

Sexual patterns among Medical students - a Bioethical look

Anny Beatriz Macário de Barros *
Antônio Fernando de Souza Bezerra **
Irwins Emanuel Feitoza de Sousa*
José Humberto Belmino Chaves**
José Reinaldo Maximo Gomes*
Julia Espíndola Guimarães**

601

O Mundo da Saúde, São Paulo - 2019;43(3): 601-621
Sexual Patterns Among Medical Students..

Abstract

There are few empirical studies on the teaching of human sexuality in medical curricula, lacking in knowledge of how sexuality is taught, what content is used and how it is offered. The emergence of sexuality for a significant portion of university students occurs in college, which increases the importance of sexual education for this group, even though it constitutes only a small portion of our younger population. This is especially important for health students who should address the issue with their future patients. This research aimed to establish sexual differences between students of both sexes in an entire class of medical students. Evaluating the prevalence of sexual behaviors and sexual dysfunctions in this community was investigated, and finally the sexual patterns of students from a bioethical point of view were analyzed. General and specific questionnaires for both genders were used to evaluate and confront them. As a result, 120 questionnaires were applied in a 3rd year medical class of public universities of a northeastern Brazilian state, representing 100% of the sample. According to the Sexual Exposure Index (SEI), 35% of females predominated in the low risk exposure range. The male gender predominated in the medium exposure range, corresponding to 24.16% of the total target population. Applying the chi-squared test for group B versus A there was a $p=8 \times 10^{-4}$, $X^2=15$ and $OR=1.7$. Finally, there is a need to approach this theme in the agenda for inserting it in the curriculum, but more studies are needed to apply this model.

Keywords: Sexuality, bioethics, Medicine, health education.

INTRODUCTION

In the twentieth century, society experienced substantial changes. The changes in gender relations, the introduction of safe and effective contraceptive methods, among many other changes, have brought out a more intense sexuality¹. This leads to knowledge related to the treatment of sexual complaints and allows for new perspectives of medical practice within the last decade².

In Brazil, the training of medical students for comprehensive sexual health care is little known². Although the approved national curriculum guidelines for the medical course do

not explicitly mention the sexual theme, their importance is undeniable from the standpoint of individual and collective health³. Moreover, even if they constitute only a small portion of our young population, it is important to emphasize their role as opinion makers¹.

Sexuality is today an area marked by moral diversity and pluralism. All of us, as individuals who represent a daily panoply of roles (professional, family, child or youth), are diverse in our moral judgments. These moral judgments have inherent values linked to sexuality⁴.

The multidimensional aspect of sexual health

DOI: 10.15343/0104-7809.20194303601621

*Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL. Maceió AL, Brasil.

**Universidade Federal de Alagoas – UFAL. Maceió AL, Brasil

E-mail: coordenadordoutorado@portalmedico.org.br



and its rights and social justice aspects has been emphasized for decades by the World Health Organization (WHO) and the World Association for Sexual Health (WAS). These entities state that the promotion of sexual health involves the implementation of actions that include the full range of human sexuality².

The right to health is closely linked to other rights and depends on its effectiveness⁵. Continuous, global and non-discriminatory training for all health professionals needs to begin to be discussed in shaping health training curricula. Its basis lies in considering the individual as a biopsychosocial being, who has needs that go far beyond their sexual orientation^{6,7,8}. Thus, the importance attached to sexuality varies according to the historical context, and it will only be possible to understand the attitudes towards the body and sex by taking this into account⁹.

Academic institutions are often kept away from the radical, cultural, ethical disruptions, etc. that mark the contemporary world. However, these disruptions enter the students' world and often manifest themselves outside the limits of the formal curriculum, and their knowledge is important even to problematize school knowledge in relation to other factors implicated in youth culture¹⁰. In several countries, sexual education in medical school has been based on an organicist, heteronormative and cisgender model. This model promotes a reductionist view of sexuality through reproductive and pathological bias and produces an environment conducive to the naturalization of gender and sexual orientation discrimination^{11,12}.

However, this study aimed to establish the sexual differences between students of both sexes of the third-year medical school students. In addition, it sought to evaluate the prevalence of sexual behaviors and dysfunctions within this community, and finally to analyze, from a bioethical point of view, the sexual patterns of the students. This would allow for a screening of the presence of sexual dysfunctions and reflections on the aspects presented, seeking to apply bioethical principles for their analysis. Thus, this study sought to highlight the importance of sexuality, as a way of alerting health education institutions about the importance of working on topics like this in the curriculum of their courses,

particularly that of medicine; thus, contributing to a complete, human and professional development of the students.

METHODOLOGY

This is an exploratory, descriptive and observational study, with a quantitative approach among students in the 3rd year of medical school of public universities of a northeastern Brazilian state. 120 questionnaires on sexuality and sexual behavior were applied and distributed in sealed envelopes and delivered by the class representatives, ensuring the anonymity and confidentiality of each participant. The research included all students regularly enrolled in the medical course who were willing to sign the Informed Consent Form (ICF).

The choice for the 3rd-year students was due to the fact that, by this time of the course, they already had the opportunity to contact themes related to sexuality.

And to maximize response rates, students were approached during class to inform them of the purpose of the study. Data were collected for six months (between August and December 2016). The students were divided into two groups according to sex. Where each participant was submitted to the semi-structured questionnaire composed of closed questions, being 30 general questions applied to both sexes and 22 more specific; of these, 12 were addressed to males and 10 to females.

The questionnaire used had two stages, the first with questions directed to both sexes, in general, and the second directed to a specific sex. The instrument of the first stage contained the following data: sociodemographic information (gender, age, nationality, marital status and family data); data related to sexual information and practices (sources of information on sexuality, sexual education during schooling, age and first sexual partner, how many sexual partners, weekly sexual intercourse, masturbation practices); sexual orientation, experiences and practices; health risk (use of tobacco, alcohol and drugs). The second stage contained elements addressing sexual health, contraception, methods of stimulating sexual

libido, and degree of sexual satisfaction after entering college on a scale of 1 to 10.

The questionnaires did not permit the participating students to be identified. Higher education institutions were identified only during data collection. During the transfer of information to the results sheet, institutions were coded, and their nominal identification was deleted from the final tabulation. Statistical analysis was performed using the statistical software Microsoft Excel, version 50/95. The present study consisted of the use of descriptive and quantitative methods in the comparison between variables. The chi-squared test was used as a method to analyze risk exposure variables, as well as the analysis of risk factors exposed in this study, classifying them as low, medium and high according to the Sexual Exposure Index (SEI), which was created to compare risk exposure behavior between the genders.

SEI Composition:

a) Age of first sexual intercourse. Under 13, add +3. Between 13 and 16, add +1. Above 16 years, add 0.

b) Number of sexual partners. Up to 1, add -2. From 2 to 5, add +1. Above 6, add +3.

c) Types of sexual relations. Just V or O, add 0. If A, add +2. If A plus any other, add +3.

d) Use of illicit drugs. Negative, add 0. Positive, add +1.

e) Use of alcohol. Negative, add 0. Positive, add +3.

f) Current age (time of interview). If over 30, add 0. If under 18, add +2. If you are between 18 and 29, add +1.

g) Number of weekly relationships. Up to 1, add 0. From 2 to 5, add +1. If greater than 6, add +3.

SEI Classification-Definition:

Class B: low risk exposure (cutoff ≥ 8.8 to < 12.4)

Class M: Average (intermediate) exposure (cutoff ≥ 12.4)

Class A: High exposure or high-risk behavior (cutoff -2 to 8.8)

Notes: a). The cutoff points between the three

classes were calculated after the formulation and correct completion of a spreadsheet according to the distribution of Sexual Exposure Index (SEI) by gender (Table 1); b) afterwards, a proper comparison was made between F and M.

The study was conducted after approval by the Research Ethics Committee of the State University of Health Sciences of Alagoas - UNCISAL (CAAE 55021215.0.0000.5011).

RESULTS

Of the total target population, 120 third-years medical school students answered the questionnaire, including students from the two public universities of a northeastern Brazilian state, corresponding to 100% of the total of 120 questionnaires distributed and answered. There was no refusal or indifference in the approach and explanation of the research for its applicability. The students through the questionnaire were divided into two groups: the first with a general approach for both sexes and the second directed according to sex.

There were no sample losses, either due to incomplete and/or incoherent response, because only those who signed the Informed Consent Form and were aware of the study proposal were included in the study.

Of the total sample (120), 42.5% (51) were male and 57.5% (69) female, most of them from the northeast region corresponding to 87.5% of the sample, as both Universities studied has students from different parts of the country. Participants' ages ranged from 19 to 42 years (mean=25; mode=23; standard deviation=5).

Of the 120 students interviewed, 20.83% said they had never had sex. Of this group of 20.83%, 84% were female and only 16% male, who reported their marital status as single. However, the group of those who reported having had sex corresponded to 79.17% of the 120 students analyzed, of these groups of 79.17%, only 29.16% of them reported being single, 5.71% said they had children and 6.66% of them were married, in which half of these

married said they had children.

Regarding the variable concerning their main source of information on sexuality, 58.33% of the total respondents said they had received information from others, 30% from family, 6.66% from friends and 5% from a boyfriend or girlfriend. 55.83% of respondents said they had sexual education at school.

The present study also highlights the age of first sexual intercourse as a variable, where 41.66% of the 120 students said they had their first sexual intercourse at the age of 18 or older and a small portion were aged between 7 and 14 years (6.66%). Of the population with an active sex life, only 68.05% had a boyfriend/girlfriend as the partner of their first sexual intercourse, 26.31% was a hook up, 6.31% was their friend and 6.31% was their husband/ wife/ fiancé.

