de risco: início sexual precoce (anterior aos 15 anos) e o uso inconsistente de preservativos.

Parte I: Iniciação sexual na adolescência e fatores individuais e contextuais associados

A amostra total foi composta por 253 adolescentes, com predomínio do sexo feminino (60,9%). A participação conforme ano escolar foi bem distribuída, sendo que o ano que mais participou foi o 7º (29,6%). A maioria dos adolescentes nunca haviam repetido de ano (61,3%), tinham religião, mas não se consideravam praticantes (49%).

Na investigação do uso de drogas lícitas e ilícitas, o consumo de álcool ganhou destaque com 43,1% dos adolescentes relatando o seu uso. Essa porcentagem indica um fator de risco à saúde, visto que os participantes têm utilização e venda de bebidas alcoólicas proibida por lei devido à idade apresentada. O uso de cigarro e drogas ilícitas foi relatado por 10,3%.

No que diz respeito aos relacionamentos sexuais, 80 deles já haviam tido relações (44 meninas e 36 meninos), representando 31,6% da amostra. A média de idade de início da vida sexual foi de 13,6 anos (DP=1,33). A média específica das meninas foi de 13,7 (DP = 1,3) anos, enquanto a dos meninos de 13,45 (DP = 1,2). A frequência mensal de relações sexuais era de uma vez ou menos por mês (72,8%). No tocante às práticas sexuais, os participantes podiam assinalar mais de uma questão, assim o sexo vaginal foi a prática mais referida (85,9%), seguida do sexo oral (59%), masturbação mútua (21,8%), sexo anal (20,5%) e sexo com mais de uma pessoa (5,1%).

A porcentagem de alunos que já haviam tido relação sexual aumentou conforme a maior escolaridade, sendo que a maioria esteve concentrada no 9º ano (45,8%; n = 33) [$\chi^2_{(3)} = 11,68; p = 0,009$]. O fato de o estudante ter repetido de ano, seja uma (32,5%; n = 26), duas (22,5%; n = 18) ou três vezes (13,8%; n = 11) se mostrou significativamente associado a já ter iniciado sua vida sexual [$\chi^2_{(3)} = 53,07; p = 0,00$].

O uso de bebida alcoólica [$\chi^2_{(1)} = 38,72; p = 0,00$], de cigarro [$\chi^2_{(1)} = 11,07; p = 0,00$] e uso de drogas [$\chi^2_{(1)} = 15,27; p = 0,00$] também se mostraram significativamente associados aos adolescentes do grupo com iniciação sexual. A Tabela 1 apresenta as frequências

absoluta, relativa e a comparação das variáveis individuais relativas ao desfecho ter tido relação sexual.

Tabela 1.
 Frequências Absoluta e Relativa e Comparações entre Adolescentes com e sem Iniciação Sexual com Relação aos Fatores Individuais (N=253; teste de Qui-quadrado e de Fischer)

Fatores individuais	Iniciação Sexual						p
	Total		Sim		Não		
Sexo	n	%	n	%	n	%	
Meninos	99	39,1	36	45	63	36,4	0,19
Meninas	154	60,9	44	55	110	63,3	
Escolaridade							
6º ano	37	14,6	6	7,5	31	17,9	0,01*
7º ano	75	29,6	20	25	55	31,8	
8º ano	69	27,3	21	26,3	48	27,7	
9º ano	72	28,5	33	41,3	39	22,5	
Reprovação escolar							
Nunca repetiu	155	61,3	25	31,3	130	75,1	0,00*
Repetiu 1 vez	57	22,5	26	32,5	31	17,9	
Repetiu 2 vezes	28	11,1	18	22,5	10	5,8	
Repetiu 3 vezes ou mais	13	5,1	11	13,8	2	1,2	
Religião							
Sim, praticante	78	30,8	23	28,8	55	31,8	0,88
Sim, não praticante	124	49	40	50	84	48,6	
Não	51	20,2	17	21,3	34	19,7	
Bebidas alcoólicas							
Não	142	56,6	22	27,8	120	69,8	0,00*
Sim	109	43,1	57	72,2	52	30,2	
Cigarro							
Não	226	89,7	64	80	162	94,2	0,00*
Sim	26	10,3	16	20	10	5,8	
Drogas ilícitas							
Não	227	89,7	63	78,8	164	94,8	0,00*
Sim	26	10,3	17	21,3	9	5,2	

Nota. *Teste Qui-quadrado. **Teste Exato de Fischer

No tocante aos fatores contextuais, o nível socioeconômico da amostra se concentrou no estrato médio (B2 = 31,1%, C1 = 27% e B1 = 21,7%). A escolaridade das mães e dos pais era, em sua maioria, referente ao nível superior completo (32,7% e 30,9%, respectivamente). A configuração familiar nuclear, composta por pai, mãe e filhos, representou 38,5% da amostra. A família ampliada, formada por outros familiares, além dos pais, ocupou a segunda posição com 22,2%. Já as famílias monoparentais,

constituídas apenas pela mãe e filhos ou pelo pai e filhos, representaram 20,2% da amostra. Por fim, as famílias recasadas, caracterizadas pela segunda união de um dos pais, totalizaram 19% da amostra.

Quanto ao suporte familiar percebido, considerando suas três dimensões, constatou-se que a maioria dos adolescentes percebia seu suporte familiar total como baixo (36,7%). Cabe destacar, no entanto, que esse resultado deve ser analisado considerando que a amostra foi composta por menores de 18 anos, sendo esperado que a dimensão autonomia mostrasse resultados baixos, o que afeta consequentemente o resultado total. Sendo assim, as dimensões foram consideradas individualmente nas análises de associação. Por fim, os participantes relataram que recebiam informações sobre sexo e sexualidade, tanto da família quanto da escola (75,5%).

As análises associativas mostraram relação significativa entre os adolescentes que já haviam tido relações sexuais com configuração familiar ampliada (28,8%; n = 23), enquanto os que não haviam, com família nuclear em 45,3% dos casos (n = 78) [$\chi^2_{(3)} = 10,91$; p = 0,012]. Também houve associação entre já ter tido relação sexual e percepção médio-alta (22,5%; n = 18) e alta (10%; n = 8) de autonomia familiar [$\chi^2_{(3)} = 16,82$; p = 0,001]. Na Tabela 2 apresentam-se as frequências absoluta, relativa e a comparação das variáveis contextuais relativas ao desfecho ter tido relação sexual.

Tabela 2.
Frequências Absoluta e Relativa e Comparações entre Adolescentes com e sem Iniciação Sexual com Relação aos Fatores Contextuais (N=253; testes de Qui-quadrado, Fischer e Mann-Whitney)

Fatores contextuais	Iniciação Sexual						p
	Total		Sim		Não		
Nível socioeconômico	n	%	n	%	n	%	
A	17	7	7	8,9	10	6,1	0,35
B1	53	21,7	12	15,2	41	24,8	
B2	76	31,1	24	30,4	52	31,5	
C1	66	27,0	26	32,9	40	24,2	
C2	26	10,7	7	8,9	19	11,5	
D	6	2,5	3	3,8	3	1,8	

Escolaridade da mãe							
Fundamental incompleto	42	16,7	20	25,6	22	13,2	0,13
Fundamental completo	30	12,2	11	14,1	19	11,4	
Médio incompleto	22	9	8	10,3	14	8,4	
Médio completo	49	20,0	13	16,7	36	21,6	
Superior incompleto	22	9	7	9	15	9	
Superior completo	80	32,7	19	24,4	61	36,5	
Escolaridade do pai							
Fundamental incompleto	47	19,3	18	25	29	18	0,17
Fundamental completo	29	12,4	11	15,3	18	11,2	
Médio incompleto	10	4,3	5	6,9	5	3,1	
Médio completo	55	23,6	12	16,7	43	26,7	
Superior incompleto	20	8,6	8	11,1	12	7,5	
Superior completo	72	30,9	18	25	54	33,5	
Configuração familiar							
Nuclear	97	38,5	19	23,8	78	45,3	0,01*
Ampliada	56	22,2	23	28,8	33	19,2	
Monoparental	51	20,2	20	25	31	18	
Recasadas	48	19	18	22,5	30	17,4	
Suporte familiar							
Afetivo-consistente							
Baixo	66	26,3	26	32,5	40	23,4	0,15***
Médio Baixo	53	21,1	15	18,8	38	22,2	
Médio Alto	74	29,5	22	27,5	52	30,4	
Alto	58	23,1	17	21,3	41	24	
Adaptação							
Baixo	76	30,3	30	37,5	46	26,9	0,07***
Médio Baixo	70	27,9	25	31,3	45	26,3	
Médio Alto	59	23,5	17	21,3	42	24,6	
Alto	46	18,3	8	10	38	22,2	
Autonomia							
Baixo	106	42,2	24	30	82	48	0,00***
Médio Baixo	92	36,7	30	37,5	62	36,3	
Médio Alto	43	17,1	18	22,5	25	14,6	
Alto	10	4	8	10	2	1,2	
Suporte Familiar Total							
Baixo	92	36,7	31	38,8	61	35,7	0,45
Médio Baixo	62	24,7	19	23,8	43	25,1	
Médio Alto	62	24,7	21	26,3	41	24	
Alto	35	13,9	9	11,3	26	15,2	
Acesso a informação sobre sexualidade na escola							
Não	62	24,5	21	33,9	41	30,9	0,66
Sim	191	75,5	59	66,1	132	69,1	
Acesso a informação sobre sexualidade na família							
Não	62	24,5	13	21	49	35,3	0,09
Sim	191	75,5	67	79	123	64,7	

Nota. *Teste Qui-quadrado. **Teste Exato de Fischer. *** Mann-Whitney

Para verificar junto aos fatores individuais e contextuais investigados quais contribuíam e em que extensão eram capazes de explicar os comportamentos de início sexual, foi realizada a Análise de Regressão Logística Binária Multivariada, apropriada

para situações nas quais a variável dependente é categórica (dicotômica), assumindo dois possíveis resultados: já teve relações sexuais - não (0) e sim (1).

Para compor o modelo multivariado inicial, foram consideradas como variáveis explicativas aquelas que apresentaram nível mínimo de significância igual ou inferior a $p \leq 0,20$ (Hosmer & Lemeshow, 2000) na análise bivariada (Qui-quadrado, Fischer e Mann-Whitney). Foram elencadas as seguintes variáveis: sexo ($p = 0,19$), reprovação escolar ($p = 0,00$); bebida alcoólica ($p = 0,00$), tabaco ($p = 0,00$), drogas ($p = 0,00$); escolaridade da mãe ($p = 0,13$), escolaridade do pai ($p = 0,17$), configuração familiar ($p = 0,01$), dimensão afetivo-consistente ($p = 0,15$), dimensão adaptação ($p = 0,07$), dimensão autonomia ($p = 0,00$), informação sobre sexo e sexualidade advinda da família ($p = 0,09$).

Os resultados do modelo final estão apresentados na Tabela 3. Dessa forma, ter tido uma [OR: 3,39; IC95%: 1,43 – 8,06] ou duas reprovações escolares [OR: 5,24; IC95%: 1,57 – 17,56] explicaram de modo importante a iniciação sexual, assim como o uso de bebida alcoólica, que aumentou em 2,90 vezes (IC95%: 1,35 – 6,25) a probabilidade de ter tido relações sexuais.

Dentre os fatores contextuais, a configuração familiar permaneceu representativa no modelo final, apontando que as configurações monoparental [OR: 2,79; IC95%: 1,04 – 7,54] e ampliada [OR: 5,21; IC95%: 1,99 – 13,67] implicaram em maior chance de iniciação sexual entre os adolescentes. No que se refere ao suporte familiar, a dimensão afetivo-consistente se mostrou como fator de proteção [OR: 0,94; IC95%: 0,89 – 0,99] e a autonomia como fator de risco [OR: 1,28; IC95%: 1,11 – 1,47] para a iniciação sexual.

Foram constatados bons indicadores com relação à adequação do modelo de regressão. Os testes *Cox e Snell* apontaram que o modelo final explicou 35,2% das variações no desfecho iniciação sexual, corroborando a estimativa de *Nagelkerke* que indicou que o modelo explicou 49,4% das variações observadas. O Teste de *Hosmer e*

Lemeshow não foi significativo [$\chi^2_{(8)} = 8,45; p = 0,39$], indicando que não houve diferenças significativas entre as estimativas do modelo e as classificações reais da amostra. Por fim, na matriz de confusão o total de acertos foi de 81,3%, considerando que o modelo final classificou corretamente 62,7% dos casos que já haviam tido relações sexuais e 90,0% dos casos em que a resposta foi negativa.

Tabela 3.
Regressão Logística para Associações entre Iniciação Sexual e Fatores Individuais e Contextuais (N=253)

Modelo final	Coeficiente de regressão			Odds Ratio	Odds Ratio Ajustado	
	B _{bruto}	S.E.	Sig.		OR	IC95% Acima
Uso bebida alcoólica	1,06	0,39	0,01	2,90	1,34	6,24
Reprovação escolar						
Uma vez	1,22	0,44	0,01	3,39	1,42	8,06
Duas vezes	1,65	0,61	0,01	5,24	1,56	17,56
Três vezes ou mais	1,86	0,99	0,06	6,46	0,91	45,51
Configuração familiar						
Monoparental	1,02	0,50	0,04	2,79	1,03	7,53
Ampliada	1,65	0,49	0,00	5,21	1,98	13,67
Recasadas	0,77	0,54	0,15	2,17	0,75	6,25
Suporte familiar						
Afetivo Consistente	-0,06	0,02	0,01	0,94	0,89	0,99
Autonomia	0,24	0,07	0,00	1,27	1,10	1,47
Constante	-8,30	2,40	0,001	0,00		

Parte II: Início sexual precoce e uso inconsistente de preservativo

Foram realizadas análises utilizando o teste Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher buscando examinar as associações entre início sexual precoce (n = 54), definido como ter transado antes dos 15 anos, e o uso inconsistente de preservativo (n = 32) com os fatores individuais (Tabela 4) e contextuais (Tabela 5).

O total de 54 adolescentes (29 meninas e 25 meninos) compuseram a variável início sexual precoce representando 67,5% da amostra que já havia tido relações (n = 80). Para identificar a possível relação de início sexual precoce como um comportamento de risco sexual, foi realizada uma análise bivariada deste desfecho com uso inconsistente de

Sim, praticante	19	35,2	2	14,3	0,66	11	34,4	12	26,1	0,58
Sim, não praticante	26	48,1	9	64,3		16	50	23	50	
Não	9	16,7	3	21,4		5	15,5	11	23,9	
Bebidas alcoólicas										
Não	15	27,8	4	28,6	0,00**	7	21,9	14	31,1	0,37
Sim	39	72,2	10	71,4		25	78,1	31	68,9	
Cigarro										
Não	43	79,6	10	71,4	0,00**	22	68,8	41	89,1	0,02*
Sim	11	20,4	4	28,6		10	31,3	5	10,9	
Drogas ilícitas										
Não	44	81,5	9	64,3	0,00**	22	68,8	40	87	0,05*
Sim	10	18,5	5	35,7		10	31,3	6	13	

Nota. *Teste Qui-quadrado. **Teste Exato de Fischer.

Dentre os fatores contextuais, evidenciou-se que a iniciação sexual precoce se associou a configuração familiar ampliada [$\chi^2_{(6)} = 12,75$; $p = 0,035$] e com maiores escores na dimensão autonomia do suporte familiar [$\chi^2_{(6)} = 24,42$; $p < 0,001$]. Nos demais fatores contextuais não foram verificadas associações com o uso inconsistente de preservativo.

Tabela 5.

