

Era da (des)informação: conhecimentos e crenças sobre saúde sexual e reprodutiva em adolescentes portugueses

Bruno P. Dias,¹ Joana Nuno^{1,2}

RESUMO

Introdução: A educação sexual deve assumir uma perspetiva holística, já que desta forma será possível que a camada jovem da população tenha uma vivência gratificante da sua sexualidade. Assim, é de interesse perceber o estado da educação sexual em Portugal.

Objetivo: Avaliar os conhecimentos e crenças de adolescentes sobre sexualidade e educação sexual.

Métodos: Foi desenvolvido um estudo observacional e analítico, tendo sido aplicados questionários a adolescentes com idade entre os 13 e os 19 anos que frequentam escolas básicas e secundárias da Área Metropolitana do Porto.

Resultados: Foram incluídas 572 respostas para análise. A idade média das pessoas inquiridas foi de 14,9±1,6 anos e a maioria identificava-se como rapariga. Na avaliação de conhecimentos, 84% das questões tem mais respostas certas do que erradas. Verificou-se que quanto maior a idade, maiores são os conhecimentos e menores são as crenças limitantes e atitudes negativas relativamente à sexualidade ($p<0,001$). As pessoas que se identificam como rapariga tendem a apresentar níveis elevados de conhecimentos; por contraste, as pessoas que se identificam como rapaz tendem a ter um maior nível de crenças limitantes e atitudes negativas ($p<0,05$).

Conclusão: A idade e a identidade de género dos adolescentes influenciam os conhecimentos e crenças associadas à sexualidade.

Palavras-chave: Educação sexual; Adolescente.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define sexualidade como sendo um aspeto central do ser humano ao longo da vida. Refere ainda que esta engloba o sexo, as identidades e os papéis de género, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução.¹

No contexto europeu reconhece-se que a educação sexual deve assumir uma perspetiva holística no sentido de promover a aprendizagem de aspetos cognitivos, emocionais, sociais, interativos e físicos relacionados com a sexualidade. Se assim for, mais gratificante será a vivência das relações sexuais, maior será a capacidade

de de pedir ajuda quando necessário e maior será a adoção de comportamentos preventivos.²

Mais ainda, dados recentes indicam que a camada jovem da população se torna sexualmente ativa em idades cada vez mais precoces, sendo que uma fração considerável opta por não utilizar preservativo aquando das relações sexuais, condicionando riscos associados às práticas sexuais desprotegidas.³

Se, por um lado, é certo que comportamentos sexuais são comuns em crianças – 42 a 73% de pessoas antes dos 13 anos apresentam-nos⁴ –, por outro, segundo a Lei n.º 60/2009, regulamentada pela Portaria n.º 169-A/2010,⁵⁻⁶ a educação sexual apenas tem lugar a partir do Ensino Básico, excluindo o acesso à (in)formação numa faixa etária bastante específica da população jovem. De facto, de acordo com a OMS, a educação

1. Escola de Medicina da Universidade do Minho, Braga, Portugal.
2. UCSP Amorosa, ULS Alto Ave. Guimarães, Portugal.



sexual deve iniciar-se o mais cedo possível nos estados precoces de desenvolvimento e deve ser desenvolvida até à fase adulta, com diferentes objetivos ao longo do percurso de vida.⁷

Não obstante, a adolescência é um estado de desenvolvimento único no ciclo de vida humano e a sexualidade é comumente entendida como uma questão fundamental na transição da infância para a adultez. Assim, o processo de desenvolvimento psicossocial e da identidade sexual é um dos principais empreendimentos desta fase da vida numa estreita ligação às modificações inerentes à adolescência, designadamente as modificações a nível corporal.⁸

Neste sentido, com o presente estudo pretendeu-se avaliar os conhecimentos, atitudes e crenças sobre sexualidade e educação sexual em adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 19 anos. Desta avaliação pretende-se apurar as dimensões do conhecimento nos quais esta população apresenta mais lacunas para a promoção de ações formativas e sensibilizadoras a ela direcionadas.

MÉTODOS

Após a aprovação pela Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS) e da Secção de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar da Direção-Geral da Educação, várias escolas básicas e secundárias sediadas em cidades que integram a Área Metropolitana do Porto foram contactadas, via *e-mail* ou através de reuniões presenciais. Posteriormente, o projeto foi apresentado presencialmente às escolas que demonstraram interesse.

