



PERCEÇÕES DE MÃES ADOLESCENTES SOBRE AS CAUSAS DA GRAVIDEZ: IMPLICAÇÕES PARA A EDUCAÇÃO EM SEXUALIDADE

Maria Inês Bastos

inesbastos1@gmail.com

Teresa Vilaça

Universidade do Minho

tvilaca@ie.uminho.pt

Resumo

O início da vida sexual ativa cada vez mais precoce, a pouca informação sobre os aspetos biológicos do sexo e da gravidez e a fraca utilização dos métodos contraceptivos, podem ajudar a justificar o elevado número de adolescentes que engravidam. Neste sentido, esta investigação visou: i) caracterizar as razões porque grávidas e mães adolescentes engravidaram; ii) identificar as formas de prevenção da gravidez que vão utilizar no futuro. Os dados foram recolhidos numa amostra de conveniência de adolescentes grávidas (n=6) e adolescentes mães (n=6), através de uma entrevista semiestruturada. Todas as entrevistas foram transcritas e analisadas através da criação de um sistema de categorias indutivo. Os resultados mostraram que a maior parte destas adolescentes tinha falta de conhecimento acerca do funcionamento dos métodos contraceptivos, nomeadamente, na toma da pílula e uso do preservativo, tendo o seu conhecimento aumentado com a experiência da gravidez. Como consequência, este estudo salienta a necessidade de incluir no currículo de ciências e nos projetos de educação em sexualidade a prevenção da gravidez não planeada na adolescência.

Palavras-chave: gravidez na adolescência; métodos contraceptivos; educação em sexualidade; educação em ciências

Introdução

A gravidez na adolescência é um problema no nosso país, muito embora desde há duas décadas se assista a uma diminuição do número de gravidezes em mães com menos de 20 anos de idade (Figueiredo, 2001). Em 2006, de acordo com Carvalho (2010), 23 raparigas em cada mil tiveram uma gravidez precoce, estando entre as principais causas os fatores económicos, abusos sexuais e violência doméstica. Segundo a autora, nesse ano a taxa de mães adolescentes em





Portugal rondou os 15.6%, em 2000 a taxa situou-se em 22,0%, aproximando-se dos níveis do início da década anterior, mas desde então o movimento descendente foi nítido, passando para uma taxa de 14,7% em 2010. De acordo com estes dados verifica-se que a taxa de gravidez na adolescência em Portugal vai diminuindo, embora continue a ser uma grande preocupação social.

Carvalho (2010) defende que quando analisamos o número de gravidezes precoces e de bebés nascidos de mãe e pai adolescentes, para ter uma visão mais ampla do problema e o contextualizar, é importante analisar os indicadores demográficos e sociais. Na sua perspetiva, a qual se compartilha neste estudo, ao longo das últimas quatro décadas Portugal passou por um importante processo de transformação em diferentes domínios da vida social: na economia (crescimento da industrialização e dos serviços, transformações ao nível do emprego, crescimento urbano), cultural (transformações nas crenças e práticas religiosas e na influencia das instituições religiosas, transformação dos valores familiares, laicização, emergência de culturas juvenis, mudança nas ideologias e na relação com a política, mudanças nos estilos de vida) e social (expansão e transformação do sistema educativo e ampliação da escolarização, políticas sociais, crescimento de emprego feminino, equipamentos sociais de assistência à infância, emergência de movimentos sociais).

Em síntese, em termos gerais, as implicações de uma gravidez adolescente, com desfecho na maternidade, revelam-se através da fragilidade e vulnerabilidade biológica, psicológica e social da mãe adolescente face à adaptação ao novo papel. Assim, esta investigação visou: i) caracterizar as razões porque grávidas e mães adolescentes engravidaram; ii) identificar as formas de prevenção da gravidez que vão utilizar no futuro.