Frequências Absoluta e Relativa da Iniciação Sexual Precoce e Uso Inconsistente de Preservativo e sua Relação com Fatores Contextuais (N=80; teste de Qui-quadrado e de Fischer)

Fatores Contextuais	Iniciação sexual precoce					Uso inconsistente de preservativo				
	Sim		Não			Sim		Não		
Nível socioeconômico	n	%	n	%		n	%	n	%	
A	5	9,4	2	14,3	0,83	3	9,4	3	6,7	0,39
B1	10	18,9	2	14,3		4	12,5	8	17,8	
B2	16	30,2	3	21,4		6	18,8	17	37,8	
C1	14	26,4	5	35,7		14	43,8	12	26,7	
C2	6	11,3	1	7,1		4	12,5	3	6,7	
D	2	3,8	1	7,1		1	3,1	2	4,4	
Escolaridade da mãe										
Fundamental incompleto	11	21,2	5	35,7	0,74	6	19,4	14	31,1	0,14
Fundamental completo	6	11,5	1	7,1		4	12,9	7	15,6	
Médio incompleto	6	11,5	1	7,1		5	16,1	3	6,7	
Médio completo	10	19,2	2	14,3		7	22,6	6	13,3	
Superior incompleto	5	9,6	1	7,1		5	16,1	2	4,4	
Superior completo	14	26,9	1	7,1		4	12,9	13	28,9	
Escolaridade do pai										
Fundamental incompleto	13	26,5	2	14,3	0,66	9	30	9	22,5	0,66
Fundamental completo	7	14,3	3	21,4		3	10	8	20	
Médio incompleto	4	8,2	0	0		2	6,7	3	7,5	
Médio completo	8	16,3	3	21,4		6	20	5	12,5	
Superior incompleto	4	8,2	2	14,3		2	6,7	6	15	
Superior completo	13	26,5	4	28,6		8	26,7	9	22,5	

Configuração familiar	F	%	F	%	<i>p</i>	F	%	F	%	<i>p</i>
Nuclear	14	25,9	2	14,3	0,04**	8	25	10	21,7	0,98
Ampliada	18	33,3	3	21,4		9	28,1	13	28,3	
Monoparental	12	22,2	6	42,9		8	25	12	26,1	
Recasadas	10	18,5	3	21,4		7	21,9	11	23,9	
Suporte familiar										
Afetivo-consistente					0,93					0,47
Baixo	16	29,6	3	21,4		9	28,1	16	34,8	
Médio Baixo	8	14,8	3	21,4		7	21,9	8	17,4	
Médio Alto	17	31,5	5	35,7		11	34,4	10	21,7	
Alto	13	24,1	3	21,4		5	15,6	12	26,1	
Adaptação					0,15					0,16
Baixo	22	40,7	4	28,6		14	43,8	15	32,6	
Médio Baixo	15	27,8	7	50		12	37,5	12	26,1	
Médio Alto	11	20,4	2	14,3		5	15,6	12	26,1	
Alto	6	11,1	1	7,1		1	3,1	7	15,2	
Autonomia					0,0**					0,91
Baixo	16	29,6	2	14,3		9	28,1	14	30,4	
Médio Baixo	19	35,2	7	50		11	34,4	18	39,1	
Médio Alto	14	25,9	2	14,3		8	25	10	21,7	
Alto	5	9,3	3	21,4		4	12,5	4	8,7	
Suporte Familiar Total										
Baixo	20		4	28,6	0,95	13	40,6	17	37	0,34
		37,1								
Médio Baixo	12	22,2	4	28,6		10	31,3	9	19,6	
Médio Alto	16	29,6	4	28,6		5	15,6	15	32,6	
Alto	6	11,1	2	14,3		4	12,5	5	10,9	
Acesso a informação sobre sexualidade na escola										
Não	16	29,6	1	7,1	0,22	7	21,9	14	30,4	0,40
Sim	38	70,4	13	92,9		25	78,1	32	69,6	
Acesso a informação sobre sexualidade na família										
Não	7	13	2	14,3	0,19	7	21,9	6	13	0,30
Sim	47	87	12	85,7		25	78,1	40	87	

Nota. *Teste Qui-quadrado. **Teste Exato de Fischer

Discussão

O presente estudo visou avaliar a associação entre fatores individuais e contextuais com a iniciação sexual na adolescência, especificamente com início sexual precoce, anterior aos 15 anos, e o uso inconsistente de preservativo, os quais são apontados pela literatura como associados a riscos para saúde (Dallo & Martins, 2018; Espada et al., 2014; Teixeira et al., 2006). Os resultados demonstraram que os adolescentes que já tinham tido relações sexuais apresentaram como fator de risco o maior uso de bebidas alcólicas e de reprovação escolar, pertenciam às configurações familiares monoparental ou ampliada e tinham maior percepção de autonomia em relação a sua

família. Já como fatores de proteção, observou-se a percepção de afeto positivo intrafamiliar e pertencer a uma configuração familiar nuclear. Cabe destacar, que neste estudo, a idade da primeira relação sexual não diferenciou situações de maior vulnerabilidade, ao contrário do que indicaram alguns estudos que relacionam o sexo anterior aos 15 anos ao menor uso de preservativo (Espada et al., 2014). A única diferença observada entre o grupo que já havia iniciado sua vida sexual foi que os adolescentes que tiveram sua primeira relação antes dos 15 anos pertenciam mais a configuração familiar ampliada, enquanto que os que tiveram sua primeira relação após os 15 anos, a famílias monoparentais. No entanto, esses dados devem ser ponderados em novos estudos que investiguem amplamente as composições familiares a fim de não as caracterizar, isoladamente, como um fator que levaria o adolescente a se colocar em risco.

Especificamente em relação aos fatores individuais analisados, os resultados corroboram os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) (IBGE, 2016), que indicou que a maior escolaridade está associada com a iniciação sexual, o que era previsto. A média de idade na primeira relação sexual também foi semelhante a outros estudos brasileiros, reforçando que o início sexual tem ocorrido, aproximadamente, aos 15 anos (Dallo & Martins, 2018; Oliveria et al., 2014; Silva, Lourdes, Barroso, & Guedes, 2015), o que parece não ser representativo somente do Brasil, já que estudos internacionais também reportado o mesmo dado (Espada et al., 2014; Ruiz et al., 2015; Young, Burke, & Gabhainn, 2018).

Nesse sentido, o que geralmente se discute quando se investiga a iniciação sexual na adolescência são as relações entre características individuais e práticas sexuais. Por exemplo, parece ser mais comum o fato de os meninos iniciarem mais precocemente sua vida sexual e terem mais parceiros ao longo da vida, comparado às meninas (Cruzeiro et al., 2008; Moura et al., 2013; Oliveira et al., 2014; Puente et al., 2011; Silva et al., 2015).

Isso poderia ser um indicativo de que o sexo do participante é um fator de risco para agravos em saúde. Inclusive, analisando os dados do Boletim Epidemiológico de 2017 (Brasil, 2017), nos últimos dez anos houve um incremento de detecção de casos de HIV em homens de 15 a 29 anos e os com mais de 60 anos. Já entre as mulheres, observou-se queda de casos detectados, com exceção daqueles que tinham entre 15 a 19 anos e mais de 60 anos (Brasil, 2017). Apesar disso, no presente estudo não se encontraram diferenças relacionadas ao sexo para nenhuma das variáveis investigadas e a idade de iniciação sexual foi semelhante entre meninos (13,45 anos) e meninas (13,7 anos). Em contrapartida, nos achados da PeNSE, mais meninas (68,7%) do que meninos (56,8%) relataram já terem tido relações sexuais (Brasil, 2017). Essas divergências evidenciam a necessidade de incluir variáveis adicionais nas investigações sobre a sexualidade adolescente.

Estudos têm apontando que os comportamentos de risco sexual tendem a ocorrer em conjunto com outros, destacando-se a associação entre risco sexual e uso de substâncias lícitas e ilícitas (Alves, Zappe, & Dell’Aglia, 2015; Bertoni et al., 2009; Dallo & Martins, 2018; Puente et al., 2011; Zappe & Dell’Aglia, 2016). Tais achados foram corroborados pelos dados do presente estudo, que evidenciou alto consumo de bebida alcoólica e sua relação com a iniciação sexual, independentemente da idade da primeira relação. Além disso, o uso de cigarro e drogas ilícitas também se relacionou ao uso inconsistente de preservativo, sendo as únicas variáveis associadas a esse desfecho. Assim, as substâncias lícitas e ilícitas se configuraram como importantes preditores dos comportamentos de risco avaliados (Cruzeiro et al., 2008; Bertoni et al., 2009).

Tais evidências são alarmantes uma vez que a literatura tem mostrado altos índices de uso de bebida alcoólica por adolescentes (Bertoni et al., 2009; Dallo & Martins, 2018; IBGE, 2016). A preocupação consiste no desenvolvimento de dependência química e

doenças associadas ao alcoolismo na fase adulta (Colder, Shyhalla, & Frndak, 2018), além da ocorrência concomitante com outros comportamentos de risco, como uso de drogas, exposição sexual e manifestação de comportamentos delinquentes e autolesivos (Cruzeiro et al., 2008; Dallo & Martins, 2018; Sasaki et al., 2015). Considerando que a venda de bebidas alcoólicas é proibida por lei para menores de 18 anos, seria importante refletir sobre o acesso a substância e as práticas parentais permissivas com relação ao uso de álcool (Colder et al., 2018).

Nessa direção, contemplou-se a investigação da influência do suporte familiar. A partir desse conceito, famílias afetivo-consistentes seriam aquelas que demonstrariam maior habilidade no enfrentamento de situações problemáticas, expressão verbal ou não verbal de afeto, interesse pelos outros e clareza em relação aos papéis desempenhados pelos membros e regras da família em geral (Souza et al., 2010). Portanto, níveis mais altos desse domínio se mostraram como um fator que retardaria a iniciação sexual. É plausível supor que os adolescentes que percebem tais características em suas famílias tenham maior liberdade para dialogar sobre suas experiências afetivas e sexuais e, conseqüentemente, optem por aguardar um momento de maior segurança e maturidade para iniciarem sua vida sexual (Sasaki et al., 2015). O papel protetor da família já havia sido indicado por outros estudos que mostraram que ambientes com maior expressão de afeto, comunicação e união, nos quais os papéis dos membros são bem definidos, havendo equilíbrio entre limite e autonomia, associam-se ao menor engajamento dos filhos em situações de risco sexual, delinquência, comportamento autolesivo e uso de drogas (Siegel et al., 2014; Souza, Baptista & Baptista, 2010; Wang, 2013).

A autonomia percebida pelos adolescentes também se mostrou associada, mas como fator de risco para a iniciação sexual e a precocidade da iniciação sexual entre os adolescentes do presente estudo. Este construto diz respeito ao grau de confiança,

privacidade e liberdade entre os membros da família (Souza et al., 2010). Desse modo, os adolescentes que se percebem com maior autonomia da família são aqueles que também se veem com mais liberdade para tomar decisões, como, por exemplo, sair de casa quando desejam. No entanto, considerando a fase da adolescência, níveis mais baixos de autonomia familiar são vistos como protetivos, já que os jovens ainda necessitam de certo grau de controle parental e supervisão de seus atos e experiências (Wang et al., 2013).

Entretanto, sabe-se que não é apenas o maior controle parental que vai determinar a menor vulnerabilidade dos filhos. Por exemplo, em um estudo longitudinal com 913 escolares de New Providence/Bahamas, o menor monitoramento parental, relativo ao conhecimento que os pais têm sobre as atividades dos seus filhos, aliado a imposição de regras e a iniciativa do adolescente em comunicar aos pais suas atividades, mostrou-se preditor de comportamentos delinquentes e uso de substâncias (Wang et al., 2013). No entanto, o mesmo fator parental não foi associado ao comportamento sexual. Para este último desfecho, o estudo encontrou como preditor a comunicação, sendo que adolescentes que percebiam maior facilidade de conversar com os pais e maior honestidade nesses diálogos reportaram menores índices de comportamentos sexuais de risco. Piores indicadores de comunicação também se associaram aos outros riscos como uso de substâncias e comportamento delinquente, evidenciando a importância desse fator para a saúde dos adolescentes (Wang, 2013). Tomados em conjunto, tais dados sugerem que as dimensões afetivo-consistente e autonomia familiar indicam diferentes dinâmicas familiares com relação à iniciação sexual. Seria importante que futuros estudos investigassem a existência de padrões de suporte familiar, caracterizando-os como fatores de proteção ou de risco, avaliando como podem afetar o comportamento sexual dos adolescentes.

Outra característica familiar relacionada à iniciação sexual foi a configuração familiar. As famílias monoparentais e ampliadas se associaram ao início sexual e, esta última, ao início sexual anterior aos 15 anos, corroborando achados da literatura (Cruzeiro et al., 2008; Ruiz et al., 2015; Sasaki et al., 2015; Silva et al., 2015). Embora se entenda que a configuração familiar por si só não define ambientes menos favoráveis ao desenvolvimento dos filhos, não se pode desconsiderar que, conforme sua composição e especificidades, ela indique situações de maior vulnerabilidade social. Na última década, no Brasil, as configurações familiares têm sofrido modificações decorrentes da queda da fecundidade e do fato de a mulher estar cada vez mais presente no mercado de trabalho, o que leva a construção de novos arranjos (IBGE, 2015), muitos deles ainda pouco estudados, como é o caso das famílias ampliadas. Em função disso, seria necessário conhecer de que forma a existência de outros indivíduos na família, com grau de parentesco ou não, poderiam estar afetando a dinâmica de educação sexual do adolescente (McGoldrick, Gerson, & Petry, 2012).

Particularmente, as configurações monoparentais são, em sua maioria, caracterizadas por mulheres com seus filhos (IBGE, 2015). Os desafios mais comuns encontrados nesse arranjo dizem respeito a falta de apoio emocional e social para o desempenho do papel parental, já que, na maioria das vezes, o responsável pelo adolescente necessita administrar as tarefas do lar, do emprego e também da educação dos filhos. Nesse sentido, os filhos tendem a ser autônomos mais precocemente (Andreson, 2016; Verza, 2017). Tais características, como já indicado, se associam com a iniciação sexual e maior exposição a risco.

Em oposição ao encontrado no presente estudo, a literatura indica a escolaridade dos pais, principalmente das mães, como um fator preditor de comportamentos de saúde dos adolescentes (Cruzeiro et al., 2010), bem como as variáveis socioeconômicas

(Portugal & Alberto, 2015). No estudo de Cruzeiro et al. (2010), com 960 adolescentes de Pelotas, a maior escolaridade da mãe foi um fator de proteção para o uso de preservativo nas meninas. Na maioria das vezes, a maior escolaridade dos pais está atrelada a níveis socioeconômicos mais altos, o que parece influenciar na percepção positiva de confiança, partilha de situações problemáticas e qualidade comunicacional entre pais e filhos (Portugal & Alberto, 2015). Inclusive, a reprovação escolar, associada no presente estudo com já ter tido relações sexuais e com precocidade, tende a ser mais comum em ambientes em que há menor escolaridade dos pais e supervisão parental, bem como relações entre familiares percebidas como negativas ou hostis (Mahendra, Donelli, & Marin, 2018).

Especificamente sobre o uso de preservativo, o comportamento que se mostra mais consistente na literatura para explica-lo diz respeito ao fato de seu uso declinar ao longo do desenvolvimento da vida sexual e também em relações estáveis (Brasil, 2011; Bertoni et al., 2009; Dallo & Martins, 2018; Oliveira et al., 2014; Teixeira et al., 2006). Tais achados aquiescem os apresentados, uma vez que o uso de preservativos na primeira relação sexual foi maior do que na última entre os adolescentes investigados. Nesse sentido, constata-se que o engajamento em um relacionamento estável, a confiança no parceiro e a pressão do grupo de pares, podem modular a decisão do adolescente em relação a sua sexualidade (Bertoni et al., 2009; González, Montero, Martínez, Mena, & Varas, 2010; Moura et al., 2013). Esses motivos denotam o caráter relacional que existe na tomada de decisão individual, o que sugere a necessidade de estratégias de educação sexual que trabalhem temas que ultrapassem o estudo da anatomia e aparelho reprodutivo, comum nas escolas, aliando as famílias a essa discussão para promoção da saúde de crianças e adolescentes (Furlanetto, et al., 2018; Moura et al., 2013; Spencer et al., 2012).

A educação sexual recebida na família e na escola não foi profundamente avaliada neste estudo, a ponto de esclarecer como pode influenciar os comportamentos sexuais dos adolescentes. No entanto, o acesso a informações sobre sexo e sexualidade em ambos contextos, apesar de referido pela maioria, não se associou a um menor engajamento em comportamento sexual de risco. Nessa direção, outros estudos têm evidenciado a falta de relação entre o conhecimento de atitudes e práticas preventivas para o HIV/Aids e o uso consistente de preservativo (Brasil, 2013; Moura et al., 2013; Silva et al., 2015), o que sugere que a informação não é suficiente para a abstenção ao risco e que outros fatores, como os investigados neste estudo, devem ser contemplados pelas estratégias de saúde voltadas aos adolescentes. Por exemplo, faz-se importante considerar o significado e o sentido atribuído aos relacionamentos afetivos, a experiência de autonomia da família e as escolhas particulares com as quais o adolescente se depara ao longo de seu desenvolvimento. Assim, poder-se-á promover uma cultura de autocuidado, que inclua cuidados físicos para evitar a aquisição de doenças, mas também cuidados emocionais e relativos às pessoas com quem se relaciona (Furlani, 2011).

Considerações finais

A experiência sexual entre adolescentes tem sido alvo de preocupações, já que a associação com comportamentos de risco costuma ser identificada nos estudos da área, sendo que muitos apontam para a idade de início das relações como um fator preocupante. No entanto, há divergências entre os resultados encontrados, sendo que neste estudo a precocidade da relação sexual não foi um diferencial importante para a maior exposição a riscos. De modo geral, identificaram-se situações de risco similares entre adolescentes que haviam iniciado sua vida sexual antes ou depois dos 15 anos, diferenciando-se

daqueles que ainda não haviam tido a experiência, sendo que estes fatores também estavam relacionados a características familiares.

A percepção de maior autonomia do adolescente apareceu como um fator de risco, o que denota que apesar da necessidade de as famílias autorizarem a experimentação de seus filhos, esta precisa ocorrer sob a supervisão dos pais e amparada em uma relação de afeto. Assim, entende-se que analisar a exposição a risco como um fator meramente individual, no sentido de que o adolescente fez uma escolha errada e teve um resultado negativo, significa não considerar o extenso potencial explicativo das características dos contextos em que está inserido, nos quais aprendem e desenvolvem sua identidade sexual.

Por isso, sugere-se a extensão de temas trabalhados nas estratégias de educação sexual que ultrapassem o foco meramente informativo e preventivo e busquem a promoção da saúde, contemplando assuntos de interesse dos adolescentes relacionados as suas experiências sexuais. Tais estratégias devem contemplar também as famílias, que podem aprender formas de exercer seu papel preventivo e protetor de saúde. Além disso, cabe destacar a necessidade de maior atenção ao uso de substâncias, principalmente o álcool, que se mostrou bastante difundido nesse estudo e em outros que tem investigado o tema.