Das 24 escolas (públicas e privadas) contactadas apenas oito escolas públicas aceitaram acolher o projeto e, destas, apenas seis submeteram respostas no período dedicado para o efeito, que compreendia os meses de janeiro e fevereiro/2023. As respostas foram recolhidas por duas modalidades distintas, designadamente através do preenchimento de um questionário *online*, alojado na plataforma digital Microsoft Forms®, ou através do preenchimento de um questionário em formato físico, com posterior submissão das respostas na plataforma digital pela equipa de investigação. Em ambos os casos, as respostas foram recolhidas durante um determinado período letivo, definido pelas direções de cada escola.

O questionário aplicado encontra-se subdividido em diferentes secções, nomeadamente uma secção socio-demográfica, uma secção atribuída ao Questionário de Conhecimentos sobre Sexualidade (QCS) e uma secção final para o Questionário de Atitudes e Crenças sobre Sexualidade e Educação Sexual (QACSES). Para a utilização do QCS e do QACSES foi solicitada autorização aos autores.

O QCS é composto por 25 questões de resposta dicotómica – verdadeiro ou falso – e encontra-se organizado em seis domínios, especificamente: 1. Primeira relação sexual e preocupações sexuais; 2. Sexualidade e prazer sexual; 3. Contraceção e práticas sexuais seguras; 4. Prevenção da gravidez; 5. Infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA; e 6. Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva (SSR). No final do seu preenchimento obtém-se uma pontuação, cujo valor máximo é de 25 pontos, resultante do somatório das respostas corretas a cada um dos itens. Assim, quanto maior a pontuação obtida, maior o conhecimento da pessoa inquirida sobre sexualidade.⁹

No que concerne ao QACSES, este é composto por 17 itens que apresentam uma escala de resposta de *Likert* de cinco pontos – de 1 até 5, desde discordo completamente até concordo completamente. Os itens desta escala podem ser agrupados em três fatores, designadamente: crenças associadas ao género e contraceção; crenças associadas à violência no namoro, género e comportamento sexual; e crenças associadas à relação amorosa.¹⁰

Como critérios de inclusão para a definição da amostra foram considerados os seguintes: i) ter idade compreendida entre os 13 e os 19 anos; e ii) em caso de menor de idade, ter autorização escrita pela pessoa responsável garantindo a participação no estudo.

O pedido de autorização foi previamente redigido pela equipa de investigação, aprovado pela Direção-Geral da Educação – aquando do pedido de autorização para aplicação de questionários em meio escolar – e pelas direções das escolas. Seguidamente, o documento foi enviado para os responsáveis por cada adolescente. Posteriormente, este foi entregue às direções de turma, que se encarregaram de aplicar o questionário de acordo com o mesmo.

Por seu turno, o critério de exclusão definido foi um preenchimento incompleto ou ambíguo do questionário físico, tornando-o inválido.



TABELA 1. Características sociodemográficas da amostra

Variáveis	n*	%
Identidade de género		
Rapaz	221	38,6
Rapariga	341	59,6
Outra	10	1,70
Ano curricular		
7.º ano	42	7,30
8.º ano	144	25,2
9.º ano	102	17,8
10.º ano	87	15,2
11.º ano	95	16,6
12.º ano	102	17,8

* 72 missing values

Após a recolha de dados foi realizada a análise dos mesmos com recurso ao *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®), v. 23. Procedeu-se à análise da normalidade das variáveis quantitativas, com base nos valores de assimetria e curtose, resultados dos testes *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk* e gráficos. Verificou-se que nem todas as variáveis apresentavam uma distribuição normal, pelo que foram realizados os testes paramétricos e não paramétricos e, uma vez que os resultados obtidos foram os mesmos, são apresentados os resultados dos testes paramétricos. Foi utilizado o teste *t* para amostras independentes para comparar dois grupos (identidade de género e ano curricular) ao nível das variáveis quantitativas. A homogeneidade de variâncias foi verificada através do teste de Levene. Foi calculado o *d* de Cohen como medida de *effect size*. Para analisar a relação entre variáveis quantitativas foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson*.

RESULTADOS

A idade média dos participantes foi de 14,9±1,6 anos. A maioria dos respondentes identificava-se como rapariga (59,6%) e frequentava o 3.º ciclo do ensino básico (7.º, 8.º e 9.º anos curriculares) (Tabela 1).