Enquadramento teórico

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2014) a adolescência situa-se entre os 10 e os 19 anos, e corresponde a um período de vida com necessidades e direitos específicos de desenvolvimento e saúde que inclui o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, aprender a gerir emoções e relacionamentos, e adquirir atributos e habilidades que serão importantes para desfrutar os anos da adolescência e assumir os papéis de adultos/as. Esta definição operacional é adotada pelos serviços de saúde, e tem em conta o facto de hoje se presenciar um fenómeno de “adolescência estendida” (Lemos, 2007). A grande maioria dos/as adolescentes estão, portanto, incluídos/as na definição de "criança", aprovada pela Convenção sobre os Direitos da Criança, como uma pessoa com idade inferior a 18 anos (United Nations, 1989). Quando os dados são descritos para analisar a extensão das mudanças na saúde nos/as jovens adultos/as, há alguma sobreposição com o conceito de adolescência da OMS, pois correspondem à faixa etária dos 10-24 anos que é cada vez mais dividida em três categorias: 10-14 anos (início de adolescência); 15-19 anos (final da adolescência); e 20-24 anos (jovens adultos/as) (Gore, Bloem, Patton et al., 2011; Patton, Coffey, Sawyer et al., 2009).

A autoestima dos/as adolescentes, constrói-se com base nas relações de vinculação e de cumplicidade vividas por cada um e são essas mesmas relações que permitem que ela perdure (Laporte & Sévigny, 2002). De acordo com Sousa (2011), uma das descobertas que ocorre na adolescência é a sexualidade, sendo nesta fase do ciclo de vida que a maior parte dos indivíduos se torna sexualmente ativa e que acaba por criar novas relações afetivas. O autor explica que a descoberta da sexualidade tem implicações relativamente ao distanciamento afetivo e psicológico para com os pais e toda a família em geral, acabando por



provocar algum desequilíbrio familiar.

Carvalho (2010) refere que atualmente é geralmente aceite que uma informação correta sobre os métodos contraceptivos pode diminuir o risco de gravidez precoce. No entanto, constata nos seus estudos que mesmo quando tiveram acesso a essa informação, os/as adolescentes com frequência não fazem uso dos métodos contraceptivos, o que se deve, em parte, à fase de desordem emocional que estão a vivenciar, preferindo muitas vezes, optar pelo risco. A autora salienta que os/as adolescentes que começam um relacionamento sexual em idades precoces podem engravidar sem intenção, estando as causas dessas situações frequentemente associadas à falta de capacidade de avaliação das possíveis consequências das suas ações, vivendo no presente um prazer efêmero. Vilaça (2006), fez uma revisão de literatura e acrescentou alguns fatores que determinam a opção por comportamentos de risco sexual na adolescência, nomeadamente: procurarem a informação sobre sexualidade junto dos pares que têm em comum a sua inexperiência na sexualidade; receberem pouca informação sobre sexualidade por parte dos/as adultos/as; improvisarem as suas condutas baseados em conhecimentos muito parciais e, muitas vezes, imprecisos (ex., não saberem como explicar que querem usar o preservativo ou não saberem utilizá-lo ou, por vários fatores, não o têm ao seu dispor quando precisam dele); ser típico terem comportamentos de risco por estarem numa fase de desenvolvimento em que as suas capacidades cognitiva e social estão limitadas (as capacidades para considerar o futuro, antecipar as consequências e decisões e para integrar o conhecimento específico em sistemas coerentes aumentam durante a adolescência); abusarem de substâncias o que poderá predizer comportamentos de risco (o uso de álcool antes de encontros sexuais aumenta significativamente a probabilidade de selecionar casualmente um novo parceiro, não discutir a relação



sexual antes de a ter e não usar o preservativo durante as relações sexuais); estarem naturalmente inclinados para assumirem o risco em vários domínios, nomeadamente no da sexualidade (é normativo para os/as adolescentes acreditarem que são insensíveis a acontecimentos negativos e, por isso, sentirem-se invulneráveis; é normativo terem o risco como um valor e não quererem parecer menos aventureiros que os seus pares, por exemplo, exibir preocupações neuróticas); e a sociedade impedir o acesso aos recursos necessários ao exercício da sua sexualidade, porque se posiciona em relação a ela com hipocrisia, negando a sua evidência.

Metodologia

Descrição geral do estudo. Neste estudo, de natureza exploratória, optou-se pela entrevista semiestruturada como instrumento de recolha de dados, pois através dela o/a investigador/a percebe a forma como os sujeitos interpretam as suas vivências, já que “é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do/a próprio/a sujeito/a, permitindo ao/à investigador/a desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os/as sujeitos/as interpretam os aspetos do mundo” (Bogdan & Biklen, 1994, p.134). Procuramos garantir que todas as participantes, adolescentes grávidas (à frente designadas por G) ou já mães (à frente designadas por M), respondessem às mesmas questões, não exigindo uma ordem rígida nas mesmas, deixando que o desenvolvimento da entrevista se fosse adaptando à entrevistada, mantendo flexibilidade entre as questões. As entrevistas foram aplicadas após a aprovação da investigação pela Comissão de Ética e da assinatura de um consentimento informado por cada entrevistada.