Em relação a futuros estudos que investiguem as práticas sexuais na adolescência, é importante considerar a inclusão de um intervalo maior de idade, o que possibilitaria avaliar a consolidação de trajetórias de risco concernentes ao comportamento sexual manifesto a partir da adolescência. Por fim, as limitações do presente estudo devem ser assinaladas. Houve um número pequeno de adolescentes que já haviam tido relações sexuais, o que impossibilitou análises mais expressivas para os desfechos iniciação sexual precoce e uso inconsistente de preservativo. Também pode ser considerado um limitador o fato de os questionários terem sido preenchidos somente pelos adolescentes, sem a

participação dos pais, já que algumas vezes eles não sabiam responder ao certo o estrato socioeconômico de suas famílias e a escolaridade de seus responsáveis, o que pode ter gerado algum viés nessas variáveis, que comumente são relacionadas a uma maior vulnerabilidade dos filhos. Apesar disso, acredita-se que os dados revelaram a importância da investigação conjunta de fatores individuais e contextuais para melhor entendimento dos comportamentos sexuais na adolescência.

Referências

- Alves, C.F., Zappe, J.G., & Dell'Aglio, D.D. (2015). Índice de comportamentos de risco: construção e análise das propriedades psicométricas. *Estudos de Psicologia Campinas*, 32(3), 371-382.
- Anderson, C.M. (2016). A diversidade, pontos fortes e desafios das famílias monoparentais. In F. Walsh, *Processos Normativos da Família: diversidade e complexidade*. (pp.128-149). Porto Alegre: Artmed.
- Baptista, M.N. (2009). *Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF)*. São Paulo: Vetor.
- Bertoni, N., Bastos, F.I., Mello, M.B., Makuch, M.Y., Sousa, M.H., Osis, M.J., & Faúndes, A. (2009). Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(6), 1350-1360. doi: 10.1590/S0102-311X2009000600017
- Boisvert, I., Boislard, M.A., & Poulin, F. (2017). Early sexual onset and alcohol use and misuse from adolescence into young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 46(6), 514-520.
- Brasil (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira*. Retrieved from <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/pesquisa-de-conhecimentos-atitudes-e-praticas-na-populacao-brasileira-pcap-2013>
- Brasil (2017). Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico Aids e DST*. Retrieved from <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaids-2017>

- Colder, C.R., Shyhalla, K., & Frndk, S.T. (2018). Early alcohol use whit parental permission: psychosocial characteristics and drinking in late adolescence. *Addictive Behaviors*, 76, 82-87. doi: 10.1016/j.addbeh.2017.07.030
- Cruzeiro, A.L.S., Souza, L.D.M., Silva, R.A., Horta, B.L., Muenzer, R.M., Faria, A.D., & Pinheiro, R.T. (2008). Iniciação sexual entre adolescentes de Pelotas, Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Desenvolvimento e Crescimento Humano*, 18(2), 116-125.
- Cruzeiro, A.L.S., Souza, L.D.M., Silva, R.A., Pinheiro, R.T., Rocha, C.L.A., & Horta, B.L. (2010). Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 1149-1158. doi: 10.1590/S1413-81232010000700023
- Dallo, L., & Martins, R.A. (2018). Associação entre as condutas de risco do uso de álcool e sexo desprotegido em adolescentes numa cidade do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 303-314. doi: 10.1590/1413-81232018231.14282015
- Espada, J.P., Morales, A., & Orgilés, M. (2014). Riesgo sexual en adolescentes según la edad de debut sexual. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1), 53-60.
- Furlani, J. (2011). *Educação sexual na sala de aula: relações de gênero, orientação sexual e igualdade étnico-racial numa proposta de respeito às diferenças*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- González, E., Montero, A., Martínez, V., Mena, P., & Varas, M. (2010). Percepciones y experiencias del inicio sexual desde una perspectiva de género, en adolescentes consultantes en un centro universitario de salud sexual y reproductiva. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 75(2), 84-90. doi: 10.4067/S0717-75262010000200002
- Grimes, D.A., & Shulz, K.F. (2002). An overview of clinical research: the lay of the land. *The Lancet*, 359, 57-61. doi: 10.1016/S0140-6736(02)07283-5

- Guilamo-Ramos, V., Bouris, A., Lee, J., McCarthy, K., Michael, S.L., Pitt-Barnes, S., & Dittus, P. (2012). Paternal influences on adolescents sexual risk behaviors: A structured literature review. *Pediatrics*, 130(5), 1313-1325.
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., Anderson, R.E., & Tatham, R.L. (6ed.). (2009). *Análise multivariada dos dados*. Porto Alegre: Bookman.
- Hosmer, D.W., & Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression*. New York: John Wiley & Sons.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2015). *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população Brasileira: 2015*. Rio de Janeiro. Retrieved from <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2016). *Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar: 2015*. Rio de Janeiro. Retrieved from <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>.
- Lavielle-Sotomayor, P., Jiménez-Valdez, F., Vázquez-Rodríguez, A., Aguirre-García, M.C., Castillo-Trejo, M., & Veja-Mendoza, S. (2014). Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(1), 38-43.
- Mahendra, F., Donelli, T.M.S., Marin, A.H. (2018). Compreendendo o ambiente familiar no contexto da reprovação escolar de adolescentes. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 1(11), 45-60.
- McGoldrick, M, Gerson, R., & Petry, S. (2012). Interpretação da estrutura familiar. In M. McGoldrick, R. Gerson, & S. Petry, *Genogramas: avaliação e intervenção familiar* (pp. 115-119). Porto alegre, RS: Artmed.

- Miozzo, L., Dalberto, E.R., Silveira, D.X., & Terra, M.B. (2013). Consumo de substâncias psicoativas em uma amostra de adolescentes e sua relação com o comportamento sexual. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(2), 93-100.
- Moura, L.R., Lamounier, J.R., Guimarães, P.R., Duarte, J.M., Beling, M.T.C., Pinto, J.A., Goulart, E.M.A., & Grillo, C.F.C. (2013). A lacuna entre o conhecimento sobre o HIV/AIDS e o comportamento sexual: uma investigação com adolescentes de Vespasiano, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 29(5), 1008-1018. doi: 10.1590/S0102-311X2013000500018
- Moura, L.R., Torres, L.M., Cadete, M.M.M., & Cunha, C.F. (2018). Fatores associados aos comportamentos de risco à saúde entre adolescentes brasileiros: uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 52, 1-11.
- Oliveira, N.P., Béria, J.U., & Schermann, L.B. (2014). Sexualidade na adolescência: um estudo com escolares da cidade de Manaus/AM. *Aletheia*, 43(44), 129-146.
- Oliveira-Campos, M., Nunes, M.L., Madeira, F.C., Santos, M.G., Bregmann, S.R., Malta, D.C., Giatti, L., & Barreto, S.M. (2014). Sexual behavior among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 17(1), 116-130. doi: [10.1590/1809-4503201400050010](https://doi.org/10.1590/1809-4503201400050010)
- Organização Mundial da Saúde (2014). *Health for the world's adolescents. A second chance in the second decade*. Retrieved from http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary.pdf.
- Portugal, A.P.M., & Alberto, I.M.M. (2015). Caracterização da comunicação entre progenitores e filhos adolescentes: estudo das variáveis sócio-demográficas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1389-1400. doi: 10.1590/1413-81232015205.13222014
- Puente, D., Zabaleta, E., Rodríguez-Blanco, T., Cabanas, M., Monteagudo, M., Pueyo, M.J., Jané, M., Mestre, N., Mercader, M., & Bolívar, B. (2011). Gender differences in

- sexual risk behavior among adolescents in Catalonia, Spain. *Gaceta Sanitaria*, 25(1), 13-9. doi: 10.1016/j.gaceta.2010.07.012
- Ruiz, P. R., Molinero, L.R., Miguelsanz, J.M.M., Rodriguez, V.C. (2015). Factores de riesgo de la precocidade sexual en adolescentes. *Revista Pediatria Atencion Primaria*, 17, 127-136.
- Sasaki, R.S.A., Leles, C.R., Matla, D.C., Sardinha, L.M.V., & Freire, M.C.M. (2015). Prevalência de relação sexual e fatores associados em adolescentes escolares de Goiânia, Goiás, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 95-104. doi: 10.1590/1413-81232014201.06332014
- Siegel, K., Lekas, H.M., de Ramjohn, D., Schrimshaw, E.W., & VanDevanter, N. (2014). Early life circumstances as contributors to HIV infection. *Social Work in Health Care*, 53(9), 969-993. doi: 10.1080/00981389.2014.931321
- Silva, G.S., Lourdes, L.A., Barroso, K.A., & Guedes, H.M. (2015). Comportamento sexual de adolescentes escolares. *Revista Mineira de Enfermagem*, 19(1), 154-160. doi: 10.5935/1415-2762.20150013
- Spencer, G., Doull, M., & Shoveller, J.A. (2012). Examining the concept of choice in sexual health interventions for young people. *Youth & Society*, 46(6), 1-23. doi: 10.1177/0044118X12451277
- Souza, M.S., Baptista, A.S.D., & Baptista, M.N. (2010). Relação entre suporte familiar, saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários. *Acta Colombiana de Psicologia*, 13(1), 143-154.
- Teixeira, A.M.F.B., Knauth, D.R., Fachel, J.M.G., & Leal, A.F. (2006). Adolescentes e o uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(7), 1385-1396. doi: 10.1590/S0102-311X2006000700004

- Verza, F. (2017). Configurações familiares monoparentais femininas. In: Strey, M.N., & Souza, N.A. P. (Orgs.). *Corpo e relações de gênero na contemporaneidade*. Porto Alegre: Edipucrs.
- Zappe, J.G. & Dell’Aglia, D.D. (2016). Variáveis pessoais e contextuais associadas a comportamentos de risco em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(1), 44-52.
- Wang, B., Stanton, B., Li, X., Cottrell, L., Deveaux, & Kaljee, L. (2013). The influence of parental monitoring and parente-adolescent communication on Bahamian adolescent risk involvement: a three-year longitudinal examination. *Social Science & Medicine*, 97, 161-169. doi: [10.1016/j.socscimed.2013.08.013](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.08.013)
- Young, H., Burke, L., & Gabhainn, S.N. (2018). Sexual intercourse, age of initiation and contraception among adolescents in Ireland: findings from the health behaviour in school-aged children Ireland study. *BMC Public Health*, 18(1), 362. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5217-z>

Seção II– Estudo empírico

Acesso e qualidade da informação recebida sobre sexo e sexualidade na perspectiva adolescente

Resumo

O presente estudo, de delineamento explanatório sequencial, corte transversal e abordagem mista, buscou caracterizar o acesso e a qualidade da informação recebida sobre sexo e sexualidade nos contextos familiar e escolar a partir da perspectiva de adolescentes. Os participantes foram adolescentes do 6º ao 9º ano do ensino fundamental de duas escolas de São Leopoldo e quatro de Porto Alegre. Na etapa quantitativa, 253 jovens responderam ao Questionário de Dados Sociodemográficos e Comportamentos Sexuais, enquanto que na etapa qualitativa foram realizados três grupos focais em três escolas. Os dados foram analisados estatisticamente e por análise temática, destacando-se dois grandes temas de discussão: fontes e limites de acesso às informações sobre sexo e sexualidade e vieses da comunicação. Os resultados identificaram que 80 adolescentes já haviam tido iniciação sexual (55% meninas e 45% meninos) quando tinham, em média 13,7 anos (DP=1,33), sendo que o uso inconsistente de preservativo foi relatado por 40%. Em relação ao acesso e qualidade das informações recebidas, o ambiente familiar foi identificado como o principal contexto de referência, no entanto os adolescentes demonstraram preferência de que se ampliassem as atividades de educação sexual na escola, mesmo que atualmente a avaliassem negativamente. Os relatos dos grupos focais também apontaram a presença de atitudes sexistas e homofóbicas nos contextos educacionais. Por fim, destaca-se a necessidade de investimento em capacitação de

profissionais para a realização da educação sexual na escola, visando atender não somente os adolescentes, mas também suas famílias.

Palavras-chave: educação sexual, adolescentes, habilidades na comunicação

**Access and quality of information received on sex and sexuality from the
adolescent perspective**

Abstract

The present study, with a sequential explanatory delineation, cross - sectional and mixed approach, sought to characterize the access and quality of information received about sex and sexuality in family and school contexts from the perspective of adolescents. The participants were adolescents from the 6th to the 9th year of elementary school in two schools in São Leopoldo and four in Porto Alegre. In the quantitative phase, 253 young people answered the Questionnaire on Socio-demographic Data and Sexual Behaviors, while in the qualitative stage three focus groups were carried out in three schools. The data were analyzed statistically and by thematic analysis, highlighting two main topics of discussion: sources and limits of access to information about sex and sexuality and communication biases. The results showed that 80 adolescents had sexual initiation (55% girls and 45% boys) when they had, on average, 13.7 years ($SD = 1.33$). Inconsistent use of condoms was reported by 40%. Regarding the access and quality of the information received, the family environment was identified as the main reference context, however the adolescents showed a preference for expanding sex education activities in the school, even if they currently evaluated it negatively. Focus group reports also pointed to the presence of sexist and homophobic attitudes in educational contexts. Finally, the need to invest in training professionals to carry out sex education in school is highlighted, in order to serve not only adolescents, but also their families.

Key-works: sex education, adolescents, communication skills.

Introdução

A adolescência é uma etapa do ciclo vital reconhecida por suas mudanças biológicas, psicológicas e sociais. Mesmo considerando as particularidades de cada cultura, geralmente, há consenso de que esta fase se caracteriza pela crescente autonomia em relação à família, sendo comum ocorrer as primeiras experiências sexuais (Cerqueira-Santos, Neto & Koller, 2014; Portugal & Alberto, 2015). Nesse sentido, o jovem necessita colocar em prática as orientações que recebeu de seus familiares e de outros contextos educacionais para que possa garantir sua saúde sexual e reprodutiva (Preto, 2011).

As preocupações relativas à vivência sexual dos adolescentes consistem, principalmente, no risco de contaminação por doenças infecciosas e gestações não planejadas, tema para o qual têm sido direcionado grande parte dos estudos produzidos (González, Montero, Martínez, Mena, & Varas, 2010; Siegel et al., 2014; Teixeira et al., 2006). Nesse sentido, a imaturidade emocional, a necessidade de reforço social pelos pares, a busca de experiências gratificantes e o comportamento desafiador são entendidos como aspectos que podem influenciar negativamente a tomada de decisão dos adolescentes para prevenção em sua saúde sexual (Gomez-Zapiain, Ortiz, & Eceiza, 2016). No entanto, também existem riscos emocionais implicados nos relacionamentos, como a violência física e psicológica, que vão além das questões individuais do adolescente, já que estão atrelados a determinantes sociais (Cerqueira-Santos et al., 2014; Sevilla & Orcasita, 2014). Por exemplo, a nível individual, a violência doméstica faz mais vítimas mulheres do que homens. No entanto, existe um determinante social e cultural envolvido, que promove ou significa dinâmicas desiguais de acesso e exercício dos direitos sexuais entre os gêneros (Cerqueira-Santos et al., 2014; Spencer, Doull, & Shoveller, 2012). Assim, faz-se importante conhecer as particularidades dos contextos

que participam da formação de conhecimento, valores e crenças em relação à sexualidade de adolescentes, em que se destaca a educação sexual recebida, particularmente, nos ambientes familiar e escolar (Ew, Conz, Sombrio, Farias, & Rocha, 2017; Savegnago & Arpini, 2016).

A educação sexual pode ser compreendida como um processo permanente de ensino e aprendizagem sobre a sexualidade humana, seja de maneira formal ou informal (Werebe, 1995). A educação formal desenvolve-se no âmbito do sistema educativo de maneira intencional, comprometida com uma didática sistemática, ancorada em pressupostos científicos e orientada para o crescimento do conhecimento por parte de quem aprende. Já a educação sexual informal é um processo global, que ocorre de forma deliberada desde o nascimento, a partir das experiências do cotidiano, por meio da comunicação e transmissão de valores do contexto social e familiar, com repercussão direta ou indireta sobre a vida dos sujeitos (Werebe, 1995).

A família pode ser considerada o principal contexto educativo na formação e desenvolvimento de opiniões e comportamentos relacionados à sexualidade do ser humano. É no âmbito familiar que serão transmitidas, de distintas formas, as primeiras noções e valores associados à sexualidade, mesmo que não explicitamente (Preto, 2011; Werebe, 1995). Contudo, estudos apontam importantes dificuldades para abordar a temática com os filhos/as, que incluem o sentimento de constrangimento, o desconhecimento sobre como e quando conversar sobre o assunto e barreiras colocadas pelas suas próprias vivências sexuais, que podem ter sido mais repressoras em sua geração (Savegnago & Arpini, 2016; Seloilwe, Magowe, Dithole, & Lawrence, 2015; Sevilla & Orcasita, 2014). Ademais, também é preciso destacar a influência de fatores sociais e culturais, que implicam em uma grande diversidade na forma de ensinar os filhos/as noções de sexualidade e em como lidam com a prática sexual na adolescência. Pessoas

de classes socioeconômicas altas e de contextos urbanos tendem a ter maiores níveis de educação e avaliarem sua comunicação sobre sexualidade na família com maior qualidade do que nos contextos rurais e de baixo nível socioeconômico (Portugal & Alberto, 2015; Preto, 2011).