Among medical students who reported an active sex life, 53.68% had a weekly average of sex between 2 to 5 times a week, 43.16% at least once a week and 3.16% an average of 6 to 10 times. Of this group, 38.95% said they had an average of 2 to 5 partners throughout their active sex life, 26.32% at least 1 partner, 22.11% between 6 to 10 partners, 7.37% between 11-20 and 5.26% had more than 21 partners.

Of those who reported having had sexual intercourse (79.17%), 29.47% of this percentage said they did not practice masturbation. Also, 20.83% of the total sample (120) said they had never had sexual intercourse and 24% of these who have never had sex said they practice masturbation. However, in relation to the total sample of the 120 medical students, 60% of them reported practicing masturbation, where 45.83% reported performing this practice at least 2-3 times a week, 30.55% at least once, 22.22% 4-6 times and 1.38% more than 7 times.

Regarding the sexual orientation of the group evaluated, 93.33% say they are heterosexual, 3.33% homosexual and 3.33% bisexual. Of the reported bisexual group, 25% said they had never had a homosexual experience.

Concerning the variable on the sexual practices they already had, in the group that already had sexual intercourse (79.17%), 41.05% of this group confirmed that they had or have vaginal/ oral/ anal sex, 40% of them have vaginal/ oral sex, 3.16% oral/ anal sex,

2.11% vaginal/ anal, 12.63% vaginal only and 2.11% oral only.

Regarding the use of licit or illicit drugs 5% of the entire sample said they use tobacco, who started on average around 18 years of age and smoked around 4.75 cigarettes/day. As for the use of alcohol 66.66% drink alcoholic beverages, and 35% of these 66.66% only drink beer, 25% liquor/beer/wine, 10% only liquor, 12.5 % beer and wine, 7.5% liquor and beer, 5% drank other beverage combinations already cited alone or with another type of beverage. However, 10.83% use some type of illicit drug, of which 84.62% use marijuana, 7.69% LSD and 7.69% LSD plus ecstasy.

Regarding the applied questionnaire directed to males, 17.65% reported having had erectile dysfunction at some point in their sexual life, where 44.44% of them reported a frequency between 2 to 5 times. 23.53% already had ejaculatory dysfunction. Of this group 33.33% reported this dysfunction between 2 to 5 times, of which 75% were premature and 25% occurred approximately between 50 to 80 seconds. 7.84% of males with an active sex life revealed having problems in getting an orgasm, where 28.57% of these had a frequency of 6 to 10 times. Also, 23.53% of them reported difficulty controlling their ejaculation.

Regarding safe sexual practice, 58.82% reported having sex without condom use and 33.33% of this group, around 2 to 5 times. And none of them have ever used Sildenafil Citrate to improve their sexual performance. As for sexual practices with prostitutes, 19.61% of them have had some kind of experience. When asked about the use of contraceptive methods, 61.36% reported condom use, 18.18% pill, 13.64% condom plus pill and 6.81% other contraceptive.

Regarding the questionnaire directed to females, it was shown that 39.13% had problems getting an orgasm and 40.74% of these had difficulty getting an orgasm at least 2 to 5 times in their entire sexual life. And 20.28% of them revealed having difficulty in lubrication while in the sexual act. When asked about the difficulty in sexual intercourse 30.43% revealed that they have dyspareunia in sexual practice.

Regarding safe sexual practice, 40.57% of them revealed that they do not use condoms,

and 32.14% of these had a frequency around 2 to 5 times; and 33.33% reported using the “morning after pill”. When questioned about abortion, none reported having performed this act. When asked about their first sexual intercourse 69.39% reported that it was normal, 22.45% traumatic and 8.16% reported that it exceeded their expectations. Regarding the contraceptive method used, 32.65% reported using condoms, 32.65% use condom plus the pill, 26.53% use the pill and 8.16% use other types of contraceptive.

When asked to rate a score from 1 to 10 on their sexual satisfaction, men scored an average of 7.94 and women 7.96. When asked to summarize their sexual life after college entry between better and worse: 71.42% of men reported an improvement in their sexual life and 28.57% reported a worsening, meanwhile 59.10% of women reported an improvement and 40.90% reported a worsening; as can be seen in Graph 1.

According to the Sexual Exposure Index (SEI), classifying the group under analysis according to the risk range based upon each individual’s score, A was considered as high exposure or high-risk behavior for those who scored between -2 to <8.8, B was low-risk exposure for those between ≥8.8 to <12.4 points and M was medium exposure for those who scored above ≥12.4 points. According to Graph 2, 55

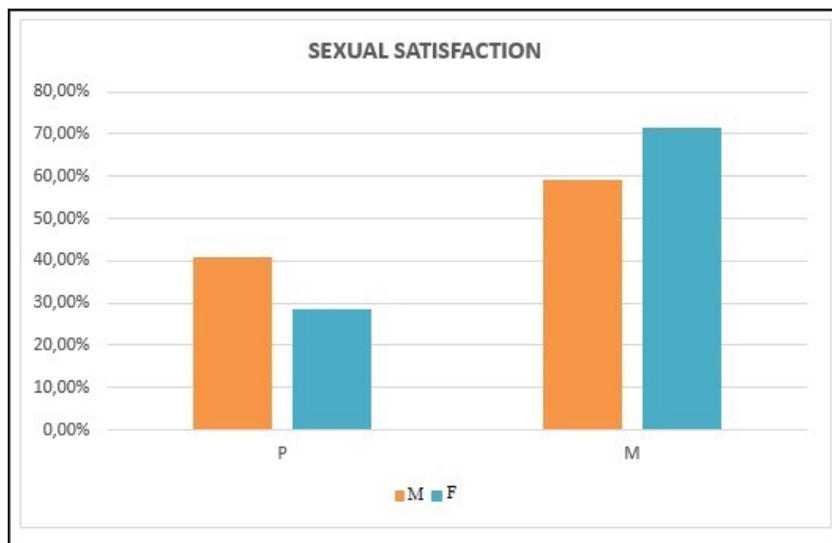
students remained in range A, considered to be at high-risk exposure, corresponding to 45.83% of the target population of 120 students.

When comparing the sexes according to the SEI, it is observed that 61.76% (42) of females predominated group B, low-risk exposure, corresponding to 42 students of the 68 women interviewed. The male gender predominated the M group, medium exposure range, corresponding to 69.05% (29) of the total population of the male population interviewed, as can be seen in Graph 3 and Table1.

Applying the Chi-squared test (see Table 1), the association between high risk of sexual exposure (group A) and male gender was evident (p=0.00002 and Chi-squared=18.3); therefore, the females predominated low exposure behavior. Even when comparing low and medium exposure it is clear that women continue to predominate significantly in the low-risk behavior group (p=0.001 and Chi-squared=10.4).

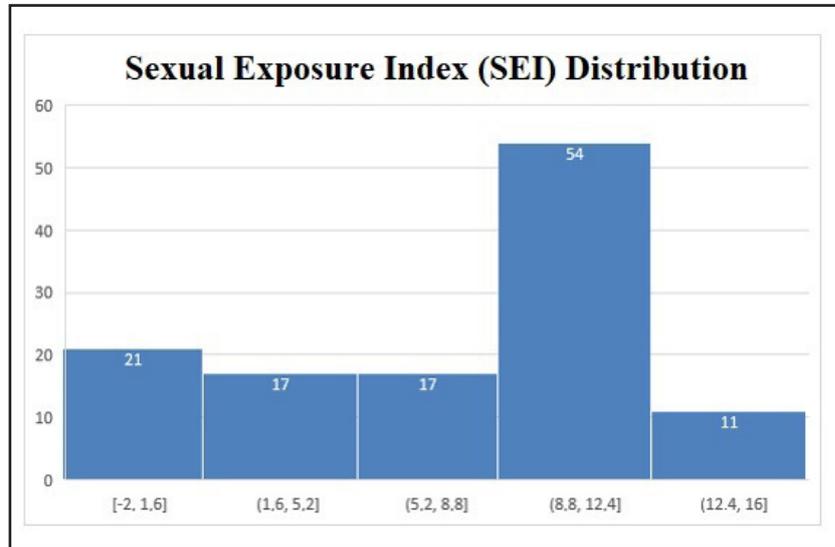
Table 1- Distribution by sex according to the IES. 2016-2017, Maceió, AL

| | B | M | A | TOTAL |
|--------------|----|----|----|-------|
| FEMALE | 42 | 25 | 1 | 68 |
| MALE | 13 | 29 | 10 | 52 |
| Total | 55 | 54 | 11 | 120 |



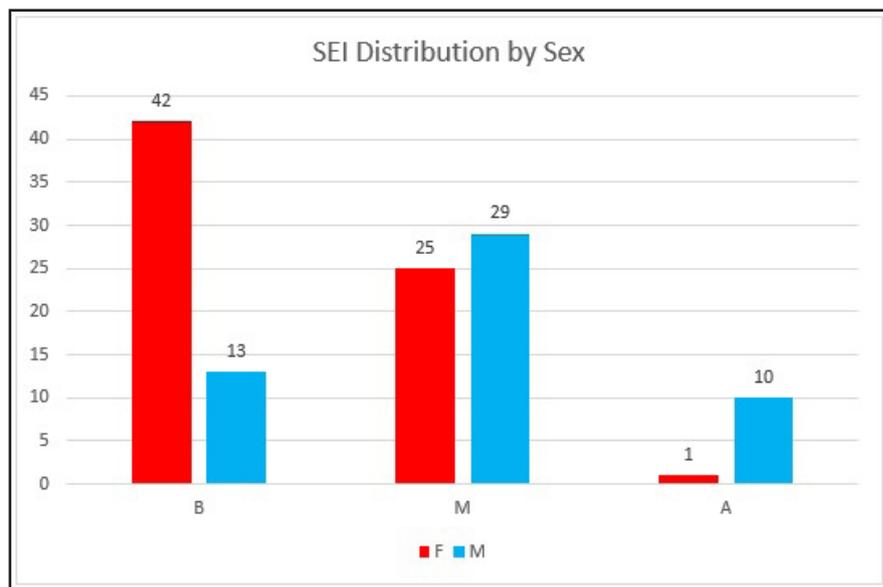
“P” represents a worse sex group and “M” represents a better sex group after medical school. “M” = male, “F” = female

Graph 1 - Classification of sexual satisfaction after college entrance over the last three years of the course. 2016-2017 , Maceió, AL. 2016-2017 , Maceió, AL.