As respostas submetidas às perguntas do QCS encontram-se na Tabela 2. Verifica-se que para todas as

questões a taxa de respostas certas supera a taxa de respostas erradas, exceto nas questões 1, 10, 16 e 24.

As respostas submetidas ao QACSES encontram-se na Tabela 3.

Conhecimentos sobre a sexualidade e variáveis sociodemográficas

Inicialmente foi analisada a relação entre os conhecimentos sobre a sexualidade e as variáveis sociodemográficas, nomeadamente a idade, a identidade de género e o ano curricular frequentado.

A Tabela 4 apresenta os resultados das análises de correlação entre as pontuações obtidas por participantes em termos de conhecimentos sobre a sexualidade, nas várias dimensões, e a idade. Registam-se correlações positivas estatisticamente significativas entre todas as dimensões e a idade (todos $p < 0,01$), sendo a mais forte a relação entre a dimensão «Contraceção e práticas sexuais seguras» e a idade ($r = 0,52$). Assim, uma idade superior está associada com níveis mais elevados de conhecimentos sobre a sexualidade.

Em termos de diferenças nos conhecimentos sobre a sexualidade de acordo com a identidade de género (Tabela 5) verificam-se diferenças estatisticamente significativas ao nível das dimensões «Sexualidade e prazer sexual» ($p < 0,001$), «Contraceção e práticas sexuais seguras» ($p = 0,002$), «Infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA» ($p = 0,018$) e «Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva» ($p = 0,009$), sendo que os participantes que se identificam como rapariga apresentam níveis mais elevados de conhecimentos sobre a sexualidade nestas dimensões do que participantes que se identificam como rapaz.

A Tabela 5 apresenta ainda os resultados das análises de diferenças entre ensino básico e secundário, em termos dos conhecimentos sobre a sexualidade. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões (todos $p < 0,05$), sendo que participantes que frequentam o ensino secundário evidenciam níveis mais elevados de conhecimentos sobre a sexualidade.

Atitudes e crenças sobre a sexualidade e variáveis sociodemográficas

Foram realizadas as mesmas análises para as atitudes e crenças sobre a sexualidade, em função das

TABELA 2. Respostas submetidas a cada pergunta do QCS

Questão	Respostas certas*		Respostas incorretas*	
	n	%	n	%
1. Quase todos os jovens têm relações sexuais antes dos 18 anos.	175	30,6	397	69,4
2. Uma rapariga pode ficar grávida mesmo que o rapaz não ejacule dentro da vagina.	288	50,3	284	49,7
3. Depois da excitação e com o pénis em ereção, o homem deve ejacular porque podem surgir problemas se não o fizer.	338	59,1	234	40,9
4. A SIDA pode apanhar-se através do beijo na boca.	402	70,3	170	29,7
5. O sexo oral e o sexo anal não possibilitam uma gravidez, mas podem provocar algumas doenças sexualmente transmissíveis.	503	88,0	69	12,0
6. A satisfação sexual não pode ser atingida sem penetração.	464	81,1	108	18,9
7. Antes da colocação do preservativo deve-se verificar sempre o estado de conservação da embalagem, a validade e o controlo de qualidade.	563	98,4	9	1,6
8. A pílula do dia seguinte só deverá ser utilizada como método de exceção e nunca regularmente.	404	70,6	168	29,4
9. Não existe risco de gravidez quando se utiliza o método "coito interrompido".	454	79,4	118	20,6
10. Uma pessoa que tem um teste VIH positivo tem SIDA.	212	37,1	360	62,9
11. O consumo de álcool diminui a perceção dos riscos nos comportamentos sexuais.	313	54,7	259	45,3
12. Uma mulher pode apanhar o VIH se tiver sexo anal com um homem.	462	80,8	110	19,2
13. Uma rapariga não engravida se tiver tido relações sexuais durante a menstruação.	369	64,5	203	35,5
14. Ter sexo mantém uma relação amorosa.	317	55,4	255	44,6
15. A sexualidade restringe-se às relações sexuais.	503	88,0	69	12,0
16. Fazer um teste de VIH uma semana depois de ter sexo dirá a uma pessoa se ele ou ela tem VIH.	244	42,7	328	57,3
17. Uma rapariga pode ficar grávida na primeira vez que tem relações sexuais.	537	94,0	35	6,0
18. O vírus do VIH pode transmitir-se através do sexo oral desprotegido.	406	71,0	166	29,0
19. A pílula previne contra infeções sexualmente transmissíveis.	446	78,0	126	22,0
20. Um adolescente não precisa de autorização dos pais para pedir o preservativo ou pílula num centro de saúde ou noutras consultas de atendimento a jovens.	406	71,0	166	29,0
21. Não há uma idade própria para se iniciar a vida sexual.	380	66,4	192	33,6
22. O sexo é uma forma de prazer.	542	94,8	30	5,2
23. Ter sexo com mais de um parceiro(a) pode aumentar a probabilidade de uma pessoa ser infetada com o VIH.	541	94,6	31	5,4
24. Qualquer aconselhamento na área da sexualidade que aconteça na escola deve ser dado a conhecer aos encarregados de educação.	224	39,2	348	60,8
25. A única forma de evitar a transmissão do VIH numa relação é o uso do preservativo.	348	60,8	224	39,2