Participantes. Participaram nesta investigação seis adolescentes grávidas e seis adolescentes mães, com idades entre os 16 e 23 anos, maioritariamente solteiras, à exceção de duas, uma divorciada e outra que vivia em união de facto. Dez adolescentes estudavam e encontravam-se em cursos profissionais técnicos. Duas adolescentes não estudavam, uma encontrava-se desempregada e outra era empregada de supermercado. O tempo de gestação das adolescentes grávidas variou entre as 10 e 38 semanas. Quanto à idade dos bebés das adolescentes mães, variou de 1 mês aos 7 anos de idade.

Apresentação e discussão dos resultados

Razões pelas quais as adolescentes engravidaram. Quando se perguntou às grávidas (n= 6) e mães (n=6) adolescentes como surgiu a sua gravidez, verificou-se que a maior causa foi a não utilização de contraceção (Tabela 1).

Tabela 1
Razões pelas quais as adolescentes engravidaram

Razões	Mães adolescentes (n=6)						Grávidas adolescentes (n=6)						Total	
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	Total	G1	G2	G3	G4	G5		G6
Não utilizou nenhum contraceptivo		•		•	•		3	•		•	•	•		4
Antibiótico cortou o efeito da pílula	•						1							0
Utilizou como prevenção o afastamento pénis						•	1							0
Preservativo rebentou							0						•	1
Foi uma gravidez planeada			•				1		•					1

Os excertos das entrevistas apresentados a seguir ilustram a primeira categoria de análise: “Não utilizou nenhum método contraceptivo”:



Foi com o pai da minha filha que perdi a virgindade, engravidei na primeira vez que tivemos relações, aconteceu porque não utilizamos nenhum método contraceptivo...(Ent.M2).

Na altura em que conheci, o pai do meu filho, ele era casado, eu gostava muito dele e prometeu-me deixar a mulher e ficar comigo. Eu acreditei, pensei que era desta que tinha arranjado um namorado e entreguei-me a ele “se é que me faço entender”. Tivemos relações sem nenhuma precaução, ele disse que não era preciso...(Ent.M4).

A minha história com o meu companheiro começou de uma forma muito engraçada, eu era amiga da filha dele, andávamos a estudar juntas e às vezes ia lá para casa, comecei a gostar do pai dela, e ele começou a gostar de mim e pronto aconteceu. Tivemos relações, nunca usei nada, nem eu nem ele, por isso nasceu a Beatriz...(Ent.M5).

Engravidei porque não usamos o preservativo e eu não tomava a pílula (Ent.G1).

A minha história é muito complicada (...), apaixonei-me pelo rapaz errado, ele só se quis aproveitar de mim, levou-me para um lugar isolado, tivemos relações e mais tarde descobri que estava grávida. Tínhamos sempre relações sem precaução, ele dizia que lhe doía (Ent.G4).

Uma entrevistada que engravidou aos 21 anos e outra aos 16 anos, descreveram assim a sua falta de informação relativamente aos métodos contraceptivos e sua utilização:

Estava a tomar antibiótico... só sei que dei conta que estava grávida aos 5 meses! Tomava a pílula, o antibiótico cortou efeito da pílula, vim a saber depois, porque nunca ninguém me disse. (Ent. M1).

Não foi nada de muito especial, já namorava com o pai da minha filha e foi no início da minha vida sexual. Doía-me um bocadinho e ele dizia que sem preservativo doía menos. Então não usávamos e, mesmo assim, não chegávamos ao fim. Mas mesmo assim, fizemos a nossa filha... Não tomava nada, era para tomar, fiquei à espera do período mas nunca mais veio... (Ent.M6).

Estas adolescentes estavam a fazer planeamento familiar, mas por falta de informação engravidaram. A primeira por não ter conhecimento que alguns antibióticos cortam o efeito da pílula e a segunda por pensar, erradamente, que o afastamento do pénis antes da ejaculação é um método de prevenção seguro.