Classification: score between -2 to 8.8 are considered high exposure or high-risk behavior, 8.8 and 12.4 points are low-risk exposure and above 12.4 points are medium average exposure.

Graph 2 - Classification-definition of the Sexual Exposure Index (SEI). 2016-2017, Maceió, AL.



A = high exposure or high-risk behavior, B = low-risk exposure and M = medium exposure. F = female and M = male

Graph 3 - Comparative index between males and females. 2016-2017, Maceió, AL.

DISCUSSION

The medical degree has its curriculum built from medical schools in Brazil, therefore, they should follow the National Curriculum Guidelines, which establish the need for the

training of general and humane physicians. The guidelines aim to train professionals to work mainly in a multidisciplinary team in primary care and other levels of health care, where

they encourage the integration of knowledge offered in the curriculum's courses, in order to favor interdisciplinary learning to ensure comprehensive health care^{13,14}. In addition, it aims to broaden the view concerning the subject beyond the diseases that affect him. The explicit absence of sexuality in these guidelines can only mean that it is implied when it comes to health, citizenship or full attention to the person. However, it may also be related to sexual repression in its most diverse ways³.

Thus, as pointed out by a study by Parish and Rubio-Aurioles²¹, the worldwide pedagogical proposal for the teaching of sexuality defends its insertion as a vertical theme in the curricula and recommends a multi- and interdisciplinary teaching, centered on the student with problematization of clinical cases. The offer of sexuality must be supported by the acquisition of knowledge, the encouragement for reflection and change of attitudes towards sexual topics and their practical skills. Other studies conducted in American schools, on the other hand, have shown some experiences of inserting sexual education in curricula, with workload ranging from 20 to 48 hours, by offering several theoretical and practical activities^{18,22,23}. In Brazil, changes in medical education instituted by the Ministries of Education and Health emphasize practical learning and the integration of students with the population in varied learning scenarios^{13,14}.

In this study, it can be observed that the variable related to the main source of information about sexuality, only 58.33% of the population of 120 students interviewed said they had received information with people other than family, friends and boyfriends/girlfriends. Also, 38.33% said they had no sexual education at school. Thus, demonstrating that a significant portion of students enter college without having been approached on the issue related to sex education in the school environment. Thus, during medical training, as well as with other health professionals, the need for training to enable them to deal with their patients' sexuality issues can be observed. A survey of adolescents indicated that they

sought information but had insufficient information on sexuality issues⁷.

Moreover, the need for social and cultural representations of sexuality, which give meaning and reinforce people's sexual behaviors, should to be considered in the diagnosis and treatment of sexual problems. This was also highlighted by a qualitative study with students and doctors concerning sexual and gender violence suffered by women, published in 2011. Students reported skills only for the treatment of bodily injuries and reported unpreparedness for emotional assistance or addressing the sociocultural aspects of sexual violence^{19,20}.

Another study by Lima and Cerqueira (2008)³, with medical students from Botucatu, also emphasized the need for implementing in the medical curriculum an approach to health education, where beliefs related to sexuality were expressed in their discourses. They demonstrated greater knowledge about pathologies associated with sexuality, expressing biases and beliefs about female sexuality and homosexuality. They also emphasize the need for inserting sexuality in learning spaces in medical undergraduate courses, aiming at a better professional development in sexual health.

In the present study, some important limitations are presented, since it was a quantitative approach, representing only a cut of reality. Therefore, the need for periodic reevaluations is emphasized to observe changes in the studied reality. In addition, the research instrument used does not allow extrapolating the results observed to other SEIs located in other regions of the country. The choice to interview medical students in their 3rd-year to identify in an exploratory, descriptive and observational way, the sexuality content approached may have determined information bias due to memory errors and, as a result, a heterogeneity of responses to some questions.

It should also be noted that 42.5% of the total respondents were male and 57.5% female, aged between 19 and 42 years, with an average value of 25 years. As for the group

that said they had had sex (79.17%), only 29.16% reported being single, 5.71% of them said they had children, 6.66% of them were married and 50% have children. A study that evaluated the sexual behavior of students of a medical school in Rio de Janeiro, reported the age of students being between 17 and 43 years, with an average value of 22 years and were predominantly single (97.0%). In the same study, most students stated that they were heterosexual (98.4%) and had already started a sexual life (85.3%). Their partner of the first sexual intercourse was their boyfriend/girlfriend in most cases (55.1%).

However, it appeared here that 93.33% said they were heterosexual, 3.33% homosexual and 3.33% bisexual. Of the group that claimed to be bisexual, 25% said they had never had homosexual experience. It is also noteworthy that the age of first sexual intercourse was 18 years of age or older, corresponding to 41.66% of the sample. Of the population with active sex life, only 68.05% reported that the partner of their first sexual intercourse was their boyfriend/girlfriend.

It is important to emphasize the beginning of the use of licit or illicit drugs among the young population; especially when it comes to health students who carry the weight that, when they graduate, they will become exemplar professionals to society. Where 5% of them said they use tobacco, starting on average around 18 years of age, 66.66% drink alcohol and 10.83% use some kind of illicit drug, where 84.62% used cannabis. However, a study conducted in Vitória, ES, which evaluated the behavioral pattern related to sexual practices and drug use of resident female adolescents, showed a percentage of licit and illicit drug use of 14.0%. Similarly, data from the latest survey conducted by the Brazilian Center for Information on Psychotropic Drugs (CEBRID) among children and adolescents, educated in 1997, report that licit and illicit drugs are routinely used by 15.0% of students²⁴.

Regarding safe sexual practice, this study revealed that 58.82% of men had sex without using a condom and 33.33% of this group did

this around 2 to 5 times during their entire sexual life. As for females, 40.57% said they did not use condoms, and 32.14% of them with a frequency of around 2 to 5 times. Another study revealed that aspects related, for example, to contraception were well known to students, while others related to abortion were not. The authors further stated that the effect of years of study was surprisingly small and that there is a need for greater sexual education for future doctors as well as the general population¹⁵.

The prevalence of consistent condom use found (44.5%), although not ideal, is similar to that found in other population segments, such as Brazilian Army enlistees in a 2002 study²⁵, and in different social groups in the municipality of Salvador (BA) in 2000²⁶, whose rates of consistent condom use ranged around 40%. However, Viana *et al.*²⁷ found numbers around 60% in high school students in the state of Minas Gerais. Nevertheless, according to Geluda *et al.*²⁸, people who do not have stable relationships tend to feel more vulnerable to sexually transmitted infections (STIs) and therefore are more concerned with avoiding HIV infection and other STIs. Similarly, Carreno and Costa²⁹ concluded in a population study in the interior of Rio Grande do Sul, in which women with steady partners, especially married ones, more often stopped using condoms. The association between "being in a stable relationship" and inconsistent condom use remained in the study after adjusting for different confounders.

According to the SEI, when comparing the sexes, it was observed that the majority of females, 35% of the total number of interviewees, corresponded to 61.76% of the female population in the sample predominated the low exposure range of group B. The male gender predominated in the medium exposure M range, corresponding to 24.16% of the total target population and 55.77% of the male population. However, it is noted from the data displayed in Table 1, that the group of students who are most exposed and vulnerable to risk factors, such as acquiring and transmitting STIs, undesirable pregnancy,

chemical dependency and among factors is the population of B versus A, are the ones with the lowest exposure of M versus A. According to Lima and Cerqueira³, men and women differ in several ways in the way they experience sexuality, suffering a marked

influence from the sociocultural context. Although educational institutions cannot rewrite the context in which their students graduate, as they themselves fit into this structure, it would be desirable to create or expand reflective spaces on sexuality.

CONCLUSION

Given the data obtained, it was expected that in students of a health field course, especially in medical school, the numbers would be smaller concerning the degree of vulnerability, reflecting greater perception of risk by future health professionals.

However, for the promotion of sexual health, professionals need to develop communication skills and sensitivity to hear the sexual complaints of the patients they attend. Doctors and students' moral beliefs and values, specifically related to sexual issues, can negatively interfere with the doctor-patient relationship and determine impairments in medical care. However, the positive influences attributed to the teaching of sexuality in professional life and perceived by most students in this study are corroborated by several authors^{3,16,17,18}. Moreover, difficulties of students and doctors in the exercising their own sexuality are barriers that hinder care concerning sexual health issues².

For this reason, it is an important question and exercise for higher education institutions, particularly medical schools, to start reflecting on the sexuality of subjects, expanding access to information and enabling future professionals to

deal with it. Even in innovative teaching settings, it is possible to be surprised when working with old paradigms and, albeit involuntarily, in the service of silent and ever-present sexual repression³.

Since more and more medical professionals are being called to think about collective problems, such as the right to health, access to services, reproductive autonomy and harm reduction, they deserve collective efforts to promote the development of other competences, namely: politics, ethics and humanities. These are aggregating and constituting a new vision in the context of health education, performance and planning, as highlighted by Medeiro *et al.*⁵.