Nesse sentido, a educação sexual escolar poderia oferecer aos alunos, desde a infância, espaços de aprendizagem comprometidos com uma cultura de prevenção e promoção da saúde sexual e também com atitudes coletivas de respeito às distintas formas de se relacionar, pautando-se pela ótica da garantia dos direitos humanos, mais especificamente dos direitos sexuais e reprodutivos (Furlani, 2011; Gava & Villela, 2016). Todavia, no Brasil, há dificuldades para implementação da educação sexual, não somente por parte dos profissionais da escola, mas também por falta de apoio político. Assim, frequentemente ela tem sido reduzida ao estudo da fisiologia humana e do aparelho reprodutivo (Furlanetto, Lauermann, Costa & Marin, 2018; Vieira & Matsukura, 2017).

A partir da década de 90, o desenvolvimento de políticas públicas de incentivo à educação sexual na escola passou a fortalecer a responsabilidade do Estado em promover o desenvolvimento de habilidades necessárias aos adolescentes para alcançarem autonomia e garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. Entretanto, ainda pouco se observa a efetividade da implementação destas práticas (Marcon, Prudêncio, & Gesser, 2016; Moraes & Vitale, 2015). Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2016, 87,3% dos escolares do 9º ano do ensino fundamental tem acesso a informações sobre sexualidade na escola, considerando a oferta de informações sobre infecções sexualmente transmissíveis (IST), gravidez e características sexuais fisiológicas dos sexos (IBGE, 2016). Em contraposição a esses dados, recentemente, o movimento “Escola sem Partido” preconizou que as discussões sobre gênero e orientação

sexual na escola fossem impedidas por entender que esta seria uma forma de doutrinação política e ideológica (Gava & Villela, 2016; Colling, 2017). Entretanto, não poder dialogar livremente sobre sexo e sexualidade na escola se configura como um retrocesso, uma vez que casos de violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes estão associados à impossibilidade de discussão e pensamento crítico acerca das maneiras com que a cultura heteronormativa interfere nos papéis de gênero desempenhados por homens e mulheres (Figueiró, 2010; Fontes, Conceição, & Machado, 2017).

Atualmente, discute-se que comportamentos sexuais associados a desfechos negativos, como aquisição de IST e gestações não planejadas, não estão relacionados apenas ao fato de ter ou não recebido informações sobre prevenção (Moura et al., 2013). Uma experiência mais saudável da sexualidade na adolescência também é influenciada por aspectos como preconceito, desigualdades nas relações de gênero e características próprias da adolescência, assim como aspectos contextuais, como nível socioeconômico, suporte familiar e a cultura na qual o sujeito está inserido (Moura et al., 2013; Spencer, Doull, & Shoveller, 2012; Wang et al., 2013). Por fim, faz-se importante pontuar que a vivência da sexualidade na adolescência não se resume ao ato sexual propriamente dito. Ela integra os relacionamentos afetivos, as vivências sociais mais amplas, as noções de coletividade, relações de gênero e de poder, entre outros aspectos que serão relevantes para as experiências futuras. A forma como ocorre o desenvolvimento da aprendizagem sexual terá impacto nas vivências adultas posteriores, nas relações profissionais, no autocuidado em saúde e nas noções sobre cidadania (Louro, 2015; Werebe, 1995). Assim, compreendendo a formação da identidade sexual como um processo amplo e contínuo, entende-se que se faz necessário avaliar o acesso e a qualidade da informação sobre sexo e sexualidade nos contextos familiar e escolar na perspectiva de adolescentes.

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo de delineamento explanatório sequencial (Creswel, 2007) de corte transversal e abordagem mista, que buscou caracterizar o acesso e a qualidade da informação sobre sexo e sexualidade nos contextos familiar e escolar na perspectiva de adolescentes.

Participantes

Para etapa quantitativa, a amostra foi acessada por conveniência. Como critério de inclusão, os adolescentes deveriam estar cursando entre o 6º e 9º ano do ensino fundamental e não poderiam ter idade superior aos 18 anos. Foram excluídos da pesquisa os adolescentes que apresentaram necessidades educativas especiais (n = 3). Assim, participaram 253 adolescentes, com idade média de com idade média de 13,67 (DP = 1,54; 61% meninas e 39% meninos). Eles estavam matriculados em duas escolas municipais de São Leopoldo (n = 127) e quatro escolas estaduais de Porto Alegre (n = 126), cidades da região metropolitana do estado do Rio Grande do Sul. Em relação à classificação socioeconômica dos participantes, segundo o Critério Brasil², a maioria pertencia ao estrato médio, a saber: B2 (31,1%), seguido do C1 (27%), B1 (21,7%), C2 (10,7%), A (7%) e D (2,5%).

Para a etapa qualitativa, a proposta de realização dos grupos focais com os adolescentes foi apresentada a todas as escolas participantes, mas apenas três aceitaram: duas da cidade de São Leopoldo (E1 e E2), localizadas respectivamente nas regiões leste e centro, e uma de Porto Alegre (E3), localizada na região central. Conforme permissão

²Estimativa de renda domiciliar mensal para os estratos socioeconômicos: A (R\$ 20.272,56), B1 (R\$ 8.695,88), B2 (R\$ 4.427,36), C1 (R\$ 2.409,01), C2 (R\$ 1.446,24) e D (R\$ 639,78).

da direção, os adolescentes foram convidados durante o período de aula a participarem da atividade. Foi agendado, com aqueles que aceitaram, um dia e horário específicos para a realização do grupo na escola. Assim, na E1 participaram doze alunos do 9º ano, sendo cinco meninos e sete meninas, já na E2, foram quatro alunos do 7º ano e o restante do 8º ano, sendo um menino e sete meninas. Por fim, na E3 participaram oito alunos do 9º ano, quatro meninos e quatro meninas. Foi pré-requisito para participação nos grupos que o adolescente tivesse participado da etapa quantitativa e aceitasse continuar participando do estudo.

Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, todos os participantes responderam a um Questionário de dados Sociodemográficos e Comportamentos Sexuais (cópia do instrumento no Apêndice A), desenvolvido pelas autoras, para caracterização sociodemográfica do adolescente e sua família, assim como para investigar o conhecimento sobre sexualidade, comportamento sexual, informação e acesso a programas de educação sexual e comunicação sobre sexualidade no ambiente familiar e escolar. Este instrumento foi avaliado por meio de um estudo piloto com cerca de 10% do número total de participantes, que possibilitou revisar e aprimorar as questões para obtenção dos dados. A aplicação foi feita pela primeira autora, que é psicóloga, além de bolsistas de iniciação científica, graduandas do curso de psicologia, devidamente treinadas. A aplicação dos instrumentos durava, em média, 30 minutos.

Após, formaram-se os grupos focais, realizados em três das escolas. Eles também foram conduzidos pela primeira autora, com o auxílio de uma moderadora que era uma bolsista de iniciação científica treinada para esse fim. Seguiu-se um roteiro semiestruturado que abordava aspectos referentes a comportamentos sexuais, educação

sexual e diálogos sobre sexo e sexualidade (cópia do instrumento no Apêndice B). Todos os encontros foram gravados em áudio e vídeo e tiveram duração média de 50 minutos cada.

Procedimentos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos, sob CAEE nº 66618717.9.0000.5344. Todos os princípios e cuidados éticos necessários à pesquisa com seres humanos foram atendidos, conforme a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Obteve-se anuência da Secretaria Municipal de Educação de São Leopoldo (SMED) e da Secretaria da Educação do Estado do Rio Grande do Sul (SEDUC). A primeira indicou as duas escolas acessadas e, a segunda, sugeriu uma escola por julgar a relevância de investigar a temática com os seus alunos. Já as demais foram selecionadas por conveniência, em função da facilidade de acesso geográfico. A partir do aceite das escolas convidadas (cópia do documento no Apêndice C), o projeto foi apresentado às equipes pedagógicas, que sugeriram os melhores horários para acessar os alunos na escola. Eles participaram da pesquisa mediante ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, cópia do documento no Apêndice D) assinado por um responsável, os quais eram enviados e devolvidos por eles próprios. Os adolescentes também assinaram um Termo de Assentimento (cópia do documento no Apêndice E), no qual constava os objetivos de pesquisa e as demais explicações referentes ao sigilo e direito de desistência, permitindo a compreensão pelos mesmos da natureza do estudo.

Procedimentos de análise de dados

Os dados do questionário foram analisados quantitativamente, considerando suas distribuições absoluta (n) e relativa (%), bem como as medidas de tendência central e dispersão (média e desvio padrão). Já o material produzido nos grupos focais foi examinado por meio da análise temática indutiva, considerando a linguagem verbal e não verbal dos participantes. Os temas foram definidos a partir dos assuntos abordados, considerando os objetivos do estudo (Gibbs, 2009; Braun & Clarke, 2006).

Para familiarização com o material foi feita uma primeira leitura flutuante. Posteriormente, os relatos foram lidos diversas vezes e reunidos em grandes temas, observados de modo recorrente em todas as entrevistas. Foi utilizado o software NVivo para organização dos temas, que foram discutidos com base na literatura e nos relatos obtidos (Braun & Clarke, 2006). Os temas foram definidos a partir dos assuntos abordados, considerando os objetivos do estudo, conforme a Tabela 1.

Tabela 1.

Temas e Categorias de Análise

Temas	Categorias
Fontes e limites de acesso às informações sobre sexo e sexualidade	Família Amigos e mídias Escola
Vieses da comunicação	Sexismo e Homofobia

Resultados e Discussão

Inicialmente, faz-se importante caracterizar os adolescentes participantes em relação ao seu comportamento sexual. Dentre os 253, 80 já haviam tido iniciação sexual (55% meninas e 45% meninos) quando tinham, em média 13,6 anos (DP=1,33), sendo que 40% deles (17 meninas e 15 meninos) relatou não ter usado preservativo na primeira ou última relação sexual que haviam tido. A idade de iniciação sexual anterior aos 15 anos é considerada precoce e tem sido identificada tanto na literatura nacional quanto internacional como associada a maiores chances do não uso do preservativo, o que pode

implicar o contágio por IST ou gestações não planejadas (Teixeira et al., 2006; Siegel et al., 2014).

Nesse sentido, uma das estratégias públicas de enfrentamento do HIV/Aids tem sido proporcionar informações a respeito da forma de contágio, a fim de que as pessoas possam conhecer os riscos implicados nas relações sexuais e analisar se há necessidade de mudança em suas práticas sexuais (Moura et al., 2013). A Tabela 2 descreve as fontes de acesso, a qualidade da informação recebida pelos adolescentes e a percepção quanto ao seu nível de conhecimento.

Tabela 2.
Frequência Absoluta e Relativa das Resposta sobre Acesso e Qualidade da Informação sobre Sexo e Sexualidade (N = 253)

	n	%
Como considera seu nível de conhecimento sobre sexo e sexualidade?		
Muito baixo/Baixo	46	18,2
Médio	102	40,3
Bom/Excelente	105	41,5
Como obteve as primeiras informações?		
Família	108	42,7
Amigos	79	31,2
Internet	70	27,7
Escola	51	20,2
Com quem se sente confortável para conversar ou tirar dúvidas?		
Família	125	49,4
Amigo	115	45,5
Internet	55	21,7
Profissionais escola	11	4,3
Informações sobre sexo e sexualidade na Família		
Avaliação da qualidade informação		
Ruim/Fraco	120	47,4
Médio	32	12,6
Bom/Excelente	101	39,9
Gostaria de falar mais?		
Sim	96	37,9
Não	157	62,1
Informações sobre sexo e sexualidade na Escola		
Avaliação da qualidade informação		
Ruim/Fraco	115	45,5
Médio	61	24,1
Bom/Excelente	77	30,4
Gostaria de falar mais?		
Sim	189	75,6
Não	61	24,1

Como pode ser identificado acima, grande parte dos adolescentes acreditavam que tinham um nível de conhecimento médio ou então bom à excelente sobre sexo e sexualidade. Na Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP), de 2013, do Ministério da Saúde, foram entrevistados 3.142 jovens de 15 à 24 anos. O percentual médio de respostas corretas sobre o conhecimento das formas de transmissão e prevenção do HIV foi de 73,1%, mesmo assim apenas 19,9% relataram uso de preservativo em todas relações sexuais com parceiros fixos e 58,8% com parceiros casuais (Brasil, 2013). A mesma discrepância entre o conhecimento e práticas sexuais foi encontrada em outros estudos, o que sugerem a necessidade de investigações adicionais de outros fatores que possam estar envolvidos na educação sexual (Moura, 2013; Oliveira, Béria, & Schermann, 2014). Assim, para entender de modo mais aprofundado as percepções de risco, o acesso e a qualidade das informações sobre sexualidade entre os adolescentes, idealizaram-se os grupos focais. As análises derivaram dois grandes temas de discussão: fontes e limites de acesso às informações sobre sexo e sexualidade e vieses da comunicação, os quais são apresentados e discutidos a seguir, integrando os dados quantitativos aos qualitativos. Cabe destacar que o tema vieses da comunicação: sexismo e homofobia, foi evidenciado nos relatos e incorporado ao estudo por entender-se que veicula interdições e censuras relacionada ao gênero e orientação sexual, constituindo-se, portanto, como um aspecto referente a qualidade da informação.

Fontes e limites de acesso às informações sobre sexo e sexualidade

O aprendizado sobre o uso de preservativo e outras formas de cuidados com a saúde sexual ocorre nos principais ambientes pelo qual o sujeito interage durante todo seu desenvolvimento. Entretanto, falar sobre sexualidade costuma trazer constrangimento, o que, em parte, remete a construção histórica da sexualidade como um conteúdo com forte

conotação moral, que teve períodos de maior repressão, os quais limitaram tais discussões às esferas médicas e psiquiátricas (Louro, 2015). A partir da metade do século XX, com as revoluções sociais, como o movimento feminista e o LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e transgêneros), os direitos sexuais e reprodutivos foram reivindicados e houve o desenvolvimento de políticas públicas direcionadas aos ideais de liberdade e autonomia de decisão, vinculando a sexualidade à promoção de saúde e à qualidade de vida. Nesse sentido, é importante citar a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo, em 1994, que enfatizou a necessidade da criação de programas de informação e orientação sexual para adolescentes, considerando-os sujeitos de direito (Moraes & Vitalle, 2015), assim como os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), de 1998, que avançaram na educação sexual ao propor que o tema da sexualidade fosse trabalhado em todas as disciplinas, de forma transversal (Furlanetto et al., 2018; Moraes & Vitalle, 2015).

Mesmo com esses incentivos para o trabalho nas escolas, os adolescentes deste estudo indicaram a família como o primeiro contexto no qual receberam informações sobre o tema e que se sentiam mais confortáveis para conversar ou tirar dúvidas sobre sexo e sexualidade³, seguido dos amigos, internet e profissionais da escola. Apesar disso, as informações recebidas da família foram avaliadas pela maioria como ruins ou fracas, já que não auxiliavam o adolescente com suas principais dúvidas. Ainda, 62,1% declararam que não gostariam de falar sobre o assunto com algum familiar, o que pode apontar para dificuldades em estabelecer esse diálogo.

Coadunando com esses achados, os relatos nos grupos focais, evidenciaram que, em sua maioria, as conversas na família costumavam ser limitadas à informações

³Os adolescentes poderiam indicar mais de uma opção nas questões “como/com quem obteve as primeiras informações sobre sexo e sexualidade” e “com quem se sente à vontade para conversar ou tirar dúvidas sobre sexo e sexualidade”.

pontuais, por vezes com tom de ameaça, principalmente relativas ao cuidado com gestações não planejadas e aquisição de IST: “*meu pai diz: ‘usa camisinha guri!’*” (E1A11)⁴; “*se aparecer com filho aqui, ó!*” (E1A10); “*Tu tá se cuidando, hein?!*” (E3A5). Hyde et al. (2013) já tinham atentado que a comunicação sobre sexualidade nas famílias costuma apresentar muitas falhas, ocorrendo de maneira direta, mas superficial, ou indireta, por meio insinuações e intimidação, não deixando claro o que se quer comunicar. Um adolescente relatou a tentativa de o pai conversar sobre o assunto, ilustrando essas dificuldades: “*Eu tava no quarto e meu pai chegou e queria saber o que eu entendia sobre sexo. Na hora eu fiquei com a cara toda vermelha e disse que não queria falar sobre aquilo naquele momento. Ele disse que então depois a gente conversava. Depois ele voltou e falou mais sobre eu me prevenir, cuidar e doenças*” (E3A3).

Dentre os temas mais conversados nas famílias, destacaram-se a prevenção de IST e gestações não planejadas, o que corrobora dados de outros estudos como o de Savegnago e Arpini (2016). O foco na prevenção pode ser devido a ser menos constrangedor para os pais e também para os filhos, quando comparado a outros temas, como prazer e orientação sexual, por exemplo: “*Se esse assunto começa lá em casa eu já saio correndo*” (E1A8); “*É que a pessoa não se sente muito confortável falando desse assunto com os pais*” (E1A7); “*Parece que os pais têm vergonha de falar também*” (E1A10). Assim, mesmo que os pais saibam da importância da educação sexual em ambiente familiar e façam tentativas de comunicação com os filhos, eles encontram dificuldades de efetivá-la (Savegnago & Arpini, 2016; Seloilwe et al., 2015; Sevilla & Orcasita, 2014).