Duas entrevistadas engravidaram por opção pessoal, apresentando diversas razões para o fazer, como se pode ver na voz da entrevistada seguinte com 19 anos:

Muitas chatices, alguns problemas... A gravidez surgiu por parte dos dois. Se for a ver, na



altura ele era imigrante, eu estava naquela idade 13/14 anos, da maluqueira, por assim dizer e queria ir com ele... Os meus pais, lógico não deixaram. Na nossa cabeça era: os meus pais se eu engravidar poem-me na rua e vou com ele... Tive muita sorte. Fiquei por cá. Se tivesse ido não sei o que seria da minha vida. Hoje olho para trás e vejo o quanto errei. Foi uma gravidez planeada, tipo vamos fazer o bebé, depois ficou tudo um bocadinho à deriva. (Ent.M3).

Formas de prevenção da gravidez no futuro. As adolescentes foram questionadas acerca do que iriam fazer no futuro para prevenir a gravidez não planeada. Todas, excepto as entrevistadas M4, G5 e G6 referiram o uso da pílula:

Eu não tive muita opção. Depois de ter a minha filha colocaram-me o implanon. Disseram-me que estava protegida por 3 anos e fiquei mais sossegada, mas caso tivesse opção, certamente ia começar a tomar a pílula (Ent.M4).

Neste momento, estou a tomar a pílula da amamentação, sei que tenho que ter cuidado, mas não temos tido relações. Depois conto tomar a pílula normal (Ent.M1).

Já iniciei com a pílula e para já estou a dar-me bem (Ent.M6).

Mal tive o bebé, comecei logo a tomar a pílula, comecei com a da amamentação, agora já estou na normal, até agora nunca me esqueci (Ent. M5).

O uso da pílula do dia seguinte também foi referido pelas entrevistadas como forma de prevenção (Ent. G3,G4). G3 explicou: “A pílula do dia seguinte, só uso numa emergência, agora já sei, se me perguntasse algum tempo atrás desconhecia-a”.

Com exceção de duas entrevistadas (Ent. M4, G4), o preservativo como método de prevenção da gravidez foi referido por todas as adolescentes:

O uso do preservativo é muito importante, não só para prevenir a gravidez, como também prevenir doenças, depois que nascer o meu filho e voltar à atividade sexual vou usar (Ent.G2). Já disse ao meu companheiro, a partir de agora usamos sempre o preservativo, mesmo eu estando grávida, nunca se sabe, quem cai à primeira não cai à segunda (Ent.G5). Acho o preservativo muito importante, previne a gravidez e as doenças (Ent.G2). No centro de saúde já me deram alguns preservativos, tenho que os usar, senão passam a validade (Ent. M3)

Discussão dos resultados. Uma das explicações possíveis para a não utilização da contracepção, como se verificou neste estudo, foi as adolescentes não planearem a gravidez e a impulsividade associada ao momento vivido. Esta



característica é típica dos/as adolescentes por estarem numa fase de desenvolvimento em que as suas capacidades cognitiva e social estão limitadas; uma vez que as capacidades para considerar o futuro, para antecipar as consequências e decisões e para integrar o conhecimento específico em sistemas cognitivos coerentes aumentam durante a adolescência (Vilaça, 2006). Outro fator, é a ideia de que na primeira relação sexual não se engravida (Carvalho, 2010) e confiarem no namorado como uma fonte de informação segura sobre prevenção, estando eles, por vezes, tão desinformados como as suas parceiras (Vilaça, 2006). A falta de conhecimento e informação relativamente à saúde sexual foi um dos fatores explicativos para a falta de comportamentos de prevenção da gravidez neste estudo, nomeadamente não saberem que alguns antibióticos cortam o efeito da pílula ou que o afastamento do pénis não é um método contraceptivo, tal como referem outros estudos semelhantes (Santos & Schor, 2003).

Para estas entrevistadas, as formas de prevenção, ficaram mais presentes e mais conscientes com o surgimento da gravidez. Para fazer face a esta situação, as estratégias de sensibilização e prevenção da gravidez na adolescência dentro dos contextos onde estas adolescentes residem são fundamentais, especialmente nas escolas dos ensinos básico e secundário que todos/as os/as adolescentes frequentam obrigatoriamente.

Considerações finais

Conclusões principais. A falta de conhecimento acerca do funcionamento dos métodos contraceptivos, nomeadamente, na toma da pílula e uso do preservativo, é uma das dificuldades que estas adolescentes encontraram, o que sugere que uma das implicações deste estudo é reforçar a importância de



trabalhar esses tópicos na escolaridade obrigatória.