It is believed that the data exposed in this study may lead and enable educational institutions to reflect on the need to evaluate (and fill) some possible opinion forming gaps based on the theoretical teachings of the current curriculum of the medical course, highlighting the relevance of study and curriculum's adequacy. It is hoped that new approaches and teaching tools, based on risk perception, can act synergistically to induce experiences that promote safer sexual behavior not only in students but in the population as a whole.

REFERENCES

1. Aragão JCS, Lopes CS, Bastos FI. Comportamento Sexual de Estudantes de um Curso de Medicina do Rio de Janeiro. *Revista brasileira de educação médica*. 2011; 35(3): 334 – 340.
2. Rufino AC, Madeiro AP, Girão MJBC. O Ensino da Sexualidade nos Cursos Médicos: a Percepção de Estudantes do Piauí. *Revista brasileira de educação médica*. 2013; 37(2):178-185.
3. Lima MCP, Cerqueira ATAR. Crenças sobre sexualidade entre estudantes de Medicina: uma comparação entre gêneros. *Revista brasileira de educação médica*. 2008; 32(1):49 – 55.
4. Gagnon JH; Simon W. *Sexual conduct: the social sources of human sexuality*. Chicago: Aldine, 1973.
5. Medeiros RD, Azevedo GD, Maranhão TMO, Gonçalves AK, Barros YE, Araújo ACPF, et al. Impacto da inserção da temática saúde sexual e reprodutiva na graduação de Medicina. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014; 36(3):107-12.

6. Lionço T. Que à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde e Sociedade*. 2008; 17: 11-21.
7. Cerqueira-Santos E, Calvetti PU, Rocha KB, Moura A, Barbosa LH, Hermel J. Percepção de usuários gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros, transexuais e travestis do sistema único de saúde. *Revista interamericana de Psicologia*. 2010; 44(2): 235-245.
8. Cardoso MR; Ferro LF. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2012; 32(3):552-563.
9. Silva MCBA. Sentidos da diversidade sexual entre estudantes de medicina. Dissertação(mestrado) - Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal de Urbelândia. 2014:1-61.
10. Siqueira VHF; Rocha GW F. A construção de diferenças de gênero entre estudantes de medicina. 2008:231-268.
11. Rufino AC, Madeiro AP. 6 Práticas Educativas em Saúde: integrando Sexualidade e Gênero na Graduação em medicina. *Revista Brasileira de educação Médica*. 2017;41(1): 170-178;
12. Obedin-Maliver J, et al. Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. *JAMA*. 2011;306(9):971-7.
13. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CSE nº 4/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina. Conselho Nacional de Educação. [internet]. Brasília: Câmara de Educação Superior. 2001. [acesso em 08 de ago. 2017]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde): Objetivos, Implementação e Desenvolvimento Potencial [internet]. Brasília; 2007 [Acesso em 12 ago. 2017]. Disponível em :http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0323_M.pdf.
15. Fayes T, Crowley T, Jenklins JM, Cahill DJ. Medical student awareness of sexual health is poor. *Int J STD AIDS*. 2003;14:386-9.
16. Shindell AW, Ando KA, Breyer BN, Lue TF, Smith JF. Medical student sexuality: how sexual experience and sexuality training impact U.S. and Canadian medical students' comfort in dealing with patients' sexuality. *Acad Med*. 2010;85:1321-30.
17. Riffenburg RS, Strassman HD. A curriculum in sexual education for medical students. *J Med Educ*. 1967;42(11):1031-6.
18. Leiblum SR. An established medical school human sexuality curriculum: description and evaluation. *Sex Relation Ther*. 2001;16(1):59-70.
19. Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saude Soc*. 2011;20(1):124-35.
20. Cavalcanti R, Cavalcanti M. Tratamento clínico das inadequações sexuais. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2006.
21. Parish SJ, Rubio-Aurioles E. Education in sexual medicine: proceedings from the International Consultation in Sexual Medicine, 2009. *J Sex Med* 2010;7(10):3305-14.
22. Fitz Gerald M, Crowley T, Greenhouse P, Probert C, Horner P. Teaching sexual history taking to medical students and examining it: experience in one medical school and a national survey. *Med Educ*. 2003;37:94-8.
23. Lief HI. Preparing the physician to become a sex counselor and educator. *Pediatr Clin North Am*. 1969;16(2):447-58.
24. Miranda AE, Gadelha AMJ, Szwarcwald CL. Padrão de comportamento relacionado às práticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2002. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(1):207-216.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Pesquisa entre conscritos do Exército Brasileiro - Retratos do comportamento de risco do jovem brasileiro à infecção pelo HIV 1996 – 2002. 2006.
26. Codes JS, Cohen DA, Melo NA. Detecção de doenças sexualmente transmissíveis em ambientes clínicos e não-clínicos na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002;24(2):101-6.
27. Viana FJM, Fagundes A, Mello MB. Fatores associados a sexo seguro entre alunos de escolas públicas em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(1):43-51.
28. Geluda K, Bosi MLM, Cunha AJLA, Trajman A. “Quando um não quer, dois não brigam”: um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1671-80.
29. Carreno I, Costa JSD. Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. *Ver Saúde Pública*. 2006; 40(4): 720-6.

Padrões sexuais em estudantes de Medicina - um olhar Bioético

Anny Beatriz Macário de Barros *
Antônio Fernando de Souza Bezerra **
Irwin Emanuel Feitoza de Sousa*
José Humberto Belmino Chaves**
José Reinaldo Maximo Gomes*
Julia Espíndola Guimarães**

Resumo

Há uma escassez de estudos empíricos sobre o ensino da sexualidade humana nos currículos médicos, com desconhecimento a respeito de como a sexualidade é ensinada, quais conteúdos são trabalhados e como são ofertados. A emergência da sexualidade, para uma porção significativa dos universitários, ocorre no curso superior, o que aumenta a importância da educação sexual para esse grupo, em especial para os estudantes da área da saúde, mesmo constituindo apenas uma pequena parcela de nossa população jovem, que deverão tratar do tema com seus futuros pacientes. A presente pesquisa objetivou estabelecer as diferenças sexuais entre os estudantes de ambos os sexos em todo curso médico. Procurando avaliar a prevalência de comportamentos sexuais e disfunções sexuais nesta comunidade, e por fim analisar do ponto de vista bioético os padrões sexuais dos alunos. Fazendo uso de questionários gerais e específicos para ambos os sexos para avaliação e confronto dos mesmos. Como resultado, foram aplicados 120 questionários, nos 3º anos de medicina das Universidades públicas de um Estado do Nordeste Brasileiro, representando 100% da amostra. De acordo com o Índice de Exposição Sexual (IES), 35% do sexo feminino predominou na faixa de baixa exposição a riscos. Já o sexo masculino predominou na faixa de média exposição, correspondendo a 24,16% do total da população-alvo. Aplicando o teste Qui-quadrado para o grupo B versus A, obteve um $p=8 \times 10^{-4}$, $X^2=15$ e $OR=1,7$. Por fim, nota-se a necessidade da abordagem deste tema na pauta de inserção curricular, porém mais estudos se fazem necessários para aplicação desse modelo.

Palavras-chave: Sexualidade, Bioética, Medicina, Educação em Saúde.

INTRODUÇÃO

No século XX, a sociedade experimentou modificações substanciais. As mudanças nas relações de gênero, a introdução de métodos anticoncepcionais seguros e eficazes, entre tantas outras mudanças, trouxeram à tona uma sexualidade mais aflorada¹. Levando a conhecimentos relacionados ao tratamento de queixas sexuais e permitindo novas perspectivas de atuação médica na última década².

No Brasil, a formação dos estudantes de medicina para a assistência integral em saúde sexual é pouco conhecida². E embora as diretrizes curriculares nacionais aprovadas para o curso médico não façam menção explícita à temática sexual, sua importância é inegável do ponto de vista de saúde individual e coletiva³. E, mesmo que, constituam apenas uma pequena parcela de nossa população

jovem, é importante ressaltar seu papel como formadores de opinião¹.

A sexualidade é, hoje em dia, uma área marcada pela diversidade moral e pelo pluralismo. Todos nós, enquanto indivíduos que representamos, no dia-a-dia, uma panóplia de papéis (o profissional, o familiar, o de crianças ou o de jovem), somos diversos nos nossos julgamentos morais. Estes julgamentos morais têm inerentes valores ligados à sexualidade⁴.

O aspecto multidimensional relacionado a saúde sexual e seus aspectos com direitos e justiça social é enfatizado há décadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Associação Mundial para a Saúde Sexual (WAS). Essas entidades afirmam que a promoção da saúde sexual envolve a implementação de ações que contemplem toda a abrangência da

DOI: 10.15343/0104-7809.20194303601621

*Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL. Maceió AL, Brasil.

**Universidade Federal de Alagoas – UFAL. Maceió AL, Brasil

E-mail: coordenadordoutorado@portalmedico.org.br



sexualidade humana².

O direito à saúde está estreitamente vinculado a outros direitos e depende de sua efetivação⁵. Uma formação contínua, global e não discriminatória para todos os profissionais de saúde precisa começar a ser discutida na formação dos currículos de formação na área da saúde. Sua base encontra-se na consideração do indivíduo como ser biopsicossocial, que possui necessidades que vão muito além de sua orientação sexual^{6,7,8}. Assim, a importância atribuída à sexualidade é variável conforme o contexto histórico, e somente será possível entender as atitudes em relação ao corpo e ao sexo levando este em consideração⁹

As instituições acadêmicas mantêm-se frequentemente afastadas das rupturas radicais, de ordem da cultura, da ética etc., que marcam o mundo contemporâneo. Entretanto, essas rupturas adentram o mundo dos estudantes e se manifestam com frequência fora dos limites do currículo formal, sendo seu conhecimento importante inclusive para se problematizar o saber escolar em relação a outros fatores implicados na cultura dos jovens¹⁰.