* 72 missing values

variáveis sociodemográficas idade, identidade de género e ano curricular frequentado.

Os resultados das análises de correlação entre as pontuações obtidas por participantes ao nível das



TABELA 3. Respostas submetidas a cada pergunta do QACSES

Questão	DC*		D*		N*		C*		CC*	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. A masturbação é só para homens.	383	67,0	109	19,1	51	8,9	19	3,3	10	1,7
2. Fica mal às raparigas andarem com preservativos na carteira.	290	50,7	150	26,2	92	16,1	25	4,4	15	2,6
3. Prevenir a gravidez é da responsabilidade das raparigas	359	62,8	111	19,4	64	11,2	29	5,1	9	1,6
4. Raparigas que tomam a iniciativa num encontro amoroso não devem ser levadas a sério.	388	67,8	103	18,0	60	10,5	17	3,0	4	0,7
5. Com a idade perde-se o interesse pelo sexo.	119	20,8	179	31,3	204	35,7	59	10,3	11	1,9
6. Quando se usa a pílula não é preciso usar preservativo.	281	49,1	188	32,9	65	11,4	28	4,9	10	1,7
7. Ter controlo sobre o comportamento do outro é normal na relação de namoro.	269	47,0	133	23,3	83	14,5	68	11,9	19	3,3
8. Fazer ciúmes é normal na relação de namoro.	222	38,8	154	26,9	112	19,6	68	11,9	16	2,8
9. Quando as raparigas dizem "não" na verdade querem dizer "sim".	307	53,7	107	18,7	115	20,1	25	4,4	18	3,1
10. Só existe relação sexual quando existe penetração.	223	39,0	200	35,0	101	11,7	33	5,8	15	2,6
11. Vigiar o telemóvel é normal quando se gosta de alguém.	346	60,5	121	21,2	55	9,6	37	6,5	13	2,3
12. O facto de os amigos já terem tido relações sexuais é uma boa razão para se iniciar a vida sexual.	299	52,3	160	28,0	81	14,2	26	4,5	6	1,0
13. A forma como as raparigas se vestem diz muito do que estas esperam dos homens.	316	55,2	116	20,3	83	14,5	49	8,6	8	1,4
14. A educação sexual nas escolas leva a que os jovens tenham comportamentos sexuais precoces.	220	38,5	183	32,0	122	21,3	40	7,0	7	1,2
15. É importante numa relação amorosa a existência de compromisso.	18	3,1	26	4,5	97	17,0	167	29,2	264	46,2
16. A partilha de emoções e pensamentos é importante numa relação amorosa.	6	1,0	7	1,2	30	5,2	126	22,0	403	70,5
17. É importante numa relação amorosa a existência de atração sexual.	20	3,5	46	8,0	162	28,3	194	33,9	150	26,2

* 72 missing values

Legenda: DC = Discordo completamente; D = Discordo; N = Neutro; C = Concordo; CC = Concordo completamente.

atitudes e crenças sobre a sexualidade, nas três dimensões, e a idade (Tabela 6) mostraram correlações negativas estatisticamente significativas entre todas as dimensões e a idade (todos $p < 0,001$). Deste modo,

uma idade superior está relacionada com pontuações mais baixas nesta escala, ou seja, menos crenças limitantes e atitudes negativas em relação à sexualidade.