⁴As letras e os números indicam a escola onde o grupo focal foi realizado e o adolescente que proferiu a fala.

Especificamente sobre as percepções dos adolescentes acerca desses diálogos, mesmo que tenham apontado a família como um ambiente confortável, foi possível identificar que o constrangimento limitava essa interação, o que é corroborado pelo fato de que a maioria não queria ampliar as conversas sobre a temática em casa: *“Minha mãe é mais aberta comigo, mas eu não consigo ser com ela. Não me sinto confortável”* (E1A4); *“Eu não tenho ninguém para falar. Se eu perguntar, minha mãe vai responder, mas eu não me sentiria confortável”* (E3A8); *“Eu não falo em casa porque tenho vergonha e não gosto de falar”* (E1A2). Esta última adolescente mencionou a intergeracionalidade como uma barreira comunicacional: *“Eu acho que a minha mãe não fala porque ela disse que a minha avó nunca foi muito de conversar. Daí eu acho que ela nunca conversou comigo porque a educação dela foi assim”* (E1A2). Sobre isso, entende-se que a transmissão de padrões de interação entre os membros da família é de grande importância para o desenvolvimento individual e relacional dos sujeitos (Bowen, 1978). Principalmente em relação à sexualidade, a cada nova geração inserem-se novas configurações e dinâmicas nos relacionamentos, sendo necessário que a geração anterior se adapte as mudanças para acolher e orientar os mais jovens (Preto, 2011; Sevilla & Orcasita, 2014).

O sentimento de receio para falar sobre sexualidade, devido a possível falta de compreensão e agressividade por parte dos pais, também foi expresso por alguns adolescentes nos grupos focais: *“Tem mãe que entende e tem mãe que não entende”* (E2A5); *“Eu não falo com minha mãe porque ela me mata”* (E1A1). No levantamento quantitativo, dentre os familiares, a mãe foi indicada como a pessoa com quem os adolescentes mais conversavam (47,4%), em detrimento do pai (9,5%), irmãos (7,1%) e outros (5,5%). Similarmente, as meninas relataram mais facilidade de abordar as questões sexuais com suas mães do que com seus pais durante os grupos focais: *“Eu sinto essa*

diferença com meu pai, sabe? Com minha mãe eu sou totalmente livre, mas quando eu tô com meu pai fica aquela coisa assim mais tensa” (E2A4). Outros estudos também sugerem que a diferença de gênero afeta a comunicação entre pais e filhos, indicando que as mães têm sido as principais responsáveis na educação sexual dos filhos, embora as meninas conversem predominantemente com suas mães, enquanto os meninos com os pais (Savegnago & Arpini, 2016; Sevilla & Orcasita, 2014; Portugal & Alberto, 2015).

As barreiras assinaladas no diálogo com os familiares podem levar os adolescentes a procurarem outras fontes de informação. Assim, os amigos tiveram resultados muito próximos ao da família no levantamento quantitativo, sendo o segundo meio mais frequente pelo qual os adolescentes relataram ter tido as primeiras informações sobre sexualidade e com quem se sentiam mais confortáveis para dialogar. Para alguns, a procura de amigos parecia trazer o alívio, sendo esta uma fonte considerada confiável e válida de informação, como ilustram os relatos dos grupos focais: *“A gente fala com os amigos que sabem”* (E1A10); *“A gente tira dúvida com amigos mais do que com os pais”* (E3A5); *“É que às vezes tem vontade de falar alguma coisa para os pais, mas sentem medo, aí falam com os amigos”* (E2A9). Entretanto, também se evidenciou o medo em relação a possibilidade de exposição da intimidade: *“Um fala pro outro, fica falando, expondo, ou contam pras gurias, pros gurus”* (E2A2); *“Até falando baixinho às vezes as pessoas de traz já ouvem e espalham pra todo mundo”* (E1A5).

Entende-se que a interação com os amigos representa um amplo espaço no cotidiano dos adolescentes, permitindo a socialização e a experimentação de relações afetivas e habilidades sociais que serão utilizadas na etapa adulta. Muitas vezes os amigos se tornam a principal fonte de intimidade na adolescência, servindo como modelo e influenciando comportamentos e atitudes, tanto saudáveis quanto de risco. Assim, o envolvimento do adolescente com um grupo de amigos com atitudes de risco pode

augmentar a chance desse adolescente também assumir comportamentos arriscados, no entanto, esse desfecho vai estar associado também a comunicação e supervisão da família (Cedaro, Boas, & Martins, 2012; Tomé, Matos, Simões, Camacho, & Diniz, 2013). Desta forma, adolescentes que percebem facilidade na comunicação e maiores níveis de suporte familiar tendem a se engajar menos em comportamentos de risco (Souza et al., 2010; Tomé et al., 2013; Wang et al., 2013).

Também é próprio da adolescência e da atualidade o uso das tecnologias de informação e comunicação. Elas foram citadas tanto na busca por informação, quanto no diálogo com amigos pelo uso do celular: *“Eu procuro saber pela minha mãe ou pela internet”* (E2A4); *“A gente fala com os amigos no whatsapp”* (E1A10); *“Em qualquer lugar (da internet) tu tem como saber daquilo que tu quer”* (E1A9); *“Na internet tu tem duas opções, ou tu vê como é (se referindo a vídeos), ou tu pesquisa”* (E1A4). A internet foi relatada como fonte de informações sobre sexo e sexualidade por 27,7% dos participantes, assim como um ambiente confortável para tirar dúvidas para 21,7% deles. Porém, a frequência do uso das mídias sociais como fonte de informação se mostrou baixa, considerando o crescimento do uso dos dispositivos móveis de acesso à internet nos últimos anos (CGI.BR, 2017), o que talvez se relacione a um menor nível socioeconômico, que compunham em torno de 40,2% da amostra.

O acesso à internet sem supervisão dos responsáveis pode permitir que o adolescente entre em contato com conteúdos que tragam informações distorcidas sobre sexo e sexualidade (Seloilwe et al., 2015). Isto, aliado a falta de diálogo familiar e educação sexual escolar pode ser um fator de risco sexual, principalmente emocional. Foram observadas situações de exposição íntima de alunos pelas mídias sociais, sendo que, em uma delas, culminou na saída de uma adolescente da escola, o que foi relatado durante um dos grupos focais: *“Teve o caso também de uma menina ano passado, que*

mandou uma foto para um menino e ele foi lá e espalhou. Toda escola sabia da foto dela, ela teve que sair da escola” (E1A4).

Conforme exposto neste estudo, ainda se percebe a família e a escola como referência para os adolescentes, em detrimento às mídias sociais. Nesse sentido, mais uma vez, atenta-se para a necessidade de a educação sexual nesses contextos agregar qualidade aos processos comunicativos e de aprendizagem sobre a temática. A escola foi indicada por 75,6% dos participantes como o local no qual gostariam de falar mais sobre o tema, mesmo que não se sentissem tão confortáveis para isso, embora as informações nela obtidas tenham sido avaliadas, em sua maioria, como ruins ou fracas. Segundo os participantes dos grupos focais, essas informações eram obtidas principalmente na disciplina de Ciências, tendo como foco temas como anatomia do corpo, reprodução e métodos contraceptivos e preventivos. Também houve divergência sobre a eficácia da abordagem utilizada. Por um lado, os adolescentes manifestaram descontentamento referente ao escopo reduzido dos temas apresentados, bem como sobre a didática objetiva e meramente expositiva dos conteúdos, que não facilitava o diálogo entre professores e alunos: *“Eu acho que o máximo que tivemos foi um trabalho que a gente fez o ano passado na feira de ciências” (E3A4); “Eles falam (professores), mas não o necessário, caso tu não tivesse outra fonte de informação, sabe?” (E2A5); “Acho que não deveria ser uma coisa muito mecânica: só o professor fala e os alunos ouvem. Acho que deveria ser uma troca” (E1A4).* Por outro lado, alguns acreditavam que as aulas ajudavam a perceber o risco de contaminação por doenças e apresentaram informações relevantes: *“Ajuda um pouco, porque tu vê ali a doença e não gostaria de pegar” (E3A8).*

Sobre isso, estudos têm identificado que a educação sexual nas escolas brasileiras costuma ser limitada ao modelo biológico-centrado e preventivo, denunciando a falta de uma educação que inclua os diferentes modos de vivenciar a sexualidade (Furlanetto et

al., 2018; Gava & Vilella, 2016; Gesser, Oltramari, & Panisson, 2015; Vieira & Matsukura, 2017). Enquanto as transformações sociais e políticas inserem novas discussões como, por exemplo, novas tecnologias reprodutivas, diversidade de articulações entre sexo biológico, gênero e práticas sexuais, relações virtuais, entre tantos outros temas, a escola segue apresentando aos alunos os mesmos conteúdos sobre sexualidade desde o início do século XX (Louro, 2015). Embora se reconheça que essas informações são importantes, principalmente nesta fase da vida em que estariam mais vulneráveis a situações de risco em saúde, destaca-se a necessidade de abranger outras temáticas que incitem novas reflexões e dialoguem com os contextos sociais e interesses dos adolescentes.

O sentimento de confiança dos participantes mostrou-se relevante para que se pudesse estabelecer um diálogo franco com os profissionais da escola. O receio da exposição íntima e a possibilidade de conflito com os familiares foram os principais motivos pelos quais os adolescentes não participavam ou não perguntavam suas dúvidas nas aulas: “*O professor de Ciências fala sobre sexualidade e dá abertura para os alunos falarem, mas ninguém fala*” (E2A9); “*A gente quer tirar uma dúvida, elas (professoras) criam um problema e quando vão falar pros nossos pais, aumentam o problema*” (E3A2); “*Eu não tenho confiança pra falar sobre isso na escola*” (E1A5). Essas falas podem representar o motivo pelo qual poucos adolescentes (4,3%) apontaram a escola como espaço confortável para falar sobre a temática no levantamento quantitativo. Corroborando com estes achados, o trabalho de Sevilla e Orcasita (2014) identificou que entre as principais barreiras para os estudantes acessarem a escola como apoio para suas experiências sexuais estão o medo de que as informações cheguem aos pais, as habilidades limitadas de negociação dos profissionais com o adolescente e a percepção dos espaços como hostis.

Para resolver esse impasse, uma menina mencionou que a escola poderia oferecer palestras aos pais ensinando-os a como falar sobre sexualidade com seus filhos: *“Acho que dar palestras pros pais incentivando os pais a falarem sobre isso”* (E1A9). No entanto, muitos adolescentes não corroboraram essa ideia, referindo que os pais não compareceriam na escola ou que não gostariam dessa aproximação escola-família por meio desse tema. Assim, pode-se entender, ao menos em parte, porque um número expressivo de adolescentes apoiou que a educação sexual ocorra na escola. Mesmo que ainda não se sintam confortáveis ou confiantes nela, se mostram mais receptivos por essa aproximação com o tema na escola do que com as famílias. Inclusive, eles indicaram que se houvesse um profissional confiável na escola, este seria escolhido para esclarecer suas dúvidas sobre sexo e sexualidade, em detrimento a outras pessoas da família ou rede social: *“Eu acho que se a gente falasse mais sobre isso na escola seria melhor”* (E3A1); *“Eu preferiria conversar na escola, mas dependendo da pessoa”* (E1A4).

Os adolescentes ainda destacaram que gostariam de obter as informações sobre sexo e sexualidade na escola por meio de uma metodologia mais participativa e menos expositiva. Por exemplo, eles sugeriram roda de conversa ou mesmo aula expositiva, mas que possibilitasse espaços de diálogo entre os alunos e professores, apontando o momento da realização do grupo focal como ilustrativo do tipo de conversa que gostaria de ter: *“Querida que fosse algo mais aberto, assim como está sendo agora”* (E2A4). Uma menina expressou a necessidade de se sentir respeitada pela equipe escolar *“Eu queria respeito. Além deles aconselharem a gente sobre proteção, eu queria que respeitassem mais a escolha sexual”* (E3A2). Em relação aos temas que gostariam de ter mais informações destacaram-se: idade para a primeira relação sexual, uso de medicações anticoncepcionais e seus efeitos, estupro, aborto, além dos temas relativos à anatomia e prevenção de doenças que, em geral, já seriam trabalhados, especialmente nas escolas.

Os adolescentes costumam ter grande curiosidade sobre sexo e sexualidade, e quando o ambiente proporciona conforto e confiança é possível que eles relatem mais suas experiências e dúvidas, como visto em alguns estudos de intervenção que objetivaram realizar oficinas com adolescentes escolares (Ew et al., 2017; Freitas & Dias, 2010). Essa forma de trabalho implica que o responsável pela oficina deve conseguir acolher o que o participante traz em uma postura de respeito a sua opinião, que pode ser confrontada com as diferentes percepções e vivências dos outros participantes, fazendo emergir novas reflexões (Ew et al., 2017; Freitas & Dias, 2010; Furlani, 2011). Assim, é importante a capacitação do profissional para que atitudes e concepções discriminatórias sobre a sexualidade possam ser identificadas e trabalhadas nos grupos. Como ser verá na próxima categoria, acredita-se que tais atitudes afetam diretamente a qualidade das informações recebidas.

Vieses da comunicação: sexismo e homofobia

Em diversas falas dos grupos focais foi possível perceber que as orientações que eram dadas pelos pais sobre sexualidade eram baseadas no gênero dos filhos, sugerindo uma maior repressão do comportamento sexual das meninas em relação ao dos meninos: *“Minha mãe não me deixou ir numa festa porque ela disse que só ia ter guri e que se ela deixasse eu ir iam me chamar de puta”* (E1A2); *“Quando eu tive um namorado teve pressão por parte do avô, agora se fosse meu primo, por exemplo meu vô ia, tá tipo...wow (torcendo)”* (E2A4). Além disso, observou-se evidências de concepções discriminatórias dos pais em relação a orientações sexuais distintas do padrão heteronormativo: *“Minha família é muito preconceituosa com isso. Eu não sou contra, só que eu acho estranho, tá ligado?”* (E1A10); *“Eu não me importo com o fato da minha mãe ser machista, só que o problema é que ela fica me oprimindo e eu digo pra ela que tá sendo homofóbica, mas ela não aceita”* (E3A2). Sevilla e Orcasita (2014) já haviam ressaltado que a visão dos

direitos sexuais e reprodutivos a partir de uma perspectiva de gênero acaba por não ser percebida pela maioria dos pais, que transmitem valores conservadores e rígidos em relação aos papéis sexuais, mesmo que não intencionalmente.

Na escola, os adolescentes também identificavam atitudes preconceituosas dos professores sobre gênero e sexualidade: “A professora X diz que as meninas não podem jogar futebol. Ela falou isso” (E3A2); “A monitora falou que se ela tivesse um filho ou uma filha gay ela iria espancar, porque ela não aceitaria isso” (E3A5); “No recreio eu costumo andar de mão dada com a X da outra turma e elas (direção) nos xingam, porque gurias não podem andar de mãos dadas” (E3A1). Estudos pontuam que existem lacunas em termos de formação de professores para lidar com as questões de gênero, sexualidade e diversidade na escola, o que faz com que usem suas experiências pessoais como modelo (Gesser et al., 2015; Madureira & Branco, 2015). Eles também temem que ao abordar esse assunto com os alunos possam sofrer represália dos pais ou da direção, o que faz com que prefiram se abster de buscar mais informações e aprimorar sua didática (Madureira & Branco, 2015; Nothaft et al., 2014). O mesmo é visto na situação dos pais, que percebem diversas mudanças em relação a educação sexual que tiveram em sua época de adolescentes e hoje em dia com seus filhos. Muitos receberam informações limitadas e padrões conservadores em relação aos papéis sexuais e de gênero, o que parece dificultar o diálogo com seus filhos na atualidade (Sevilla & Orcasita, 2015).

Os estereótipos de gênero vividos na família e na escola parecem interferir na forma como meninas e meninos dialogam sobre sexualidade (Louro, 2015). Especialmente entre as meninas, identificou-se um excessivo cuidado com o que e com quem se falava sobre seu comportamento: “É que os guris falam mais livremente pra todo mundo que quiser ouvir, sabe? As gurias são mais fechadas, falam só entre elas” (E2A5). Para os meninos, também parece existir uma norma do que se espera deles, uma

conduta viril e se relacionar com muitas meninas: “*Meu pai diz: ‘pode comer geral, só não vai engravidar’*” (E1A12); “*Às vezes tu tá num grupinho e todo mundo fala. Tu mente muitas vezes, né? Digamos, assim, tem gente que fala: Ah! Peguei 19! Tu não quer ficar isolado, tipo: ‘eu nunca fiz’*” (E1A7).