Em vários países, a educação sexual no curso médico mostrou-se pautada em um modelo organicista, heteronormativo e cisgênero. Esse modelo promove uma visão reducionista da sexualidade por meio do viés reprodutivo e patológico, além de produzir um ambiente favorável à naturalização da discriminação por gênero e por orientação sexual^{11,12}.

Contudo, a presente pesquisa objetivou-se estabelecer as diferenças sexuais entre os estudantes de ambos os sexos dos terceiros anos do curso médico. Além disso, procurou avaliar a prevalência de comportamentos e disfunções sexuais nesta comunidade, e por fim analisar, do ponto de vista bioético, os padrões sexuais dos alunos. Permitindo um rastreamento da presença de disfunções sexuais e reflexão sobre os aspectos apresentados, procurando-se aplicar princípios bioéticos para sua análise. Com isso, buscou-se por meio desta pesquisa evidenciar a importância sobre o tema sexualidade, como forma de alerta às instituições de ensino da área da saúde sobre a importância de se

trabalhar temas como este na grade curricular de seus cursos, particularmente, o de medicina, contribuindo assim com a formação integral, humana e profissional dos estudantes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza exploratória, descritiva e observacional, com abordagem quantitativa entre alunos dos 3º anos do curso de medicina das Universidades públicas de um Estado do Nordeste Brasileiro. Foram aplicados 120 questionários sobre sexualidade e comportamento sexual, que foram distribuídos em envelopes lacrados devidamente selados e entregues pelos representantes de classe, assegurando o anonimato e confidencialidade de cada participante. Fizeram parte da pesquisa todos os alunos regularmente matriculados no curso de Medicina que se dispuseram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A escolha pelos alunos do 3º ano se deu devido ao fato de que, a essa altura do curso, eles já tiveram a oportunidade de contato com temas relacionados à sexualidade.

E, para maximizar as taxas de resposta, os estudantes foram abordados durante as aulas para informá-los sobre a finalidade do estudo. Os dados foram coletados por seis meses (entre agosto e dezembro de 2016). Os alunos foram divididos em dois grupos, de acordo com o sexo. Onde cada indivíduo participante foi submetido ao questionário semiestruturado composto por questões fechadas, sendo 30 questões gerais aplicadas a ambos os sexos e mais 22 específicas, destas 12 direcionadas ao sexo masculino e 10 ao sexo feminino.

O questionário utilizado apresentava duas etapas, a primeira com perguntas direcionadas a ambos os sexos, de forma geral, e a segunda direcionadas ao sexo. O instrumento da primeira etapa continha dados: sócio demográficos (sexo, idade, nacionalidade, estado civil e dados sobre a família); dados relacionados a informações e práticas sexuais (fonte de informações sobre

sexualidade, educação sexual no período escolar, idade e parceiro da primeira relação sexual, quantos parceiros sexuais, relações sexuais semanais, práticas de masturbação); orientação, experiências e práticas sexuais; sobre de risco a saúde (uso de tabaco, bebida alcoólica e drogas). O da segunda etapa continha elementos direcionados a saúde sexual, contracepção, métodos de estímulo do libido sexual e grau de satisfação sexual após à entrada na faculdade numa escala de 1 a 10.

Os questionários não permitiram a identificação dos alunos participantes. As instituições de ensino superior foram identificadas somente durante a coleta de dados. Durante a transferência das informações para a planilha de resultados, as instituições foram codificadas e sua identificação nominal foi suprimida da tabulação final. Para a análise estatística foi utilizado o programa estatístico Microsoft Excel, versão 50/95. No presente estudo, consistiu na utilização de métodos descritivos e quantitativos na comparação entre variáveis. O teste qui quadrado foi utilizado como método de análise das variáveis de exposição a riscos, quanto a análise dos fatores de riscos expostos nesta pesquisa, classificando-os quanto a baixa, média e alta de acordo com o Índice de Exposição Sexual (IES), que foi criado para comparar o comportamento de exposição a risco entre os gêneros.

Composição do IES:

a) Idade da primeira relação sexual. Menor de 13 anos, somar +3. Entre 13 e 16, somar +1. Acima de 16 anos, somar 0.

b) Número de parceiros sexuais. Até 1, somar -2. De 2 a 5, somar +1. Acima de 6, somar +3.

c) Tipos de relações sexuais. Só V ou O, somar 0. Se A, somar +2. Se A mais qualquer outro, somar +3.

d) Uso de drogas ilícitas. Negativo, somar 0. Positivo, somar +1.

e) Uso de álcool. Negativo, somar 0. Positivo, somar +3.

f) Idade atual (momento da entrevista). Se maior de 30 anos, somar 0. Se menor de 18 anos, somar +2. Se estiver entre 18 e 29 anos, somar +1.

g) Número de relações semanais. Até 1, somar 0. De 2 a 5, somar +1. Se maior de 6, somar +3.

Classificação-Definição do IES:

Classe B: baixa exposição a riscos (corte $\geq 8,8$ a $< 12,4$)

Classe M: média (intermediária) exposição (corte $\geq 12,4$)

Classe A: alta exposição ou comportamento de alto risco (corte -2 a 8,8)

Notas: a). Os pontos de corte entre as três classes foram calculados após a formulação e correto preenchimento de uma planilha de acordo com a distribuição do Índice de Exposição Sexual (IES) por sexo (Tabela 1). b) posteriormente, foi feita a devida comparação entre F e M.

A pesquisa foi realizada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL (CAAE 55021215.0.0000.5011).

RESULTADOS

Do total da população-alvo, 120 alunos dos terceiros anos do curso de medicina responderam ao questionário, incluindo alunos das duas Universidades públicas de um Estado do Nordeste Brasileiro, correspondendo a 100% do total dos 120 questionários distribuídos e respondidos. Não houve recusa ou indiferença na abordagem e explicação da pesquisa para a sua aplicabilidade. Os alunos por meio do questionário foram divididos em dois grupos: a primeira com abordagem geral para ambos os sexos e a segunda direcionada de acordo com o sexo.

Não houve perdas da amostra, seja por preenchimento incompleto e/ou incoerente, pois só foram inclusos no estudo aqueles que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que estiveram cientes da proposta

do trabalho.

Do total da amostra (120), 42,5% (51) eram do sexo masculino e 57,5% (69) do sexo feminino, destes a maior parte eram oriundos da região nordeste correspondendo a 87,5% da amostra, visto que nas duas Universidades estudada tem estudantes de diversas parte do país. A idade dos participantes variou entre 19 a 42 anos (media=25; moda=23; desvio padrão=5).

Dos 120 estudantes entrevistados, 20,83% afirmaram nunca ter tido relações sexuais, deste grupo de 20,83%, 84% deles correspondiam ao sexo feminino e apenas 16% deles do sexo masculino, os quais apresentaram seu estado civil como solteiros. No entanto, o grupo dos que afirmaram já ter tido relações sexuais correspondiam a 79,17% dos 120 estudantes analisados, destes grupos de 79,17%, apenas 29,16% deles referiram estarem solteiros, 5,71% afirmaram ter filhos e 6,66% deles eram casados, em que metade destes casados afirmaram terem filhos.

Quanto a variável sobre a principal fonte de informação sobre sexualidade, 58,33% do total de entrevistados afirmaram ter recebido informação com outros, 30% com a família, 6,66% com amigos e 5% com namorado (a). E 55,83% dos entrevistados afirmaram que tiveram educação sexual na escola.

O presente estudo ressalta ainda como variável a idade da primeira relação sexual, onde 41,66% dos 120 estudantes, afirmaram ter tido sua primeira relação sexual com 18 anos de idade ou mais e uma pequena parcela tiveram com idade entre 7 e 14 anos (6,66%). Da população com vida sexual ativa, apenas 68,05% tiveram como parceiro (a) da primeira relação sexual o (a) namorado (a), 26,31% ficante, 6,31% o (a) amigo (a) e 6,31% o marido/esposa/noivo (a).

Entre os estudantes de medicina que revelaram ter vida sexual ativa, 53,68% deles apresentaram uma média semanal de relações sexuais entre 2 a 5 vezes por semana, 43,16% pelo menos 1 vez por semana e 3,16% em média de 6 a 10 vezes. Deste grupo, 38,95% afirmaram que já tiveram em média de 2 a 5

parceiros ao longo de sua vida sexual ativa, 26,32% pelo menos 1 parceiro (a), 22,11% entre 6 a 10 parceiros (as), 7,37% entre 11 a 20 e 5,26% tiveram mais que 21 parceiros (as).

Daqueles que afirmaram já ter tido relação sexual (79,17%), 29,47% dessa porcentagem revelaram não praticarem a masturbação e 20,83% do total da amostra (120), afirmaram que nunca tiveram relação sexual e 24% destes 20,83% dos que nunca tiveram relação sexual afirmaram que praticam a masturbação. No Entanto, em relação a amostragem total dos 120 estudantes de medicina, 60% deles afirmaram praticarem a masturbação, onde 45,83% revelaram fazer uso desta prática pelo menos de 2 a 3 vezes por semana, 30,55% pelo menos 1 vez, 22,22% de 4 a 6 vezes e 1,38% mais que 7 vezes.

Em relação a orientação sexual do grupo avaliado, 93,33% se dizem heterossexual, 3,33% homossexual e 3,33% bissexual. Do grupo que se diz bissexual, 25% deles afirmaram nunca ter tido experiência homossexual.