TABELA 4. Relação entre conhecimentos sobre a sexualidade e idade

	Idade	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Primeira relação sexual e preocupações sexuais	0,15	<0,001
Sexualidade e prazer sexual	0,32	<0,001
Contraceção e práticas sexuais seguras	0,52	<0,001
Prevenção da Gravidez	0,14	0,001
Infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA	0,19	<0,001
Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva (SSR)	0,38	<0,001

TABELA 5. Diferenças ao nível dos conhecimentos sobre a sexualidade em função da identidade de género e do ano curricular

	Identidade de género					Ano curricular				
	Rapariga (<i>n</i> =341) M±DP	Rapaz (<i>n</i> =221) M±DP	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	Ensino básico (<i>n</i> =288) M±DP	Ensino secundário (<i>n</i> =284) M±DP	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Primeira relação sexual e preocupações sexuais	3,09±0,98	3,01±0,98	0,85	0,399	0,08	2,88±0,97	3,23±0,96	-4,38	<0,001	0,36
Sexualidade e prazer sexual	2,73±0,55	2,48±0,68	4,50	<0,001	0,40	2,40±0,71	2,88±0,37	-10,07	<0,001	0,85
Contraceção e práticas sexuais seguras	4,54±1,19	4,23±1,21	3,06	0,002	0,26	3,79±1,07	5,06±0,97	-14,79	<0,001	1,24
Prevenção da gravidez	1,16±0,72	1,13±0,67	0,58	0,562	0,04	1,09±0,68	1,21±0,72	-2,12	0,034	0,17
Infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA	4,93±1,07	4,70±1,17	2,38	0,018	0,21	4,56±1,10	5,13±1,05	-6,33	<0,001	0,53
Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva (SSR)	1,16±0,72	1,00±0,73	2,64	0,009	0,22	0,82±0,67	1,39±0,67	-10,13	<0,001	0,85

A Tabela 7 apresenta os resultados da análise de diferenças nas atitudes e crenças sobre a sexualidade em função da identidade de género e do ano curricular. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões (todos $p < 0,05$); participantes que se identificam como rapariga apresentam pontuações mais baixas, isto é, menos crenças limitantes e atitudes negativas em relação à sexualidade.

Em relação a diferenças entre ensino básico e secundário, em termos das atitudes e crenças sobre a sexualidade (Tabela 7), registam-se diferenças

TABELA 6. Relação entre atitudes e crenças sobre a sexualidade e idade

	Idade	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Género e contraceção	-0,41	<0,001
Violência no namoro, género e comportamento sexual	-0,36	<0,001
Relação amorosa	-0,37	<0,001


TABELA 7. Diferenças ao nível das atitudes e crenças sobre a sexualidade em função da identidade de género e do ano curricular

	Identidade de género					Ano curricular				
	Rapariga (n=341) M±DP	Rapaz (n=221) M±DP	t	p	d	Ensino básico (n=288) M±DP	Ensino secundário (n=284) M±DP	t	p	d
Género e contraceção	9,89±3,09	11,88±3,86	-6,44	<0,001	0,57	12,07±3,81	9,28±2,59	10,23	<0,001	0,86
Violência no namoro, género e comportamento sexual	13,65±4,74	17,62±5,70	-8,63	<0,001	0,76	17,26±5,88	13,13±4,15	9,72	<0,001	0,81
Relação amorosa	5,40±2,02	5,83±2,25	-2,34	0,020	0,20	6,43±2,27	4,72±1,58	10,50	<0,001	0,87

TABELA 8. Relação entre conhecimentos e atitudes e crenças sobre a sexualidade

	Género e contraceção		Violência no namoro, género e comportamento sexual		Relação amorosa	
	r	p	r	p	r	p
Primeira relação sexual e preocupações sexuais	-0,14	0,001	-0,23	<0,001	-0,05	0,207
Sexualidade e prazer sexual	-0,47	<0,001	-0,49	<0,001	-0,26	<0,001
Contraceção e práticas sexuais seguras	-0,40	<0,001	-0,34	<0,001	-0,34	<0,001
Prevenção da gravidez	-0,23	<0,001	-0,15	<0,001	-0,12	0,003
Infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA	-0,25	<0,001	-0,22	<0,001	-0,13	0,002
Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva (SSR)	-0,34	<0,001	-0,28	<0,001	-0,18	<0,001

estatisticamente significativas em todas as dimensões (todos $p < 0,001$). Verifica-se que participantes que frequentam o ensino secundário apresentam pontuações inferiores, ou seja, menos crenças limitantes e atitudes negativas em relação à sexualidade.