Apesar de já estar legislada (Lei nº60/2009) a introdução da educação em sexualidade nos currículos escolares, este estudo parece mostrar que muito tem que ser feito ao nível da prevenção da gravidez e da promoção de sexualidades saudáveis. É necessário clarificar os conceitos referentes a toda uma componente biológica do desenvolvimento humano e sexual, trabalhar a dinâmica das relações interpessoais e das atitudes, comportamentos e clarificação de valores associados, comportamento sexual na adolescência e prazer; reprodução com especial ênfase na primeira relação sexual; contraceção e planeamento familiar e saúde sexual e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Os resultados deste estudo mostraram como é importante no caso de um início precoce da sexualidade, ensinar como ter acesso e usar os métodos contraceptivos. Esta informação e a capacitação para a usar na sua vida quotidiana devem ser trabalhadas nas mais variadas redes de suporte, sejam a família, a escola ou outros contextos. A antecipação do início da vida sexual faz com que muitas adolescentes procurem métodos contraceptivos, mas não os usem corretamente (BEMFAM do Brasil, 1997).

Implicações para a educação em sexualidade na comunidade escolar. O projeto educativo da escola, de natureza obrigatória para os Agrupamentos de Escolas ou Escolas não Agrupadas, tem que contemplar a educação em sexualidade desde o 1º ciclo até ao final do ensino secundário, devendo estar plasmada nos Planos de Turma e incluir, entre outros conteúdos, a reprodução humana e crescimento, contraceção e planeamento familiar e compreensão do ciclo menstrual e ovulatório, do 5º ao 12º anos de escolaridade (Portaria n.º 196-A/2010). No entanto, parece que atualmente não é fácil operacionalizar com eficácia a educação em sexualidade, pois de acordo com o Decreto-Lei nº



139/2012 de 5 de julho, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 91/2013 de 10 de julho, a educação para a saúde e sexualidade, juntamente com outras áreas transversais (ex., a educação para os direitos humanos; educação ambiental/desenvolvimento sustentável; educação rodoviária; educação financeira; educação do consumidor; educação para o empreendedorismo; educação para a igualdade de género) (Direção Geral da Educação de Portugal, 2013) deve fazer parte da educação para a cidadania enquanto área transversal passível de ser abordada em todas as áreas curriculares, não sendo imposta como uma disciplina isolada obrigatória, mas possibilitando às escolas a decisão da sua oferta nos termos da sua materialização disciplinar autónoma.

As disciplinas de Ciências Naturais do Ensino Básico e de Biologia e Geologia e Biologia do ensino secundário são alternativas positivas, ou pelo menos, complementares, para a educação em sexualidade no quadro da educação em ciências para a cidadania (European Commission, 2013, 2015; IDS, 2006; Osborne & Dillon, 2008). No entanto, atualmente, no âmbito da promoção da saúde sexual houve um retrocesso no currículo de ciências em Portugal. De acordo com Vilaça (2006), em 1992, no contexto da Reforma Curricular, no Plano de Organização do Ensino Aprendizagem da disciplina de Ciências Naturais do 8º ano, a última unidade, “Transmissão da Vida”, estava dividida em dois tópicos principais: aspetos biológicos e fisiológicos da reprodução (fisiologia geral do sistema reprodutor humano, ciclos sexuais, fecundação e bases fisiológicas da contraceção) e doenças sexualmente transmissíveis. Na perspetiva da autora, o programa em análise orientava-se para uma extensão da componente biológica à promoção da saúde sexual e reprodutiva. Posteriormente, com a reorganização curricular, os mesmos tópicos começaram a ser lecionados no fim do 8º ano ou início do 9º ano, dependendo da decisão das escolas. Nesta fase, a aprendizagem



dos métodos contraceptivos e a prevenção de DSTs restringia-se ao 8º ou 9º ano de Ciências Naturais e o programa do ensino complementar de Biologia e Geologia do Curso Científico-Humanístico de Ciências e Tecnologia não contemplava nenhum módulo que integrasse tópicos relacionados com a reprodução humana e a saúde sexual e reprodutiva. A única possibilidade dos/as alunos/as no ensino secundário tratarem a nível disciplinar este tema era escolherem a disciplina de Biologia no 12º ano que era opcional para esse Curso. Atualmente, as Metas Curriculares do Ensino Básico de Ciências Naturais dos 5.º ao 9.º anos (Ministério da Educação em Ciência de Portugal, 2014 a, 2014b) não incluem os métodos contraceptivos, apesar de incluírem o sistema reprodutor humano em alguns desses anos de escolaridade (6.º e 9.º anos), mantendo-se a mesma lacuna já previamente identificada a nível do ensino secundário.