O sentimento de que existiria uma única norma a ser seguida também afeta o diálogo sobre orientação sexual, como evidenciado no único caso, dentre os grupos, de uma menina que se declarou bissexual e referiu que precisa ter cuidado sobre com quem conversava, pois sentia que podia sofrer algum preconceito: “*Quando eu sei se ele é homofóbico ou não, se ele acha estranho ou não. Eu não falo se ele achar estranho, e se ele não achar eu falo, mas bem discretamente!*” (E3A2). No caso dos adolescentes não heterossexuais, as dificuldades encontradas nos ambientes discriminatórios podem interferir ainda mais na comunicação, acarretando tanto riscos sexuais quanto emocionais, como depressão e ideação suicida (Teixeira-Filho & Rondini, 2012).

De modo geral, embora identificassem atitudes preconceituosas relacionadas a diversidade sexual, os adolescentes pouco questionaram papéis e comportamentos socialmente rotulados como de homens e de mulheres durante os grupos focais. Sobre isso, entende-se que as relações de gênero modulam as vivências de homens e mulheres, definindo responsabilidades e comportamentos como normais ou anormais conforme o corpo biológico, sendo uma construção histórica e social, visando atender a uma estrutura de poder heteronormativa (Louro, 2015; Sevilla & Orcasita, 2014). Assim, evidenciou-se que os adolescentes, na maioria das vezes, não conseguiam fazer uma reflexão crítica sobre os estereótipos de gênero vividos no seu cotidiano (Louro, 2015). Neste sentido, o comportamento de risco sexual, tanto físico quanto emocional, passa a ser compreendido como de responsabilidade individual, sendo que as meninas aparentavam ter mais reponsabilidade em relação ao uso de preservativo do que os meninos: “*Quem geralmente*

lembra de usar é a menina né, porque o menino não quer” (E1A8). Além disso, as meninas também tendem a ser responsabilizadas pela exposição pública e comentários depreciativos que recebem, enquanto os meninos, por não se envolverem sentimentalmente nas relações: “Tem guria que gosta de ser mal falada e tem guri que espalha pra todo mundo (que teve relação sexual). Eles são assim porque eles querem” (E1A5).

Apesar disso, alguns participantes apontaram e questionaram a influência da cultura no entendimento de um mesmo tipo de comportamento entre meninos e meninas: *“Tem preconceito, né? Porque se o guri fala assim: peguei essa, essa e essa, ele é pegador, se a guria fala isso ela é puta” (E1A7). Outra menina afirmou que a diferença não estava na forma como homens e mulheres pensavam sobre sexo e sim em como se comportavam conforme o que era esperado, no sentido de se proteger de retaliações: “As meninas têm as mesmas ideias dentro delas (comparando-se aos meninos), mas não falam” (E2A4).*

Assim, salienta-se que as estratégias de educação sexual não devem atentar apenas aos comportamentos de risco, como tem sido observado na maioria dos estudos (Widman, Choukas-Bradley, Noar, Nesi & Garrett, 2016), mas para a reflexão de que os diálogos também carregam normas sociais e culturais conservadoras ou tradicionais sobre sexo e sexualidade que podem ser adotadas pelos adolescentes sem questionamento (Louro, 2015). Nesse sentido, defender que a escola não pode se manifestar politicamente sobre as situações de discriminação de gênero é se posicionar a favor da manutenção deste sistema que gera exclusões, violência e mais riscos à saúde. A escola é o ambiente propício para esse debate, já que tem compromisso com a formação moral e cidadã de seus alunos (Figueiró, 2011; Furlani, 2011). O mesmo ocorre nas famílias, que têm demonstrado dificuldade para transcender à educação sexual que receberam, em sua

maioria repressiva e heteronormativa (Portugal & Alberto, 2015; Sevilla & Orcasita, 2014). Assim, é necessário promover e integrar ações do sistema público de educação e saúde, capacitando profissionais para promoverem efetivamente uma educação sexual aliada aos direitos sexuais e reprodutivos dos alunos, incluindo suas famílias.

Considerações finais

Os comportamentos sexuais de risco na adolescência têm sido uma preocupação entre profissionais e pesquisadores, pois são considerados um importante problema em saúde pública. Os esforços têm se concentrado principalmente na transmissão de informações preventivas do que na qualidade e nas formas de veiculá-las. É preciso atentar também para o fato de que a sexualidade é componente da identidade dos sujeitos, relacionando-se com aspectos individuais, emocionais, sociais, culturais e históricos.

No presente estudo, constatou-se que a iniciação sexual tem sido permeada por riscos não apenas ligados a relação sexual propriamente dita, como o uso inconsistente de preservativo, mas também por aspectos como sexismo e homofobia, que podem implicar em sofrimento subjetivo e isolamento. A comunicação em sexualidade recebida tanto pela família quanto pela escola foi predominantemente avaliada como precária, especialmente devido ao constrangimento daqueles que se propõem a dialogar sobre o tema, o que leva a restrição às esferas reprodutivas e preventivas. Entre pais e filhos, tal sentimento parece se acentuar, embora o ambiente propicie maior conforto que a escola, local indicado em que se poderia aprender mais sobre sexo e sexualidade. Contudo, como esta prática ainda não acontece efetivamente, os amigos e a internet parecem suprir, ao menos em parte, a carência de informações. A internet é um meio em que os adolescentes têm livre acesso aos mais diversos temas que, muitas vezes, podem não ter a melhor qualidade, especialmente quando se acredita que já se sabe bastante sobre o assunto, como

é o caso dos adolescentes do presente estudo, o que pode significar uma baixa percepção de risco sexual.

Faz-se, portanto, necessário que o interesse dos adolescentes pelas questões relativas a sexo e sexualidade sejam contempladas de forma a atender suas demandas, buscando-se potencializar a escola com novas estratégias de ensino-aprendizagem que promovam uma cultura de promoção em saúde e trabalhem o tema como um construto histórico, social, cultural, além de biológico. Essa parceria entre escola e serviço de saúde é contemplada no Brasil a partir do Programa Saúde na Escola (PSE), do Ministério da Saúde que desenvolve estratégias para reduzir a vulnerabilidade dos adolescentes (Russo & Arreguy, 2015). No entanto a promoção de saúde requer metodologias de trabalho participativas, que superem a visão de doença vinculada as experiências sexuais dos adolescentes. Para isso seria necessário não somente palestras informativas e disponibilização de preservativos, mas também a participação ativa dos adolescentes a partir de suas próprias percepções sobre o desenvolvimento de sua sexualidade e os principais focos de interesse e dúvidas (Freitas & Dias, 2010; Souza, Esperidião & Medina, 2017).

Em Portugal, a educação sexual foi implementada como prática obrigatória pela Lei nº 60 de 2009 nas escolas (Alvarez & Marques-Pinto, 2012). Desde então tem sido incentivado que os professores se capacitem não somente nos temas referentes a biologia sexual dos sistemas reprodutivos, mas também em identidade sexual, gênero, relações afetivas, entre outros, visando uma educação sexual abrangente (Valente, Branco & Silva, 2017). Seria importante que no Brasil os professores fossem capacitados para trabalhar com a educação sexual, assim como agregaria se outros profissionais da saúde, como psicólogos e enfermeiros, participassem como facilitadores de algumas ações, já que as

unidades de saúde e a escola são referências de locais compromissados com a segurança e o desenvolvimento sadio de crianças e adolescentes (Sevilla & Orcasita, 2014).

Dessa forma, acredita-se que os adolescentes poderão, inclusive, reconhecer as normas e valores heteronormativos, muitas vezes impostos pela sociedade, posicionando-se criticamente em relação ao conservadorismo que ainda perpassa famílias, escolas e meios de comunicação. Este fato somado aos retrocessos políticos atuais que buscam impedir a discussão de gênero e orientação sexual nas escolas tem interferência sobre os direitos sexuais e reprodutivos dos estudantes. Nesse sentido, não haveria justificativa para impedir a escola de aprimorar suas estratégias de educação sexual, que incluam, para além de informações sobre prevenção, programas de combate à discriminação e preconceito.

Por fim, é importante reconhecer algumas limitações do estudo. O tempo disponibilizado pelas escolas para realização do grupo focal, que ficaram, em média, restritos a um período de aula, aproximadamente 50 minutos, pode ter limitado a investigação de questões adicionais. Além disso, o grupo que foi formado por adolescentes de turmas diferentes apresentou mais dificuldades para interagir livremente enquanto os outros grupos que foram formados por alunos da mesma turma, que tinham mais intimidade, e talvez por isso, conseguiram expor mais suas vivências. Finalmente, se recomenda que futuros estudos investigem as especificidades dos processos comunicativos de acordo com os diversos contextos socioeconômicos e características familiares, como configuração e estrutura, já que são escassos os estudos com esse escopo. Além disso, sugere-se incluir a percepção dos familiares de seus processos comunicativos sobre esta temática.

Referências

- Alvarez, M.J., & Marques-Pinto, A. (2012). Educação sexual: atitudes, conhecimentos, conforto e disponibilidade para ensinar de professores portugueses. *Aletheia*, 38(39), 8-24.
- Bowen, M. (1978). *La terapia familiar en la practica clinica. Fundamentos teóricos*. Bilbao, Spain: Desclee de Brouwer.
- Brasil (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira*. Retrieved from <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/pesquisa-de-conhecimentos-atitudes-e-praticas-na-populacao-brasileira-pcap-2013>
- Braum, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Cedaro, J.J., Boas, L.M.S.V. & Martins, R.M. (2012). Adolescência e sexualidade: um estudo exploratório em uma escola de Porto Velho (RO). *Psicologia: Ciência & Profissão*, 32(2), 320-339. doi: 10.1590/S1414-98932012000200005
- Cerqueira-Santos, E., Neto, O.C.M., Koller, S. (2014). Adolescentes e adolescências. In: Habigzang, E., Diniz, & Koller, S.H. (Orgs.), *Trabalhando com adolescentes: teoria e intervenção psicológica* (pp.17-30). Porto Alegre: Artmed.
- Colling, A.M. (2017). O que representa a proposta de ideologia de gênero e escola sem partido? In: M.N. Strey, & N.A.P. Souza (Orgs), *Corpo e relações de gênero na contemporaneidade* (pp. 1-35). Porto Alegre: Edipucrs.

- Comitê Gestor da Internet no Brasil - CGI.BR (2017). *Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nas escolas brasileiras* [livro eletrônico]: TIC educação 2016. São Paulo: Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR. Retrieved from: <http://cetic.br/publicacao/pesquisa-sobre-o-uso-das-tecnologias-de-informacao-e-comunicacao-nas-escolas-brasileiras-tic-educacao-2016/>
- Creswel, J.W. (2ed.). (2007). *Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed.
- Ew, R.A.S., Conz, J., Farias, A.D.G.O., Sombrio, P.B.M., & Rocha, K.B. (2017). Diálogos sobre sexualidade na escola: uma intervenção possível. *Psicologia em Pesquisa, 11*(2), 51-60. doi:10.24879/2017001100200155
- Figueiró, M.N.D. (2010). *Educação sexual: retomando uma proposta, um desafio*. Londrina: Eduel.
- Fontes, L.F.C., Conceição, O.C., & Machado, S. (2017). Violência sexual na adolescência: perfil da vítima e impactos sobre sua saúde mental. *Ciência e Saúde Coletiva, 22*(9), 2919-2928. doi: 10.1590/1413-81232017229.11042017
- Freitas, K.R., & Dias, S.M.Z. (2010). Percepções de adolescentes sobre a sua sexualidade. *Texto e Contexto de Enfermagem, 19*(2), 351-357. doi: 10.1590/S0104-07072010000200017
- Furlanetto, M.F., Lauermann, F., Costa, C.B., & Marin, A.H. (2018). Educação sexual em escolas brasileiras: revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Pesquisa, 48*(168), 550-71.
- Furlani, J. (2011). *Educação sexual na sala de aula: relações de gênero, orientação sexual e igualdade étnico-racial numa proposta de respeito às diferenças*. Belo Horizonte: Autêntica

- Gava, T., & Villela, W.V. (2016). Educação em sexualidade: desafios políticos e práticos para a escola. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 24, 157-171. doi: 10.1590/1984-6487.sess.2016.24.07.a
- Gesser, M., Oltramari, L.C., & Panisson, G. (2015). Docência e concepções de sexualidade na educação básica. *Psicologia & Sociedade*, 27(3), 558-568. doi: 10.1590/1807-03102015v27n3p558
- Gibbs, G. (2009). *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed
- Gómez-Zapiain, J., Ortiz, M-J., & Eceiza, A. (2016). Disposición al riesgo en la actividad sexual de adolescentes: el rol de los modelos internos de apego, de las relaciones de apego con padres e iguales y de las dificultades de regulación emocional. *Anales de psicología*, 32(3), 899-906. doi: 10.6018/analesps.32.3.221691
- González, E.A., Montero, A.V., Martínez, V.N., Mena, P., & Varas, M.L. (2010). Percepciones y experiencias del inicio sexual desde una perspectiva de género en adolescentes consultantes en un centro universitario de salud sexual y reproductiva. *Revista Chilena de Ginecología*, 75(2), 84-90. doi: 10.4067/S0717-75262010000200002
- Hyde, A., Drennan, J., Butler, M., Howlett, E., Carney, M., & Lohan, M. (2013). Parent's constructions of communication with their children about safer sex. *Journal of Clinical Nursing*, 22(23-24), 3438-3446. doi: 10.1111/jocn.12367
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2016). *Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar: 2015*. Rio de Janeiro. Retrieved from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>
- Louro, G.L. (2015). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo horizonte: Autêntica.

Formatado: Inglês (Estados Unidos)

- Madureira, A.F.A., & Branco, A.U. (2015). Gênero, sexualidade e diversidade na escola a partir da perspectiva de professores. *Temas em Psicologia*, 23(3), 577-591.
- Marcon, A.N., Prudêncio, L.E.V., & Gesser, M. (2016). Políticas públicas relacionadas à diversidade sexual na escola. *Psicologia Escolar e Educacional*, 20(2), 291-301. doi: 10.1590/2175-353920150202968
- Moraes, S.P., & Vitalle, M.S.S. (2015). Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência: interações ONU-Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(8),2523-2531. doi: 10.1590/1413-81232015208.03112014
- Moura, L.R., Lamounier, J.R., Guimarães, P.R., Duarte, J.M., Beling, M.T.C., Pinto, J.A., Goulart, E.M.A., & Grillo, C.F.C. (2013). A lacuna entre o conhecimento sobre o HIV/AIDS e o comportamento sexual: uma investigação com adolescentes de Vespasiano, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 29(5), 1008-1018. doi: 10.1590/S0102-311X2013000500018
- Nothaft, S.C.S., Zanatta, E.A., Brumm, M.L.B., Galli, K.S.B., Erdtmann, B.K., Buss, E., & Silvan, P.R.R. (2014). Sexualidade do adolescente no discurso de educadores: possibilidades para práticas educativas. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(2), 284-289.
- Oliveira, N.P., Béria, J.U., & Schermann, L.B. (2014). Sexualidade na adolescência: um estudo com escolares da cidade de Manaus/AM. *Aletheia*,43(44), 129-146.
- Portugal, A.P.M., & Alberto, I.M.M. (2015). Caracterização da comunicação entre progenitores e filhos adolescentes: estudo das variáveis sócio-demográficas. *Ciência e Saúde coletiva*, 20(5), 1389-1400. doi: 10.1590/1413-81232015205.13222014
- Preto, N.G. (2011). Transformação do sistema familiar na adolescência. In B. Carter, & M. McGoldrick (Orgs.), *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (pp.223-230). Porto Alegre, RS: Artmed.

- Russo, K., & Arreguy, M.E. (2015). Projeto “Saúde e prevenção nas escolas”: percepções de professores e alunos sobre a distribuição de preservativos masculinos no ambiente escolar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(2), 501-523. doi: 10.1590/S0103-73312015000200010.
- Savegnago, S.D.O., & Arpini, D.M. (2016). A abordagem do tema sexualidade no contexto familiar: o ponto de vista de mães adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(1), 130-144. doi: 10.1590/1982-3703001252014
- Selolilwe, E.S., Magowe, M.M., Dithole, K., & Lawrence, J.S. (2015). Parent and youth communication patterns on HIV and AIDS, STIs and sexual matters: opportunities and challenges. *Journal of Child and Adolescence Behavior*, 3(203), 1-6. doi: 10.4172/2375-4494.1000203
- Sevilla, T.M., & Orcasita, L.T. (2014). “Hablando de sexualidade”: una mirada de los padres y las madres a los procesos de formación con sus hijos/as adolescentes en estratos populares de Cali. *Avances en Enfermería*, 32(2), 191-205. doi: 10.15446/av.enferm.v32n2.46097
- Siegel, K., Lekas, H.M., de Ramjohn, D., Schrimshaw, E.W., & VanDevanter, N. (2014). Early life circumstances as contributors to HIV infection. *Social Work Health Care*, 53(9), 969-993. doi: 10.1080/00981389.2014.931321
- Sousa, M.C., Esperidião, M.A., & Medina, M.G. (2017). A intersetorialidade no Programa Saúde da Escola: avaliação do processo político gerencial e das práticas de trabalho. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(6), 1781-1790. doi: 10.1590/1413-81232017226.24262016
- Spencer, G., Doull, M., & Shoveller, J.A. (2012). Examining the concept of choice in sexual health interventions for young people. *Youth & Society*, 46(6), 756-778. doi: 10.1177/0044118X12451277

- Teixeira, A.M.F.B., Knauth, D.R., Fachel, J.M.G., & Leal, A.F. (2006). Adolescentes e uso de preservativo: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(7), 1385-1396. doi: 10.1590/S0102-311X2006000700004
- Teixeira-Filho, F.S. & Rondini, C.A. (2012). Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. *Saúde Sociedade São Paulo*, 21(3), 651-667. doi: 10.1590/S0104-12902012000300011
- Tomé, G., Matos, M.G., Simões, C., Camacho, I., & Diniz, J.A. (2013). How can peer group influence the behavior of adolescents: explanatory model. *Global Journal of Health Science*, 4(2), 26-35. doi: 10.5539/gjhs.v4n2p26
- Valente, B., Branco, D., & Silva, M.J. (2017). A formação em educação sexual de educadores/as de infância e docentes do 1º e 2º ciclo do ensino básico em Portugal. *Enseñanza de Las Ciencias*, 2243-2248. Retrieved from: https://ddd.uab.cat/pub/edlc/edlc_a2017nEXTRA/37_a_formacao_em_educacao_sexual_de.pdf
- Vieira, P.M., & Matsukura, T.S. (2017). Modelos de educação sexual na escola: concepções e práticas de professores do ensino fundamental da rede pública. *Revista Brasileira de Educação*, 22(69), 453-474. doi: 10.1590/s1413-24782017226923
- Wang, B., Stanton, B., Li, X., Cottrell, L., Deveaux, & Kaljee, L. (2013). The influence of parental monitoring and parente-adolescent communication on Bahamian adolescent risk involvement: a three-year longitudinal examination. *Social Science & Medicine*, 97, 161-169. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.08.013
- Werebe, M.J. (1995). *Sexualidade, política e educação*. Campinas: Autores Associados.