Relação entre conhecimentos sobre sexualidade e atitudes e crenças sobre a sexualidade

Quando analisada a relação entre os conhecimentos sobre sexualidade e atitudes e crenças sobre a mesma (Tabela 8) apenas a relação entre a dimensão de conhecimento «Primeira relação sexual e preocupações sexuais» e a dimensão «Relações amorosas», das atitudes e crenças, não foi estatisticamente significativa

($p = 0,207$), verificando-se correlações negativas estatisticamente significativas entre todas as outras variáveis (todos $p < 0,01$). Desta forma, níveis mais elevados de conhecimentos sobre a sexualidade estão relacionados com pontuações inferiores em termos de atitudes e crenças, que indicam menos crenças limitantes e atitudes negativas em relação à sexualidade.

DISCUSSÃO

Em semelhança ao estudo de validação do QCS,⁹ na população do presente estudo existem diferenças significativas de conhecimento sobre a sexualidade, designadamente nas dimensões «Sexualidade e prazer sexual», «Contraceção e práticas sexuais seguras»,



«Infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA» e «Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva», entre as pessoas que se identificam como rapaz e aquelas que se identificam como rapariga, sendo que estas últimas apresentam maiores conhecimentos. Assim, reitera-se a necessidade de intervenções que atendam às características individuais de cada pessoa, em particular à identidade de género, mencionadas na literatura,⁹ de forma a colmatar as necessidades específicas proficuamente.

Deste modo, num futuro próximo, a homogeneização e a limitação dos conteúdos abordados em educação sexual¹¹ devem ser abolidas e em seu lugar deve surgir uma educação sexual centrada na pessoa e nas suas particularidades, de acordo com as orientações da literatura.²

No que à idade diz respeito, o aumento da mesma parece ser acompanhado do aumento do conhecimento sobre a sexualidade⁹ na população em estudo. De forma análoga, anos curriculares mais avançados evidenciam mais conhecimentos sobre a sexualidade.

No alinhamento da literatura publicada,¹² a dimensão «Prevenção da gravidez» é uma das que apresenta pior nível de conhecimentos. Para além desta, a dimensão «Aconselhamento e atendimento em SSR» apresenta, neste estudo, uma média de conhecimentos mais baixa. Estes resultados contrastam com a matriz de tom negativo, que enfatiza aspetos biológicos, morais e de prevenção do risco, descrita na literatura.^{10,13} Contudo, com os dados recolhidos no presente estudo é impossível perceber o motivo pelo qual estas dimensões são as que apresentam pior nível médio de conhecimentos sobre a sexualidade.

No que concerne às atitudes e crenças sobre sexualidade e educação sexual existe uma correlação negativa entre a idade e os fatores avaliados pelo QACSES, em concordância com a literatura.¹⁰ No estudo referido anteriormente, esta situação parece não só estar correlacionada com a idade das pessoas inquiridas, mas também com o número de anos de educação sexual ao qual uma determinada pessoa acedeu. Este facto demonstra a necessidade de acesso a uma educação sexual holística e compreensiva ao longo de todos os anos escolares e não só a partir do Ensino Básico como consagrado na Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto.⁵⁻⁶

À semelhança do descrito na literatura, são as pessoas que se identificam como rapaz que tendem a apresentar mais crenças limitantes e atitudes negativas.¹⁰ Mais uma vez, e em concordância com o que é referido anteriormente no âmbito dos conhecimentos sobre a sexualidade, demonstra-se a necessidade de uma educação sexual que atenda às características individuais do corpo discente de cada escola.

Finalmente, verifica-se uma correlação negativa entre os conhecimentos sobre sexualidade – avaliados pelo QCS – e as crenças e atitudes – avaliadas pelo QACSES –, em concordância com o que é descrito na literatura,¹⁰ excetuando a relação entre as dimensões «Primeira relação sexual e preocupações sexuais» e «Relações Amorosas». Este resultado indica que quanto maior é o conhecimento de adolescentes sobre a sexualidade menos atitudes negativas e crenças limitantes são perpetuadas.

Além do papel da educação sexual, as consultas de saúde infantil e juvenil poderão ter um contributo importante para a aquisição de uma atitude positiva relativamente aos assuntos relacionados com a saúde sexual e reprodutiva (SSR). De facto, existem várias barreiras à saúde de pessoas que se desviam da cisheteronormatividade,¹⁴⁻¹⁵ pelo que a formação de profissionais de saúde é imprescindível para que seja adotada uma atitude o mais inclusiva possível, maximizando, desta forma, os desfechos em saúde.