Utilizando como variável quanto as práticas sexuais que já tiveram, quanto ao grupo que já tiveram relação sexual (79,17%), 41,05% deste grupo confirmaram que praticaram ou praticam sexo por via vaginal/oral/anal, 40% deles praticam vaginal/oral, 3,16% sexo oral/anal, 2,11% vaginal/anal, 12,63% apenas vaginal e 2,11% apenas oral.

Já em relação ao uso de drogas lícitas ou ilícitas 5% de toda a amostra afirmaram fazer uso de tabaco, que começaram em média por volta dos 18 anos de idade em torno de 4,75 cigarros/dia. Quanto ao uso de bebidas alcoólicas 66,66% fazem uso de bebidas alcoólicas, sendo que 35% destes 66,66% fazem uso apenas de cerveja, 25% de bebida branca/cerveja/vinho, 10% apenas de branca, 12,5% de cerveja e vinho, 7,5% de branca e cerveja, 5% de outras combinações de bebidas já citadas isoladamente ou com outro tipo de bebida. Entretanto, 10,83% fazem uso de algum tipo de droga ilícita, sendo que 84,62% destes fazem uso de maconha, 7,69% de LSD e 7,69% LSD mais êxtase.

Quanto ao questionário aplicado

direcionado ao sexo masculino, 17,65% deles informaram ter tido disfunção erétil em algum momento de sua vida sexual, sendo 44,44% deles com uma frequência entre 2 a 5 vezes. E 23,53% já apresentaram disfunção ejaculatória, deste grupo 33,33% apresentaram entre 2 a 5 vezes, 75% destes do tipo prematura e 25% deles com tempo aproximado entre 50 a 80 segundos. E 7,84% do sexo masculino com vida sexual ativa revelaram apresentar problemas em obter orgasmo, sendo 28,57% destes com uma frequência de 6 a 10 vezes. Relataram ainda 23,53% deles dificuldade no controle da ejaculação.

Em relação a prática sexual segura, 58,82% deles informaram ter feito sexo sem uso do preservativo e 33,33%, deste grupo, em torno de 2 a 5 vezes. E nenhum deles nunca fizeram uso de Citrato de Sildenafil para melhora de seu desempenho sexual. Quanto a práticas sexuais com prostitutas, 19,61% deles já tiveram algum tipo de experiência. Ao serem questionados quanto ao uso de métodos contraceptivos, 61,36% informou fazer uso de preservativo, 18,18% de pílula, 13,64% de preservativo mais pílula e 6,81% de outro tipo de contraceptivo.

Já, em relação ao questionário direcionado ao sexo feminino, mostrou-se que 39,13% delas apresentaram problemas em obter orgasmo e 40,74% dos 39,13%, tiveram pelo menos entre 2 a 5 vezes de toda sua vida sexual alguma dificuldade em obter orgasmo. E 20,28% delas revelaram ter dificuldade na lubrificação no ato sexual. Quando questionadas quanto a dificuldade na relação sexual 30,43% revelaram que apresentam dispareunia na prática sexual.

Quanto a prática sexual segura, 40,57% delas revelaram não fazer uso de preservativo, sendo que 32,14% dos 40,57% delas com uma frequência em torno de 2 a 5 vezes. E 33,33% revelaram fazer uso de "pílula do dia seguinte". Quando questionadas quanto a aborto provocada, nenhuma informaram terem realizado este ato. Ao serem questionadas sobre sua primeira relação sexual 69,39% revelaram ter sido normal, 22,45% traumática e 8,16% ter superado suas expectativas. Em relação ao método contraceptivo que faz uso, 32,65%

informou fazer uso de preservativo, 32,65% de preservativo mais pílula, 26,53% de pílula e 8,16% de outro tipo de contraceptivo.

Quando solicitados para classificarem uma nota de 1 a 10 quanto a sua satisfação sexual, homens obtiveram uma média de 7,94 e mulheres 7,96. Ao serem solicitados para demarcarem sua vida sexual após entrada na faculdade entre melhor e pior: homens informaram que 71,42% obtiveram melhora na sua vida sexual e 28,57% houve piora, já as mulheres 59,10% demarcaram melhora e 40,90% informaram piora, como pode ser visualizado no gráfico 1.

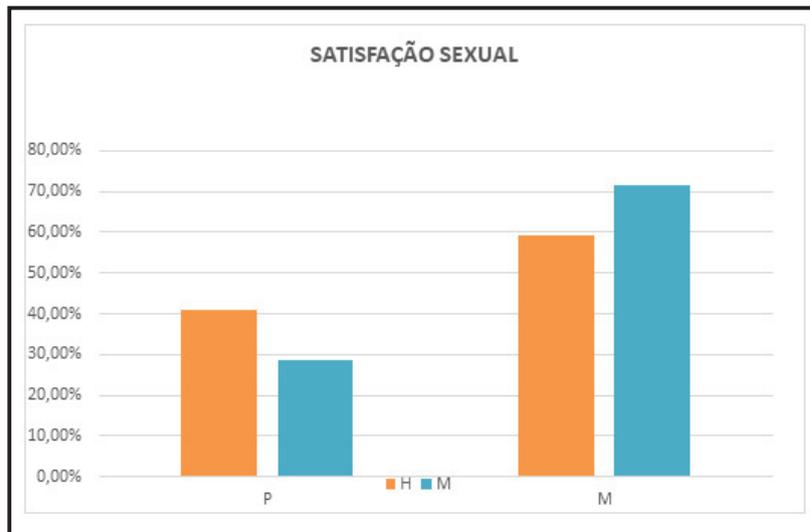
De acordo com o Índice de Exposição Sexual (IES), classificando o grupo em análise quanto a faixa de risco de acordo com a pontuação de cada indivíduo, sendo A considerado de alta exposição ou comportamento de alto risco para aqueles que pontuaram entre -2 a $< 8,8$, B de baixa exposição a riscos para os que estão entre $\geq 8,8$ a $< 12,4$ pontos e M de média exposição para aqueles que pontuaram acima de $\geq 12,4$ pontos. Observou-se, de acordo com o gráfico 2, que 55 estudantes, permaneceram na faixa A, considerados de alta exposição a riscos, correspondendo a 45,83% da população-alvo de 120 estudantes.

Ao realizar a comparação entre os sexos de acordo com as IES, observa-se que 61,76%(42) do sexo feminino predominam na faixa B, de baixa exposição a riscos, correspondendo a 42 estudantes das 68 mulheres entrevistadas. Já o sexo masculino predomina na faixa M de média exposição, correspondendo a 69,05% (29) do total da população da população masculina entrevistada, como pode ser visualizado no gráfico 3 e tabela 1.

Aplicando-se o teste do Qui-quadrado (ver tabela 1) ficou evidente a associação do alto risco de exposição sexual (grupo A) com o gênero masculino ($p=0,00002$ e Qui-quadrado=18,3), sendo, desta forma, o feminino preponderante no comportamento de baixa exposição. Mesmo quando é feita a comparação entre baixa e média exposição vê-se que as mulheres continuam predominando de forma significativa no grupo de baixo comportamento de risco ($p=0,001$ e Qui-quadrado=10,4).

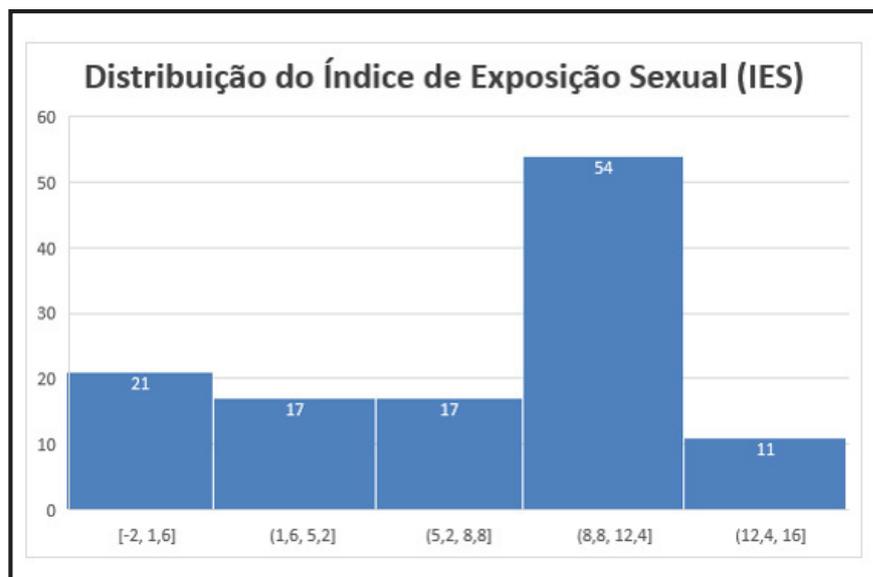
Table 1- Distribuição por sexo de acordo com o IES. 2016-2017, Maceió, AL

| | B | M | A | TOTAL |
|-----------|----|----|----|-------|
| FEMININO | 42 | 25 | 1 | 68 |
| MASCULINO | 13 | 29 | 10 | 52 |
| Total | 55 | 54 | 11 | 120 |