Widman, L., Choukas-Bradley, S., Noar, S.M., Nesi, J., & Garrett, K. (2016). Parent-adolescent sexual communication and adolescent safer sex behavior: a Meta-Analysis. *JAMA Pediatrics*, *170*(1), 52-61. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.2731

Considerações finais da dissertação

A adolescência é uma etapa do ciclo vital na qual é esperado que as figuras parentais forneçam maior autonomia aos jovens para que eles possam aprender com as próprias experiências e ingressar na fase adulta. Durante esse período, os adolescentes podem se expor a alguns comportamentos de risco e por isso é importante que a família esteja atenta e supervisione as atividades dos filhos, caracterizando sua interação pelo diálogo, que facilita a reflexão sobre a tomada de decisão por parte do adolescente.

Os resultados encontrados na presente dissertação apontam que a iniciação sexual entre adolescentes, independentemente da idade, pode se relacionar a alguns comportamentos de risco em saúde. O álcool, por exemplo, tem se mostrado como uma substância frequentemente utilizada, o que requer atenção especial. Além disso, também foi identificado déficit no desempenho escolar dos jovens que já iniciaram sua vida sexual, os quais apresentavam maior número de reprovação. No contexto familiar, o risco esteve associado a percepção de suporte que o adolescente tem de sua família, especialmente em relação a autonomia proporcionada pelos membros responsáveis. Já como fator de proteção, observou-se que a percepção de afeto intrafamiliar pode implicar em maior liberdade para dialogar sobre as experiências afetivas e sexuais, permitindo que o adolescente decida aguardar por um momento de maior segurança e maturidade para iniciar sua vida sexual

De fato, é esperado que os adolescentes iniciem suas experiências sexuais durante essa etapa do ciclo vital, e, como visto, o que parece ser mais relevante é a forma como o diálogo sobre sexualidade vai ocorrer entre ele, sua família e os demais contextos educacionais nos quais se insere, como a escola. Nesse sentido, a educação sexual deve ganhar maior atenção e destaque.

As famílias têm encontrado diversas dificuldades em conversar sobre sexualidade com seus filhos, o que tem limitado o acesso as informações a uma esfera preventiva e, às vezes, carregada de concepções e normas discriminatórias em relação ao gênero e orientação sexual. Pensando em atender a essa demanda, o trabalho da psicologia sistêmica com famílias com filhos adolescentes pode contribuir para a reorganização dos papéis familiares e da autoridade dos pais, possibilitando-lhe maior independência. Durante essa fase, é esperado que ocorram confrontos entre pais e filhos e a terapia pode auxiliar que as discussões ocorram de forma construtiva, viabilizando a reflexão. No entanto, nem sempre as famílias chegam para atendimento em contexto clínico, portanto, cabe a psicologia também se inserir no contexto escolar.

Como fora percebido, os profissionais que trabalham nas escolas necessitam de capacitação e auxílio para desenvolverem estratégias de educação sexual que lhes deixem confortáveis para ampliar o escopo de temas abordados, incluindo as discussões sobre os papéis de gênero e a importância da afetividade nas relações sexuais. Além disso, seria importante que o psicólogo também participasse das atividades de educação sexual com os adolescentes e seus familiares na escola, visto que essa prática é reconhecida como uma das atribuições da profissão, que deve ser desenvolvida a partir de postura ética que combata qualquer tipo de discriminação sexual, possibilitando a participação das pessoas a partir de seus distintos entendimentos e crenças. Nesse sentido, apoia-se a importância de projetos de Lei como o de número 3.688 (Brasil, 2000), que dispõe sobre a prestação de serviços de Psicologia e Serviço Social nas redes públicas de Educação Básica.

Há de considerar algumas limitações do estudo. Inicialmente, destaca-se que a pesquisa realizada em escolas tem algumas restrições, especialmente em relação a coleta de dados que precisa atender a um calendário letivo e depende da autorização de professores da equipe diretiva e dos regentes de turma. Em função disso, não foi possível

finalizar as etapas de pesquisa em algumas das escolas acessadas. Ademais, em 2017, ano em que se efetivou a maior parte da coleta de dados, houve greve dos professores do estado e duas escolas encerraram suas atividades não retomando a pesquisa após seu retorno.

Constatou-se que, de forma geral, a adesão e participação das equipes diretivas das escolas foi determinante para que os dados pudessem ser coletados. Observou-se que as escolas que apresentavam um maior nível de desorganização, seja por fatores administrativos ou socioeconômicos, foram as que tiveram menor participação de alunos, familiares e professores. Também se constatou que os familiares e os professores que aceitaram participar eram aqueles que se sentiam mais confortáveis com o tema. Isso sugere um plausível viés de pesquisa, já que não foi possível obter dados mais diversificados referente aos participantes com dificuldades na comunicação sobre sexualidade.

Por fim, destaca-se que a história da sexualidade foi marcada por repressão moral o que limitou o diálogo do tema às esferas médicas, que acabavam por trabalhar a sexualidade de modo restrito a seus transtornos físicos e mentais. A partir do século XX diversos movimentos que buscavam igualdade entre os gêneros e respeito à diversidade tem alcançado avanços na saúde pública, como maior atenção para grupos caracterizados como minoritários, como mulheres, população LGBT e também adolescentes, considerando-os como sujeitos de direitos e que tem autonomia para viver sua sexualidade. Atualmente, o Movimento Escola sem partido, que defende a restrição da educação sexual nas escolas, pode significar um retrocesso nos avanços conquistados, especialmente no que concerne ao entendimento referente à influência que as questões culturais e sociais têm na formação da identidade sexual dos sujeitos.

Conforme evidenciado nesta dissertação, a estratégia preventiva e de transmissão de informações sobre sexualidade tem impactado tanto a saúde física como emocional dos adolescentes, a partir de situações de discriminação e preconceito. Defende-se, dessa maneira, que pesquisas futuras sobre essa temática fomentem uma postura crítica em relação a vivência da sexualidade por meio de uma perspectiva integrativa que abarque a diversidade de enquadramentos sociais, culturais e subjetivos dos jovens brasileiros.

Referências da Dissertação

- Ayres, J.R.C.M., França Júnior, I., Calazans, G.J., & Saletti Filho, H. (2009). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: D.Czeresnia, & C.M. de Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 123-143). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Bertoni, N., Bastos, F.I., Mello, M.B., Makuch, M.Y., Sousa, M.H., Osis, M.J., & Faúndes, A. (2009). Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(6), 1350-1360. doi: 10.1590/S0102-311X2009000600017
- Böing, E., Crepaldi, M.A. & Moré, C.L.O.O. (2008). Pesquisa com famílias: aspectos teórico-metodológicos. *Paidéia*, 18(40), 251-266.
- Brasil (2000). Projeto de lei nº 3.688-E de 2000. Retrieved from http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=13881CC721CAFA4D90FED540A96343E6.node1?codteor=1115163&filename=Avulso+-PL+3688/20000
- Brasil (2017). Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico Aids e DST*. Retrieved from <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaid-2017>
- Chimeli, I.V., Nogueira, M.J., Pimenta, D.N. & Schal, V.T. (2016). A abstração do risco e a concretude dos sujeitos: uma reflexão sobre os comportamentos de risco no contexto da adolescência. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 26(2), 399-415.
- Dallo, L., & Martins, R.A. (2018). Associação entre as condutas de risco do uso de álcool e sexo desprotegido em adolescentes numa cidade do Sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 303-314. doi: 10.1590/1413-81232018231.14282015

- Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 381-387.
- Espada, J.P., Morales, A., & Orgilés, M. (2014). Riesgo sexual en adolescentes según la edad de debut sexual. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1), 53-60.
- Féres-Carneiro, T., & Lo Bianco, A.C. (2003). Psicologia clínica: uma identidade em permanente construção. In O.H. Yamamoto & V.V. Gouveia (Ed.). *Construindo a Psicologia Brasileira: desafios da ciência e da prática psicológica* (pp. 99-119). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo
- Furlani, J. (2011). *Educação sexual na sala de aula: relações de gênero, orientação sexual e igualdade étnico-racial numa proposta de respeito às diferenças*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Louro, G.L. (2015). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte, MG: Autêntica Editora.
- Nardi, H.C., & Quartiero, E. (2012). Educando para a diversidade: desafiando a moral sexual e construindo estratégias de combate à discriminação no cotidiano escolar. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, (11), 59-87. doi: 10.1590/S1984-64872012000500004
- Moura, L.R., Lamounier, J.R., Guimarães, P.R., Duarte, J.M., Beling, M.T.C., Pinto, J.A., Goulart, E.M.A., & Grillo, C.F.C. (2013). A lacuna entre o conhecimento sobre o HIV/AIDS e o comportamento sexual: uma investigação com adolescentes de Vespasiano, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 29(5), 1008-1018. doi: 10.1590/S0102-311X2013000500018
- Oliveira, N.P., Béria, J.U., & Schermann, L.B. (2014). Sexualidade na adolescência: um estudo com escolares da cidade de Manaus/AM. *Aletheia*, 43(44), 129-146.

- Organização Pan-Americana da Saúde (2017). Ministério da Saúde. *Saúde e sexualidade de adolescents. Construindo equidade no SUS*. Brasília: DF. Retrieved from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34279>
- Preto, N.G. (2011). Transformação do sistema familiar na adolescência. In B. Carter, & M. McGoldrick (Orgs.), *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (pp.223-230). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Ruiz, P. R., Molinero, L.R., Miguelsanz, J.M.M., Rodriguez, V.C. (2015). Factores de riesgo de la precocidade sexual en adolescentes. *Revista Pediatria Atencion Primaria*, 17, 127-136.
- Spencer, G., Doull, M., & Shoveller, J.A. (2012). Examining the concept of choice in sexual health interventions for young people. *Youth & Society*, 46(6), 756-778. doi: 10.1177/0044118X12451277
- Teixeira, A.M.F.B., Knauth, D.R., Fachel, J.M.G., & Leal, A.F. (2006). Adolescentes e o uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(7), 1385-1396. doi: 10.1590/S0102-311X2006000700004
- Vasconcellos, M.J.E. (2013). *Pensamento Sistêmico: o novo paradigma da ciência*. Campinas, SP: Papirus.
- Wang, B., Stanton, B., Li, X., Cottrell, L., Deveaux, & Kaljee, L. (2013). The influence of parental monitoring and parente-adolescent communication on Bahamian adolescente risk involvement: a three-year longitudinal examination. *Social Science & Medicine*, 97, 161-169. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.08.013

Apêndice A

Questionário de Dados Sociodemográficos e Comportamentos Sexuais

Inicialmente, gostaríamos de agradecer sua participação. Este questionário auxiliará a compreender melhor os comportamentos sexuais de adolescentes e fatores associados. Nele você encontrará questões sobre dados pessoais, sexualidade na adolescência, comportamentos sexuais de risco e educação sexual na escola. Este questionário é para ser **respondido individualmente e suas respostas serão mantidas em sigilo**. As informações pessoais não serão apresentadas para pessoas de fora do grupo de pesquisa, portanto responda de forma sincera!

Participante nº:

Aplicador: _____

Data: _____

PARTE 1	Dados sociodemográficos e gerais
1) Qual sua idade?	
2) Qual o bairro onde mora?	
3) Há quanto tempo reside na localidade acima?	
4) Com qual sexo você se identifica?	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro? Qual?
5) Qual seu ano escolar?	<input type="checkbox"/> 7º ano <input type="checkbox"/> 8º ano <input type="checkbox"/> 9º ano
6) Você já repetiu de ano?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, uma vez. <input type="checkbox"/> Sim, duas vezes <input type="checkbox"/> Sim, três ou mais vezes
7) Você trabalha no horário alternado à escola?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
8) Com quem você mora? Marque um X ao lado de todas as pessoas com quem você mora atualmente.	<input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Irmãos <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Meio-irmão <input type="checkbox"/> Avós <input type="checkbox"/> Tios

	<input type="checkbox"/> Cunhados <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Marido/esposa <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> Outros. Quem?			
9) Qual a escolaridade de sua mãe ou responsável?	<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental incompleto (1º grau) <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo (1º grau) <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto (2º grau) <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo (2º grau) <input type="checkbox"/> Ensino Superior incompleto (3º grau) <input type="checkbox"/> Ensino Superior completo (3º grau)			
10) Qual a escolaridade de seu pai ou responsável?	<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental incompleto (1º grau) <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo (1º grau) <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto (2º grau) <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo (2º grau) <input type="checkbox"/> Ensino Superior incompleto (3º grau) <input type="checkbox"/> Ensino Superior completo (3º grau)			
11) Qual a renda mensal de sua família?	<input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> menos de um salário mínimo (até R\$1.000) <input type="checkbox"/> um a dois salários mínimos (de R\$1.000 à 2.000) <input type="checkbox"/> três a cinco salários mínimos (de R\$3.000 à 5.000) <input type="checkbox"/> acima de cinco salários mínimos (acima de R\$5.000)			
12) Marque nas opções ao lado quais os itens que você possui em sua casa e a quantidade.		Sim	Não	Quantos
	Banheiro			
	Empregados domésticos			
	Automóvel			
	Computador			
	Lava louça			
	Geladeira			
	Freezer			
	Lava roupa			
	Dvd			
	Micro-ondas			
	Motocicleta			
Secadora de roupas				
13) Quais serviços públicos estão disponíveis em seu domicílio?		Sim	Não	
	Água encanada			
	Rua pavimentada			

14) Você tem alguma religião?	<input type="checkbox"/> Sim, tenho e pratico. <input type="checkbox"/> Sim, tenho, mas não sou praticante <input type="checkbox"/> Não
15) Faz ou já fez uso de bebidas alcoólicas?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, de vez em quando, uma vez no mês ou menos <input type="checkbox"/> Sim, aproximadamente duas vezes no mês <input type="checkbox"/> Sim, aproximadamente uma vez na semana <input type="checkbox"/> Sim, diariamente
16) Faz ou já fez uso de cigarro?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, de vez em quando <input type="checkbox"/> Sim, aproximadamente duas vezes no mês <input type="checkbox"/> Sim, aproximadamente uma vez na semana <input type="checkbox"/> Sim, diariamente
17) Faz ou já fez uso de outras drogas?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, maconha <input type="checkbox"/> Sim, cocaína <input type="checkbox"/> Sim, crack <input type="checkbox"/> Sim. Outra. Qual?
PARTE 2	Comportamentos sexuais e fatores associados
18) Como considera seu nível de conhecimento sobre sexo e sexualidade?	<input type="checkbox"/> Muito baixo <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Excelente
19) Como obteve as primeiras informações sobre sexo/sexualidade?	<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Televisão, revista ou jornal <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Escola <input type="checkbox"/> Posto de Saúde <input type="checkbox"/> Igreja <input type="checkbox"/> Outro Qual?
20) Com quem se sente a vontade para falar ou tirar dúvidas sobre sexo e sexualidade?	<input type="checkbox"/> Procuro sempre na internet ou em revista/televisão <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Com algum profissional da escola <input type="checkbox"/> No posto de saúde <input type="checkbox"/> Na igreja <input type="checkbox"/> Outro. Quem?
21) Na sua família, com quem costuma conversar sobre sexo/sexualidade?	<input type="checkbox"/> Não falamos sobre isto na minha família <input type="checkbox"/> Mãe ou cuidadora <input type="checkbox"/> Pai ou cuidador <input type="checkbox"/> Irmão/ Irmã <input type="checkbox"/> Outro. Quem?
22) Quais assuntos dos listados ao lado são discutidos/dialogados em sua família em relação ao tema sexo/sexualidade?	<input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Uso de preservativo e doenças sexualmente transmissíveis <input type="checkbox"/> Gestaçã/ anticoncepcional <input type="checkbox"/> Opções sexuais, diversidade, diferentes formas de vivenciar a sexualidade