No decorrer do projeto foi notória uma dicotomia nas escolas que participaram no estudo, designadamente a perspectiva de que a educação sexual deve ser apenas um momento letivo que incida em questões anatomofisiológicas e na prevenção de infeções sexualmente transmissíveis e da gravidez, como demonstrado na literatura,^{10,13} contrastante com a necessidade de uma educação sexual abrangente, como consagrado na Legislação Portuguesa.⁵⁻⁶

Por outro lado, com o presente estudo é possível depreender que, na população abrangida, é importante empreender formações relacionadas com as temáticas da prevenção da gravidez – ainda que, como referido anteriormente, esta seja uma das temáticas mais frequentemente abordadas – e do atendimento e aconselhamento em SSR, de uma forma geral. No entanto, como explanado, reitera-se a necessidade de atender às características individuais do corpo discente, já que estas parecem influenciar os seus conhecimentos.



Assim, tanto o QCS como o QACSES, ainda que redutores atendendo ao paradigma atual da sexualidade, podem ser instrumentos importantes para as escolas planearem e avaliarem as suas intervenções no sentido de as tornar profícuas para as pessoas intervencionadas, colmatando a ausência da auscultação das necessidades do corpo discente que se encontra descrita na literatura.¹³

Limitações do estudo

A amostra de escolas foi selecionada por conveniência, pelo que é necessária alguma cautela na extrapolação da análise estatística patente neste artigo.

Além disso, ao longo do estudo percebeu-se a possibilidade de ocorrência de um viés de seleção por parte das direções das escolas. Assim, estas foram contactadas para que se procedesse à adoção de medidas de mitigação deste viés, designadamente a seleção aleatória das turmas aleatoriamente ou, se possível, a aplicação do questionário à totalidade de turmas dos diferentes anos a inquirir.

Finalmente, algumas escolas adotaram a aplicação física do questionário, o que implicou a sua submissão manual para o formulário *online*, existindo, portanto, uma taxa de erro associada.

CONCLUSÃO

Do presente estudo conclui-se que, de uma forma geral, são as pessoas que se identificam como rapariga que apresentam um nível de conhecimentos sobre sexualidade mais elevado. Por outro lado, são as pessoas que se identificam como rapaz que apresentam um nível superior de crenças limitantes e atitudes negativas sobre sexualidade e educação sexual.

Além disto, parece existir uma correlação positiva entre a idade e os conhecimentos sobre sexualidade e uma correlação negativa entre os conhecimentos e as crenças sobre sexualidade e educação sexual.

Importa, portanto, investir na formação das crianças e de adolescentes em temáticas de SSR. Esta deve adotar uma perspetiva holística e compreensiva, desprovida de matrizes completamente biológicas e negativas e destituída de julgamentos. Consequentemente, contribuir-se-á não só para a literacia para a saúde, mas também para uma vivência mais saudável da sexualidade e para o desenvolvimento de uma cidadania se-

xual, tão essencial atendendo ao atual paradigma social.

Finalmente, é importante ressaltar a necessidade de implementar estratégias de avaliação de impacto do trabalho desenvolvido em SSR nas escolas para que este vá ao encontro das necessidades sentidas pelo corpo discente.