Face a este cenário e aos resultados desta investigação, se desejarmos assumir, como defendemos, que a prevenção da gravidez na adolescência é um dos objetivos da escolaridade obrigatória, urge enfatizar a importância de uma análise crítica profunda aos programas de Ciências Naturais em Portugal e das formas de operacionalização da educação em sexualidade no projeto educativo dos Agrupamentos de Escolas.

Referências bibliográficas

BEMFAM do Brasil (1997). *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*. Rio de Janeiro: Benfam.

Bodgan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação. Coleção Ciências da Educação*. Porto: Porto Editora.

Carvalho, D. (2010). *A experiência da gravidez na adolescência. "Pensa que é uma"*





bonequinha de farrapos o menino! Ela depois vai ver!". Dissertação de Doutorado não publicada. Universidade de Coimbra, Portugal.

Direção Geral da Educação de Portugal (2013). *Educação para a Cidadania – linhas orientadoras*. Lisboa: DGE.

European Commission (2013). *The Grand Challenge: The design and societal impact of Horizon 2020*. Luxembourg: Office for Official Publications of the EC.

European Commission (2015). *Science education for responsible citizenship. Report to the European Commission of the expert group on science education*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Figueiredo, B. (2001). Maternidade na adolescência: do risco à prevenção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3 (2), 221-238.

Gore, F.M., Bloem, P.J.N., Patton, G.C., et al. (2011). Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *Lancet*, 377: 2093–102.

IDS (2006). *Science and Citizens: Global and local voices*. Brighton: IDS

Lapport D., & Sevigny L.(2002). *L'Estime de soi des 6/12 ans*. Montreal: Hôpital Sainte Justine, Université de Montréal.

Lemos, I. (2007). *Família, psicopatologia e resiliência: do risco psicossocial ao percurso delinquente*. Tese de Doutorado. Faro: Universidade do Algarve.



Ministério da Educação e Ciência de Portugal (2014 a). *Metas Curriculares Ensino Básico Ciências Naturais dos 5.º ao 8.º anos*. Lisboa: MEC.

Ministério da Educação e Ciência de Portugal (2014 b). *Metas Curriculares Ensino Básico Ciências Naturais do 9.º ano*. Lisboa: MEC.

Organización Mundial de la Salud (2014). *Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década*. Ginebra, Suiza: OMS.

Osborne, J., & J. Dillon (2008) *Science education in Europe: Critical reflections. A report to the Nuffield Foundation*. London: Nuffield Foundation.

Patton, G.C., Coffey, C., Sawyer, M. et al. (2009). Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 374, 881-892.

Santos, S. R., & Schor, N. (2003). Vivências da maternidade na adolescência precoce. *Revista Saúde Pública*, 37 (1), 15-23.

Sousa, D. A., & Cerqueira-Santos, El. (2011). Redes sociais e relacionamentos de amizade ao longo do ciclo vital. *Revista Psicopedagogia*, 28 (85), 53-66.

United Nations (1989). *Convention on the Rights of the Child. General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989*. Geneva, Switzerland: UN.

Vilaça, T. (2006). Acção e competência de acção em educação sexual: uma investigação com professores e alunos do 3º ciclo do ensino básico e do secundário. Tese de Doutoramento não publicada. Universidade do Minho.

ANAIS DA III CONFERÊNCIA INTERNACIONAL ONLINE DE EDUCAÇÃO SEXUAL



BRASIL/2015



ORGANIZADORAS

Célia Regina Rossi/UNESP

Gabriela Maria Dutra de Carvalho/UDESC

Luciana Kornatzki/FURG

Paula Regina Costa Ribeiro/FURG

Teresa Vilaça/Universidade do Minho

ANAIS DA III CONFERÊNCIA INTERNACIONAL ONLINE DE EDUCAÇÃO SEXUAL

BRASIL/2015



Os trabalhos publicados nos **Anais da III Conferência Internacional Online de Educação Sexual – III COES**, no que se refere à correção, conteúdo, linguística e estilo, são de inteira responsabilidade dos respectivos/a autores/as.

Brasil, 05 a 07 de novembro de 2015.

<http://www.coesinternacional.com/2015/>

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-8302-062-2