	<input type="checkbox"/> Outro. Qual?
23) Você acha que conversar com a família sobre sexo e sexualidade pode ajudar você a pensar ou agir de forma diferente em relação a sua sexualidade?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
24) Como você avalia as informações sobre sexo e sexualidade que recebe na sua família?	<input type="checkbox"/> Ruim – não conversamos sobre sexo e sexualidade <input type="checkbox"/> Fraco – conversamos pouco, mas ajuda em algumas dúvidas <input type="checkbox"/> Médio - ajuda, mas não conversamos o suficiente <input type="checkbox"/> Boa - ajuda nas principais dúvidas e conversamos quando necessário <input type="checkbox"/> Excelente - sempre conversamos
25) Você gostaria de ter mais diálogo com sua família sobre sexo e sexualidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
26) Você já recebeu alguma informação sobre e/ou sexo e sexualidade na escola?	<input type="checkbox"/> Não, nunca <input type="checkbox"/> Sim, nas aulas de ciências/biologia <input type="checkbox"/> Sim, palestras ou atividades feita pelos profissionais da escola <input type="checkbox"/> Sim, palestras ou atividades feita por profissionais de fora da escola <input type="checkbox"/> Outro. Qual?
27) Se a resposta acima foi positiva, sobre quais assuntos eram essas informações recebidas? (marque mais de uma opção se necessitar)	<input type="checkbox"/> Reprodução, anatomia, partes do corpo feminino e masculino <input type="checkbox"/> Infecções sexualmente transmissíveis <input type="checkbox"/> Gestação <input type="checkbox"/> Práticas sexuais, diversidade, diferentes formas de vivenciar a sexualidade <input type="checkbox"/> Outro. Qual?
28) Como você avalia as informações sobre sexo e sexualidade que foram realizadas na escola?	<input type="checkbox"/> Ruim porque não me ajudou com minhas dúvidas <input type="checkbox"/> Fraco, mas me ajudou com algumas dúvidas <input type="checkbox"/> Médio, ajudou com minhas dúvidas, mas não foi o suficiente <input type="checkbox"/> Boa, ajudou nas principais dúvidas <input type="checkbox"/> Excelente, esclareceu todas minhas dúvidas
29) Você acha que as informações sobre sexo e sexualidade recebidas na escola auxiliam você a pensar ou agir de forma diferente em relação a sua sexualidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
30) Você gostaria de ter mais atividades de orientação sexual na escola?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

31) Quem seria o profissional mais indicado para exercer estas atividades?	<input type="checkbox"/> Profissionais da escola <input type="checkbox"/> Professores <input type="checkbox"/> Profissionais de fora da escola <input type="checkbox"/> Outro. Quem?
32) Você está se relacionando amorosamente com alguém no momento?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim
33) Você sente desejo de se relacionar sexualmente com alguém?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
34) Quais métodos preventivos você conhece?	<input type="checkbox"/> Não conheço <input type="checkbox"/> Preservativo/camisinha masculino <input type="checkbox"/> Preservativo/camisinha feminino <input type="checkbox"/> Outro. Qual?
35) Quais métodos para evitar a gravidez você conhece? Marque um X ao lado das opções que conhece	<input type="checkbox"/> Preservativo/camisinha <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Tabela <input type="checkbox"/> Pílula de uso contínuo <input type="checkbox"/> Pílula do dia seguinte <input type="checkbox"/> Coito interrompido <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Outro. Qual?
36) Você pretende utilizar algum método preventivo em suas relações sexuais futuras?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual?
37) Você sente que precisa tirar dúvidas em relação a sexo ou sexualidade?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
38) Quem você acha que poderia lhe ajudar a esclarecer suas dúvidas? (escreva ao lado)	
39) Você já teve relações sexuais? Caso a resposta seja positiva siga respondendo ao questionário. Caso a resposta seja negativa você completou o questionário. Obrigada!	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
40) Que idade tinha quando teve a primeira relação sexual?	
41) Ao longo de sua vida você já transou com:	<input type="checkbox"/> só com meninas/mulheres <input type="checkbox"/> só com meninos/homens <input type="checkbox"/> ambos
42) O que levou você a se relacionar sexualmente?	<input type="checkbox"/> estava em um compromisso sério com uma pessoa e senti que era o momento

	<input type="checkbox"/> estava com vontade e/ou estava planejando e/ou rolou a oportunidade, mas não foi com um(a) companheiro(a) fixo(a)/namorado(a). <input type="checkbox"/> não sei ao certo, apenas rolou a oportunidade e eu acabei fazendo, não foi planejado <input type="checkbox"/> me senti pressionado/a pelo(a) companheiro(a) ou pela pessoa com quem me envolvi <input type="checkbox"/> me senti pressionado/a pelos amigos que já tinham iniciado a vida sexual <input type="checkbox"/> Outro.
43) Utilizou preservativo/camisinha na sua primeira relação sexual?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
44) Utilizou preservativo/camisinha na sua última relação sexual?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
45) Qual a frequência de uso de preservativo/camisinha em suas relações sexuais?	<input type="checkbox"/> Sempre uso. Todas as vezes <input type="checkbox"/> Uso em mais da metade das vezes <input type="checkbox"/> Uso em metade das vezes <input type="checkbox"/> Uso menos da metade das vezes, quase nunca <input type="checkbox"/> Nunca uso
46) Utiliza algum método para evitar gravidez?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual?
47) Você se considera vulnerável para adquirir alguma doença/infecção sexualmente transmissível, incluindo HIV/AIDS?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
48) Já teve algum sintoma que achou que pudesse ser de doença/infecção sexualmente transmissível?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual?
49) Já teve alguma doença/infecção sexualmente transmissível diagnosticada?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Sim, HPV <input type="checkbox"/> Sim, sífilis <input type="checkbox"/> Sim, outra. Qual?
50) Você já engravidou ou já engravidou alguma parceira sexual?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
51) Quantos parceiros(as) sexuais já teve até hoje?	
52) Quantos parceiros(as) sexuais teve no último mês?	
53) Quantas vezes você tem relação sexual por mês?	<input type="checkbox"/> Só tive uma relação sexual até hoje <input type="checkbox"/> Menos de uma vez por mês <input type="checkbox"/> Uma vez por mês <input type="checkbox"/> De quinze em quinze dias <input type="checkbox"/> Uma vez por semana

	<input type="checkbox"/> Mais de uma vez por semana. Quantas? _____
54) Se na hora da relação sexual seu (sua) parceiro(a) não quiser usar preservativo/camisinha, o que você faz?	<input type="checkbox"/> Deixo de transar <input type="checkbox"/> Tento convencê-lo(la), mas se não for possível, transo mesmo assim, só neste dia! <input type="checkbox"/> Transo mesmo assim
55) Com que frequência utiliza álcool antes de ter relações sexuais?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Já fiz isto, mas poucas vezes <input type="checkbox"/> Já fiz isto algumas vezes <input type="checkbox"/> Sempre
56) Com que frequência utiliza cigarro ou outras drogas antes de relações sexuais?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Já fiz isto, mas poucas vezes <input type="checkbox"/> Já fiz isto algumas vezes <input type="checkbox"/> Sempre
57) Onde você costuma adquirir preservativos/camisinha?	<input type="checkbox"/> Não costumo adquirir, deixo isto para o(a) parceiro(a) <input type="checkbox"/> Em casa, com algum familiar <input type="checkbox"/> Com amigos <input type="checkbox"/> Na escola <input type="checkbox"/> No posto de saúde <input type="checkbox"/> Na igreja <input type="checkbox"/> Na farmácia <input type="checkbox"/> Outro local. Onde? _____
58) Quais das seguintes práticas sexuais você já teve:	<input type="checkbox"/> Sexo vaginal <input type="checkbox"/> Sexo oral <input type="checkbox"/> Sexo anal <input type="checkbox"/> Sexo com mais de uma pessoa – grupal <input type="checkbox"/> Masturbação mútua – com outra pessoa <input type="checkbox"/> Outra. Qual?
59) Como seus pais reagiram ou reagiriam ao saber de suas relações sexuais?	<input type="checkbox"/> ficaram/ficariam preocupados e não aprovariam <input type="checkbox"/> me xingaram/ me xingariam <input type="checkbox"/> me bateram/ bateriam em mim <input type="checkbox"/> me proibiram/proibiriam de ver meu namorado(a) e de sair de casa <input type="checkbox"/> deram/dariam conselhos sobre sexo seguro e outros assuntos <input type="checkbox"/> não fizeram nada / não fariam nada <input type="checkbox"/> Outro _____

Muito obrigada por sua participação!

Apêndice B

Roteiro Semiestruturado do grupo focal

Roteiro para o Grupo Focal com Adolescentes

Rapport: Inicialmente, gostaria de agradecer por vocês terem aceitado o convite de participar desta pesquisa que visa compreender a percepção de adolescentes sobre os comportamentos sexuais de risco e sobre sexualidade de uma forma geral. Como vocês já leram e assinaram o TCLE, gostaria de reafirmar que a participação nessa pesquisa é voluntária e caso sintam qualquer problema que tenha relação com a pesquisa, terão direito a assistência psicológica gratuita. O propósito deste encontro é conversarmos sobre alguns aspectos relacionados à sexualidade na adolescência. Eu gostaria de pedir a autorização para a gravação deste momento e assegurar-lhes o sigilo e a proteção deste material, que será utilizado unicamente para fins dessa pesquisa. A proposta é que a partir de algumas questões que vou fazer, vocês possam falar sobre as suas percepções e sentimentos.

- 1) Eu gostaria que vocês começassem me dizendo o que significa sexo e sexualidade para vocês?
- 2) Sentem que há alguma diferença entre meninos e meninas na maneira de vivenciar a sexualidade? Qual?
- 3) Vocês acham que é difícil falar sobre o assunto? Por quê? Com quem é mais fácil e mais difícil falar sobre sexo e sexualidade? Por quê?
- 4) Quais assuntos vocês tem mais interesse considerando esses temas: sexo e sexualidade?
- 5) Quando vocês tem dúvidas com que costumam conversar sobre sexo e sexualidade? Onde costumam buscar informações sobre os assuntos?
- 6) Já tiveram alguma conversa ou informação sobre sexualidade na escola? De que tipo? Como foi este momento? Quem foi que conversou com vocês sobre isso? Foi possível tirar dúvidas? Consideram este tema como importantes de serem discutidos na escola? Porque?
- 7) E na família, como é conversar sobre sexo e sexualidade? Vocês tem costume de conversar, tirar suas dúvidas sobre sexo ou sexualidade na família? Com quem costumam

conversar? (Caso a resposta seja negativa) Devido a qual fator vocês acham que é difícil falar sobre isso em casa?

8) O que consideram importante na primeira relação sexual? O que vocês acham que leva alguém a ter a primeira relação sexual?

9) O que vocês acham importante considerar quando se pretende iniciar a vida sexual? Quais vantagens, desvantagem, ou o que é bom e o que pode ser ruim em ter relações sexuais?

10) Vocês acham que tem alguma coisa arriscada em ter relações sexuais? O que seria?

11) O que vocês acham da camisinha? Porque existem pessoas que usam e pessoas que não usam e o que leva alguém a usar e não usar camisinha?

12) O que vocês acham de outros métodos anticoncepcionais além da camisinha? Quais vocês conhecem? Tem algum que acham melhor? Por quê? Quais as dificuldades de usar outros métodos anticoncepcionais?

13) Como vocês entendem a gestação da adolescência?

Ao fim do grupo focal, pretende-se realizar um fechamento com o grupo, visando avaliar possíveis incômodos gerados, dúvidas ou outros questionamentos.

Apêndice C

Carta de Anuência para Realização da Pesquisa

Este é um convite para a escola _____(nome) autorizar a realização da pesquisa intitulada “Práticas Educativas Parentais e Problemas Emocionais e de Comportamento em Adolescentes com Altas Habilidades/Superdotação Intelectivas” com seus alunos adolescentes matriculados no ensino fundamental e médio. O objetivo desta pesquisa é investigar a associação entre as práticas educativas e os problemas emocionais de comportamento em adolescentes com altas habilidades/superdotação. A pesquisadora responsável é a mestranda Erica Andrade, sob orientação da professora Angela Helena Marin, do curso de pós-graduação em psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Espera-se que os resultados deste estudo sirvam para alicerçar propostas de intervenção no sentido de desenvolver ações de promoção e prevenção à saúde mental junto aos adolescentes com altas habilidades/superdotação.

Caso você autorize a realização do estudo, os alunos participantes responderão aos questionários da pesquisa em formulário próprio. Em caso de algum problema que a escola possa ter relacionado com a pesquisa, os participantes terão direito a assistência gratuita que será prestada pela equipe de psicologia do Projeto Ambulatorial de Atenção à Saúde – PAAS (UNISINOS) ou por psicólogos da rede pública de saúde. Você, como diretora da escola, pode se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo.

Você sempre poderá obter informações sobre o andamento deste estudo e/ou seus resultados. Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para a pesquisadora responsável, mestranda Erica Andrade, celular (51) 999795454 ou para a Profa. Angela, telefone (51) 3591-1122 – Ramal: 2229.

Os dados que serão fornecidos para a pesquisa serão confidenciais e divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo revelação de nenhuma informação que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pela pesquisadora responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de cinco anos.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável. Sua autorização para a realização do estudo se confirma com a assinatura deste documento.

São Leopoldo, ____/____/2017

Direção da escola

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora responsável

Nome: Erica Andrade

Assinatura: _____

Orientadora

Nome: Angela Helena Marin

Assinatura: _____

Apêndice D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - Mãe, pai ou responsável legal –

Este é um convite para você participar e autorizar _____ (nome do/a adolescente) a fazer parte da pesquisa intitulada "Práticas Educativas Parentais e Problemas Emocionais e de Comportamento em Adolescentes com Altas Habilidades/Superdotação Intelectivas", que tem como pesquisadora responsável a mestranda Erica Andrade, sob orientação da professora Angela Helena Marin, do Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Esta pesquisa pretende investigar a associação entre as práticas educativas parentais e os problemas emocionais de comportamento em adolescentes com altas habilidades/superdotação matriculados em escolas públicas de Porto Alegre/RS. Espera-se que os resultados deste estudo sirvam para alicerçar propostas de intervenção no sentido de desenvolver ações de promoção e prevenção à saúde mental junto aos adolescentes com altas habilidades/superdotação.

Caso você autorize seu filho a participar, ele deverá responder aos questionários da pesquisa que serão respondidos em formulário próprio. Os questionários são individuais para cada participante e a aplicação realizada individual e coletivamente na escola. Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você e o/a adolescente terão direito a assistência gratuita que será prestada pela equipe de psicologia do Projeto Ambulatorial de Atenção à Saúde – PAAS (UNISINOS) ou por psicólogos da rede pública de saúde. Você pode se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo.

Você sempre poderá obter informações sobre o andamento deste estudo e/ou seus resultados. Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para a pesquisadora responsável, mestranda Erica Andrade, celular (51) 999795454 ou para a Profa. Angela, telefone (51) 3591-1122 – Ramal: 2229.

Os dados que você irá fornecer serão confidenciais e divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhuma informação que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pela pesquisadora responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de cinco anos.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável. Sua autorização para o/a adolescente fazer parte deste estudo se confirma com sua assinatura neste documento.

São Leopoldo, ___/___/_____

CEP – UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 20/04/2017

Participante da pesquisa

Nome: _____ Assinatura: _____

Pesquisadora responsável

Nome: Erica Andrade Assinatura: _____

Apêndice E

Termo de Assentimento



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE ASSENTIMENTO

- Adolescentes -

Este é um convite para você participar da pesquisa intitulada "Práticas Educativas Parentais e Problemas Emocionais e de Comportamento em Adolescentes com Altas Habilidades/Superdotação", que tem como pesquisadora responsável a mestranda Erica Andrade, sob orientação da Angela Helena Marin, professora do Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Esta pesquisa pretende investigar a associação entre as práticas educativas parentais e os problemas emocionais de comportamento em adolescentes com altas habilidades/superdotação matriculados em escolas públicas de Porto Alegre/RS. Espera-se que os resultados deste estudo sirvam para desenvolver ações de promoção e prevenção à saúde mental de adolescentes com altas habilidades/superdotação.

Caso você decida participar, você deverá responder ao questionário de pesquisa, que serão respondidos em formulário próprio individual com aplicação em sala de aula. Em caso de algum problema que você possa ter relacionado com a pesquisa, você terá direito a assistência gratuita que será prestada pela equipe de psicologia do Projeto Ambulatorial de Atenção à Saúde – PAAS (UNISINOS) ou por psicólogos da rede pública de saúde. Você pode se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo, bem como se recusar a responder as perguntas que lhe causem constrangimento de qualquer natureza.

Você sempre poderá obter informações sobre o andamento deste estudo e/ou seus resultados. Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para a pesquisadora responsável, mestranda Erica Andrade, celular (51) 999795454 ou para a Profa. Angela, telefone (51) 3591-1122 – Ramal: 2229.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhuma informação que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pela pesquisadora responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de cinco anos.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável. Sua participação no estudo se confirma com sua assinatura neste documento.

São Leopoldo, ___/___/____

CEP – UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 20/04/2017

Participante da pesquisa

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora responsável

Nome: Erica Andrade

Assinatura: _____

Assinatura: _____