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento às escolas que aceitaram participar no projeto de investigação, nomeadamente à Escola Básica 2,3 de Paços de Brandão, à Escola Básica Prof. Dr. Carlos Alberto Ferreira de Almeida, à Escola Secundária de Santa Maria da Feira, à Escola Secundária João da Silva Correia, à Escola Básica Júlio Dinis e à Escola Secundária Dr. Manuel Gomes de Almeida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Developing sexual health programmes: a framework for action [homepage]. Geneva: World Health Organization; 2010. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-RHR-HRP-10.22>
2. Vilar D, Ferreira PM, Duarte S. A educação sexual dos jovens portugueses: conhecimentos e fontes [Internet]. Lisboa: Associação para o Planeamento Familiar; 2008. Available from: https://apf.pt/wp-content/uploads/2022/04/artigo_versao_final_para_site.pdf
3. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A, et al, editors. Spotlight on adolescent health and well-being: findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada (Vol. 2 – Key data) [homepage]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Available from: <https://hbsc.org/publications/reports/spotlight-on-adolescent-health-and-well-being>
4. Kellogg ND. Sexual behaviors in children: evaluation and management. *Am Fam Physician*. 2010;82(10):1233-8.
5. Portaria n.º 196-A/2010, de 9 de abril. Diário da República. I Série;(69 Suppl 1).
6. Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto. Diário da República. I Série;(151).
7. World Health Organization Regional Office for Europe. Standards for sexuality education in Europe: a framework for policy makers, educational and health authorities and specialists [Internet]. Cologne: Federal Centre for Health Education, BZgA; 2010. Available from: <https://www.bzga-whooc.de/en/publications/standards-for-sexuality-education/>
8. Sharpe TH. Adolescent sexuality. *Fam J*. 2003;11(2):210-5.
9. Carvalho CP, Pinheiro MRCNMM, Gouveia JAP, Vilar DR. Conhecimentos sobre sexualidade: construção e validação de um instrumento de avaliação para adolescentes em contexto escolar [Knowledge about sexuality: construction and validation of an assessment instrument for adolescents]. *Rev Port Educ*. 2017;30(2):249-74. Portuguese
10. Carvalho CP, Pinheiro MR, Gouveia JA, Vilar DG. Questionário de atitudes e crenças sobre sexualidade e educação sexual (QACSES) para adolescentes: estudos de validação psicométrica [Attitudes and beliefs questionnaire about sexuality and sexual education (ABQSSE) for ado-



- lescents: psychometric validation studies]. *Rev Psicol Criança Adolesc.* 2016;7(1-2):345-63. Portuguese
11. Alves MG. Modelos em educação sexual e práticas de professores dos 2o e 3o ciclos do ensino básico no Minho [dissertation]. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo; 2012. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1645>
 12. Silva SM, Ferreira MM, Amaral-Bastos MM, Monteiro MA, Couto GR. Diagnosis of knowledge on sexuality among adolescents. *Acta Paul Enferm.* 2020;33:1-7.
 13. Ramiro L, Reis M, Matos MG, Diniz JA. Trends in adolescent sexual behavior, impact of information, and attitudes about HIV/AIDS in Portugal. *Psychol Health Med.* 2014;19(5):614-24.
 14. Saleiro SP, Ramalho N, Menezes MS, Gato J. Estudo nacional sobre necessidades das pessoas LGBTI e sobre a discriminação em razão da orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género; 2022. ISBN 9789725974360
 15. Pinto N, Côrte-Real P, Ramos M, Torres R. Saúde em igualdade: pelo acesso a cuidados de saúde adequados e competentes para pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans [Internet]. Lisboa: ILGA Portugal; 2014. Available from: <https://ilga-portugal.pt/ficheiros/pdfs/igualdadenaude.pdf>

CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, BPD e JN; curadoria dos dados, BPD; análise formal, BPD e JN; investigação, BPD e JN; metodologia, BPD e JN; visualização, BPD; redação do *draft* original, BPD; revisão, validação e edição do texto final, JN; administração do projeto, JN; supervisão, JN; visualização, JN.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de apoio financeiro de nenhuma entidade de domínio público ou privado.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Bruno P. Dias

E-mail: brunopdias.md@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-3321-5961>

Recebido em 28-10-2023

Aceite para publicação em 21-03-2024

ABSTRACT

THE (MIS)INFORMATION ERA: KNOWLEDGE AND BELIEFS ABOUT SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH IN PORTUGUESE ADOLESCENTS

Introduction: Sexual education must take on a holistic perspective because only in this way can the younger segment of the population have a fulfilling experience of their sexuality. Therefore, it is interesting to understand the state of sexual education in Portugal.

Objective: To assess the knowledge and beliefs of adolescents regarding sexuality and sexual education.

Methods: An observational and analytical study was conducted, involving the administration of questionnaires to adolescents aged 13-19 attending middle and high school in the Metropolitan Area of Porto.

Results: A total of 572 answers were included for analysis. The average age of the participants was 14.9±1.6 years, and the majority identified as girls. In the assessment of knowledge, 84% of the questions had more correct answers than incorrect ones. It was observed that with increasing age, knowledge levels increase while limiting beliefs and negative attitudes regarding sexuality decrease ($p<0.001$). Individuals identifying as girls tend to have higher knowledge levels; conversely, those identifying as boys tend to have higher levels of limiting beliefs and negative attitudes ($p<0.05$).

Conclusion: The age and gender identity of adolescents influence their knowledge and beliefs associated with sexuality.

Keywords: Sex education; Adolescent.