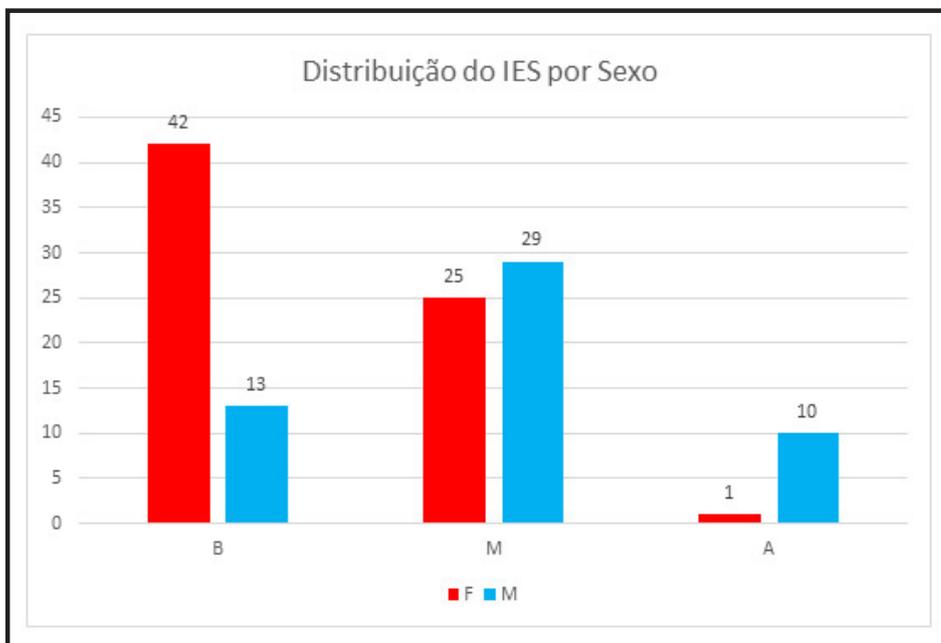
“P” representa grupo de piora na vida sexual e “M” representa grupo de melhora na vida sexual, após iniciarem a faculdade de medicina. “H”=homem, “M”=mulher

Gráfico 1- Classificação de satisfação sexual após o ingresso na faculdade ao longo dos três últimos anos de curso. 2016-2017, Maceió, AL. 2016-2017, Maceió, AL.



Classificação: considerado alta exposição ou comportamento de alto risco pontuação entre -2 a 8,8, baixo exposição a riscos entre 8,8 e 12,4 pontos e média exposição acima de 12,4 pontos.

Gráfico 2- Classificação-definição de índice de Exposição Sexual (IES). 2016-2017, Maceió, AL.



Exposição ou comportamento de alto risco, B= baixo exposição a riscos e M= média exposição. F=sexo feminino e M=sexo masculino

Gráfico 3- Índice comparativo entre os sexos masculino e feminino. 2016-2017, Maceió, AL.

DISCUSSÃO

A graduação de medicina tem seu currículo construído a partir das escolas médicas no Brasil, no entanto, deveriam seguir as Diretrizes Curriculares Nacionais, que estabelecem a necessidade da formação de médicos generalistas e humanistas. As diretrizes têm por objetivo formar profissionais para atuar principalmente em equipe multiprofissional na atenção básica e nos demais níveis de atenção em saúde. Onde incentivam a integração dos conhecimentos ofertados nas disciplinas do currículo, de forma a favorecer o aprendizado interdisciplinar para a garantia da atenção integral em saúde^{13,14}. Além disso, objetiva ampliar a visão sobre o sujeito para além das doenças que o acometem. A ausência explícita da sexualidade nestas diretrizes pode significar apenas que ela está subentendida quando se fala em saúde, cidadania ou atenção

integral à pessoa. Entretanto, pode também estar relacionada à repressão sexual, em suas mais diversas maneiras³.

Dessa forma, como ressalta um estudo realizado por Parish e Rubio-Aurioles²¹, a proposta pedagógica mundial para o ensino da sexualidade defende a sua inserção como um tema vertical nos currículos e recomenda um ensino multi e interdisciplinar, centrado no aluno com problematização de casos clínicos. A oferta da sexualidade deve estar apoiada na aquisição de conhecimentos, no estímulo para reflexão e mudança de atitudes diante de temas sexuais e em suas habilidades práticas. Já, outros estudos realizados nas escolas americanas, demonstraram algumas experiências de inserção de educação sexual nos currículos, com carga horária variando entre 20 a 48 horas, pela

oferta de diversas atividades teóricas e práticas. 18, 22,23 No Brasil, as mudanças na formação médica instituídas pelos Ministérios da Educação e Saúde enfatizam o aprendizado prático e a integração dos estudantes com a população, em cenários variados de aprendizagem^{13,14}.

Neste estudo, pode-se observar que a variável relacionada a principal fonte de informação sobre sexualidade, apenas 58,33% da população de 120 estudantes entrevistados afirmaram ter recebido informação com outras pessoas, que não o âmbito familiar, amigos e namorados (as). E 38,33% deles afirmaram que não tiveram educação sexual na escola. Demonstrando, assim, que uma parcela significativa dos estudantes entra na faculdade sem terem sido abordados quanto a temática relacionada a educação sexual no ambiente escolar. Com isso, observa-se, a necessidade durante a formação médica, bem como de outros profissionais da área da saúde, a importância de capacitá-los a lidar com as questões da sexualidade de seus pacientes. Um levantamento realizado junto a adolescentes indicou que eles buscavam informações, mas apresentavam nível de informação insuficiente sobre assuntos relacionados a sexualidade⁷.

Nota-se ainda a necessidade que as representações sociais e culturais da sexualidade, que dão sentido e reforçam os comportamentos sexuais das pessoas, sejam consideradas no diagnóstico e terapêutica dos problemas sexuais. Como ressalta uma pesquisa qualitativa com alunos e médicos sobre violência sexual e de gênero sofrida por mulheres, publicada em 2011. Os alunos relataram habilidades apenas para o tratamento das lesões corporais e informaram despreparo para assistência emocional ou abordagem dos aspectos socioculturais da violência sexual^{19,20}.

Um outro estudo realizado por Lima e Cerqueira³ com estudantes de medicina de Botucatu, também enfatiza a necessidade da implementação nos currículos médicos da abordagem em educação em saúde, onde observou crenças relacionadas à sexualidade expressa nos seus discursos. Eles demonstraram maiores conhecimentos a respeito de patologias associadas à sexualidade, expressando

preconceitos e credences a respeito da sexualidade feminina e homossexualidade. Ressaltam ainda a necessidade da inserção da sexualidade em espaços de aprendizagem na graduação médica, visando à melhor formação profissional em saúde sexual.

No presente estudo, apresenta algumas limitações, consideradas importantes, pois trata-se de uma abordagem quantitativa, representando apenas um recorte da realidade. Portanto, ressalta-se a necessidade de reavaliações periódicas para observar mudanças na realidade estudada. Além disso, o instrumento de pesquisa utilizado não permite extrapolar os resultados observados para outras IES, localizadas em outras regiões do país. A escolha por entrevistar alunos dos 3º anos do curso de medicina, para identificar de forma exploratória, descritiva e observacional os conteúdos em sexualidade abordados, pode ter determinado vieses de informação por erros de memória e, em consequência disso, uma heterogeneidade de respostas a algumas questões.

Pode-se notar ainda, que 42,5% do total de entrevistados correspondiam ao sexo masculino e 57,5% do sexo feminino, com faixa de idade entre 19 a 42 anos, com valor médio de 25 anos. E quanto ao grupo que afirmaram já ter tido relações sexuais 79,17%, destes apenas 29,16% referiram estarem solteiros e 5,71% destes afirmaram ter filhos. E 6,66% deles eram casados e 50% destes tem filho. Já, um estudo que avaliou o comportamento sexual de estudantes de um curso de medicina do Rio de Janeiro, apresentaram idade dos alunos entre 17 e 43 anos, com valor médio de 22 anos e com estado civil predominante de solteiros (97,0%). Nesse mesmo estudo, a maioria dos alunos afirmou ser heterossexual (98,4%) e já ter iniciado vida sexual (85,3%). O parceiro da primeira relação sexual foi o/a namorada (a) na maioria dos casos (55,1%).

No entanto, revelou-se aqui, que 93,33% se diziam heterossexual, 3,33% homossexual e 3,33% bissexual. Do grupo que se dizia bissexual, 25% deles afirmaram nunca ter tido experiência homossexual. Ressalta-se ainda que a idade da primeira relação sexual foi com 18 anos de idade

ou mais, correspondendo a 41,66% da amostra. Da população com vida sexual ativa, apenas 68,05% tiveram como parceiro (a) da primeira relação sexual o (a) namorado (a).

É importante enfatizar o início do uso de drogas lícitas ou ilícitas da população jovem, principalmente, quando se trata de estudantes da área da saúde, que levam consigo o peso, de que quando formados, se tornaram profissionais de exemplo para a sociedade. Onde 5% deles afirmaram fazer uso de tabaco, com início em média por volta dos 18 anos de idade, 66,66% fazem uso de bebidas alcoólicas e 10,83% fazem uso de algum tipo de droga ilícita, onde 84,62% deles fazem uso de maconha. Entretanto, um estudo realizado em Vitória – ES, onde avaliava o padrão de comportamento relacionado às práticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes, demonstrou um percentual de uso de drogas lícitas e ilícitas de 14,0%. Da mesma forma, dados do último levantamento realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicótropas (CEBRID) entre crianças e adolescentes, escolarizados em 1997, relatam que as drogas lícitas e ilícitas são usadas rotineiramente por 15,0% dos escolares²⁴.

Quanto a prática sexual segura, este estudo revelou que 58,82% do sexo masculino praticavam sexo sem uso do preservativo e 33,33%, deste grupo, em torno de 2 a 5 vezes de toda sua vida sexual. Já o sexo feminino, 40,57% delas revelaram não fazer uso de preservativo, sendo 32,14% destas com uma frequência em torno de 2 a 5 vezes. Em outro estudo, revelou que aspectos relacionados, por exemplo, à anticoncepção eram bem conhecidos dos alunos, enquanto outros, relacionados ao aborto, não eram. Os autores afirmaram ainda que o efeito dos anos do curso foi surpreendentemente pequeno e que há necessidade de maior educação sexual para futuros médicos, bem como para a população em geral¹⁵.

A prevalência de uso consistente de preservativos encontrada (44,5%), embora não seja ideal, é semelhante àquela verificada em outros segmentos populacionais – como os

conscritos do Exército brasileiro, em um estudo de 2002²⁵ – e em diferentes grupos sociais do município de Salvador (BA), no ano de 2000²⁶, cujas taxas de uso consistente de preservativos oscilavam em torno de 40%, embora Viana *et al.*²⁷ tenham encontrado cifras em torno de 60%, em estudantes do ensino médio no Estado de Minas Gerais. No entanto, segundo Geluda *et al.*²⁸, pessoas que não têm relacionamentos estáveis tendem a se sentir mais vulneráveis às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e, portanto, a se preocupar mais em evitar a infecção pelo HIV e demais ISTs. Da mesma forma, concluíram Carreno e Costa²⁹ em um estudo populacional no interior do Rio Grande do Sul, em que mulheres com parceiros fixos, principalmente as casadas, mais frequentemente deixavam de utilizar os preservativos. A associação entre “estar inserida em relacionamento estável” e o uso inconsistente de preservativos se manteve, no referido estudo, após o ajuste por diferentes variáveis de confusão.

De acordo com o IES, ao realizar a comparação entre os sexos, observou-se que a maior parte do sexo feminino 35% do total de entrevistadas, correspondendo a 61,76% da população feminina da amostra predominaram na faixa B de baixa exposição a riscos. Já o sexo masculino predominou na faixa M de média exposição, correspondendo a 24,16% do total da população-alvo e a 55,77% da população masculina. Entretanto, nota-se a partir dos dados confrontados na Tabela 1, que o grupo de estudantes que estão mais expostos e vulneráveis a fatores de risco, como adquirir e transmitir ISTs, gravidez indesejável, dependência química e entre fatores é a população de B versus A, já a de menor exposição é o de M versus A. Que segundo, Lima e Cerqueira (2008) 3 homens e mulheres diferem em diversos aspectos no modo como vivenciam a sexualidade, sofrendo influência marcante do contexto sociocultural. Embora as instituições de ensino não possam reescrever o contexto em que seus estudantes se formaram, visto que elas próprias se inserem nesta estrutura, seria desejável criar ou ampliar espaços reflexivos sobre a sexualidade.

CONCLUSÃO

Diante dos dados obtidos, esperava-se que em alunos de um curso da área da saúde, em especial, do curso de medicina esses números se apresentassem mais tímidos quanto ao grau de vulnerabilidade, refletindo maior percepção de risco por parte de futuros profissionais de saúde.

Contudo, para a promoção da saúde sexual, é necessário que os profissionais desenvolvam habilidades de comunicação e sensibilidade para ouvir as queixas sexuais dos pacientes que atendem. As crenças e valores morais dos médicos e estudantes, relacionados especificamente a temas sexuais, podem interferir negativamente na relação médico-paciente e determinar prejuízos no atendimento médico. No entanto, as influências positivas conferidas ao ensino da sexualidade na vida profissional e percebidas pela maioria dos alunos deste estudo são corroboradas por vários autores^{3,16,17,18}. Além disso, dificuldades no exercício da própria sexualidade por estudantes e médicos são barreiras que dificultam a assistência em questões de saúde sexual².

Para isso, mostra-se um importante questionamento e exercício para as instituições de ensino superior, em particular as faculdades de medicina, para começarem a refletir sobre a sexualidade dos sujeitos, ampliando o acesso à informação e capacitando os futuros

profissionais a lidarem com ela. Mesmo em cenários de ensino inovadores, é possível se surpreender quando se trabalha com velhos paradigmas e, ainda que involuntariamente, a serviço da silenciosa e sempre presente repressão sexual³.

Pois, cada vez mais, o profissional médico vem sendo chamado a pensar sobre problemas coletivos, como direito à saúde, acesso aos serviços, autonomia reprodutiva e redução de danos merecem esforços coletivos para promover o desenvolvimento de outras competências, quais sejam: políticas, éticas e humanas. Estas vão se agregando e constituindo uma nova visão no âmbito da formação, da atuação e do planejamento em saúde, como ressalta Medeiro *et al.*⁵.

Acredita-se que os dados expostos neste estudo, possa levar e possibilitar as instituições de ensino a refletir sobre a necessidade de avaliar (e preencher) algumas possíveis lacunas de formação de opinião baseadas nos ensinamentos teóricos do currículo atual do curso médico, destacando a relevância do estudo e da adequação curricular. Espera-se que novas abordagens e ferramentas de ensino, baseadas na percepção de risco, possam agir sinergicamente no sentido de induzir vivências que propiciem um comportamento sexual mais seguro não somente em estudantes, mas na população como um todo.

REFERÊNCIAS

1. Aragão JCS, Lopes CS, Bastos FI. Comportamento Sexual de Estudantes de um Curso de Medicina do Rio de Janeiro. Revista brasileira de educação médica. 2011; 35(3): 334 - 340.
2. Rufino AC, Madeiro AP, Girão MJBC. O Ensino da Sexualidade nos Cursos Médicos: a Percepção de Estudantes do Piauí. Revista brasileira de educação médica. 2013; 37(2):178-185.
3. Lima MCP, Cerqueira ATAR. Crenças sobre sexualidade entre estudantes de Medicina: uma comparação entre gêneros. Revista brasileira de educação médica. 2008; 32(1):49 - 55.
4. Gagnon JH; Simon W. Sexual conduct: the social sources of human sexuality. Chicago: Aldine, 1973.
5. Medeiros RD, Azevedo GD, Maranhão TMO, Gonçalves AK, Barros YE, Araújo ACPF, et al. Impacto da inserção da temática saúde sexual e reprodutiva na graduação de Medicina. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014; 36(3):107-12.
6. Lionço T. Que à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. Saúde e Sociedade. 2008; 17: 11-21.
7. Cerqueira-Santos E, Calvetti PU, Rocha KB, Moura A, Barbosa LH, Hermel J. Percepção de usuários gays, lésbicas, bissexuais e

- transgêneros, transexuais e travestis do sistema único de saúde. *Revista interamericana de Psicologia*. 2010; 44(2): 235-245.
8. Cardoso MR; Ferro LF. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2012; 32(3):552-563.
9. Silva MCBA. Sentidos da diversidade sexual entre estudantes de medicina. Dissertação(mestrado) - Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal de Urubelândia. 2014:1-61.
10. Siqueira VHF; Rocha GW F. A construção de diferenças de gênero entre estudantes de medicina. 2008:231-268.
11. Rufino AC, Madeiro AP. 6 Práticas Educativas em Saúde: integrando Sexualidade e Gênero na Graduação em medicina. *Revista Brasileira de educação Médica*. 2017;41(1): 170-178;
12. Obedin-Maliver J, et al. Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. *JAMA*. 2011;306(9):971-7.
13. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CSE nº 4/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina. Conselho Nacional de Educação. [internet]. Brasília: Câmara de Educação Superior. 2001. [acesso em 08 de ago. 2017]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde): Objetivos, Implementação e Desenvolvimento Potencial [internet]. Brasília; 2007 [Acesso em 12 ago. 2017]. Disponível em :http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/07_0323_M.pdf.
15. Fayes T, Crowley T, Jenklins JM, Cahill DJ. Medical student awareness of sexual health is poor. *Int J STD AIDS*. 2003;14:386-9.
16. Shindell AW, Ando KA, Breyer BN, Lue TF, Smith JF. Medical student sexuality: how sexual experience and sexuality training impact U.S. and Canadian medical students' comfort in dealing with patients' sexuality. *Acad Med*. 2010;85:1321-30.
17. Riffenburg RS, Strassman HD. A curriculum in sexual education for medical students. *J Med Educ*. 1967;42(11):1031-6.
18. Leiblum SR. An established medical school human sexuality curriculum: description and evaluation. *Sex Relation Ther*. 2001;16(1):59-70.
19. Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saude Soc*. 2011;20(1):124-35.
20. Cavalcanti R, Cavalcanti M. Tratamento clínico das inadequações sexuais. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2006.
21. Parish SJ, Rubio-Aurioles E. Education in sexual medicine: proceedings from the International Consultation in Sexual Medicine, 2009. *J Sex Med* 2010;7(10):3305-14.
22. Fitz Gerald M, Crowley T, Greenhouse P, Probert C, Horner P. Teaching sexual history taking to medical students and examining it: experience in one medical school and a national survey. *Med Educ*. 2003;37:94-8.
23. Lief HI. Preparing the physician to become a sex counselor and educator. *Pediatr Clin North Am*. 1969;16(2):447-58.
24. Miranda AE, Gadelha AMJ, Szwarcwald CL. Padrão de comportamento relacionado às práticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2002. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(1):207-216.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Pesquisa entre conscritos do Exército Brasileiro - Retratos do comportamento de risco do jovem brasileiro à infecção pelo HIV 1996 — 2002. 2006.
26. Codes JS, Cohen DA, Melo NA. Detecção de doenças sexualmente transmissíveis em ambientes clínicos e não-clínicos na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002;24(2):101-6.
27. Viana FJM, Fagundes A, Mello MB. Fatores associados a sexo seguro entre alunos de escolas públicas em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(1):43-51.
28. Geluda K, Bosi MLM, Cunha AJLA, Trajman A. "Quando um não quer, dois não brigam": um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1671-80.
29. Carreno I, Costa JSD. Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. *Ver Saúde Pública*. 2006; 40(4): 720-6.