



www.elsevier.pt/rpsp

Artigo original

Educação sexual, conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos nos adolescentes

Lúcia Ramiro*, Marta Reis, Margarida Gaspar de Matos, José Alves Diniz e Celeste Simões

Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa; Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:
Recebido em 8 de Março de 2010
Aceite em 8 de Fevereiro de 2011

Palavras-chave:
Educação sexual
Comportamentos sexuais
Conhecimentos
Atitudes
Crenças
VIH
SIDA
Jovens

R E S U M O

Introdução: O aumento das IST's, da gravidez não planeada e de outros tantos riscos ligados à actividade sexual fazem com que os jovens sejam considerados um grupo de intervenção prioritário em termos de saúde sexual e reprodutiva. Para se promover atitudes e comportamentos sexuais saudáveis é essencial a concretização de uma educação sexual que tenha como objectivo desenvolver atitudes e competências nos jovens, permitindo que estes se sintam informados e seguros nas suas escolhas.

Material e métodos: Este estudo (HBSC/OMS) avaliou o papel que 3331 adolescentes portugueses (1579 rapazes e 1752 raparigas), com uma média de idades de 15 anos, atribuem à educação sexual, os seus conhecimentos e atitudes face ao VIH/SIDA. Usou-se um questionário de auto-relato que foi aplicado às turmas em sala de aula.

Resultados: Analisados os resultados do estudo, verificou-se que quer os factores de risco quer os de protecção em relação aos comportamentos sexuais de risco dos adolescentes são inúmeros.

Conclusões: Sendo assim, é crucial que a educação sexual abranja intervenções do tipo preventivo de carácter universal, abrangendo toda a população escolar e respectivos contextos de vida: escola, família e grupo de pares, mas também intervenções mais específicas, em pequenos subgrupos identificados como prioritários.

© 2010 Publicado por Elsevier España, S. L. em nome da Escola Nacional de Saúde Pública.

Todos os direitos reservados.

Sexual education, knowledge, beliefs, attitudes and behaviors in adolescents

A B S T R A C T

Keywords:
Sexual education
Sexual behaviour
Knowledge

Introduction: Because the incidence of STI, unplanned pregnancy and several other sexual risk behaviours are increasing among youngsters, it is accepted that they are given high priority in intervention in what sexual and reproductive health is concerned. In order to promote healthy sexual attitudes and behaviours, it is crucial to implement a program

*Autor para correspondência.

Correio electrónico: lramiro@fmh.utl.pt (L. Ramiro).

Attitudes
Beliefs
HIV
AIDS
Teenagers

of sexual education that aims at developing attitudes and skills in young people, hence enabling them to make well-informed decisions and feel confident about the choices they make.

Material and methods: This HBSC/WHO research evaluated the role of sexual education for Portuguese adolescents and their knowledge and attitudes about HIV/AIDS. Structured self-reported questionnaires were responded within a classroom context by 3331 participants (1579 boys and 1752 girls), with an average age of 15 years.

Results: The results show that there are innumerable risk and protection factors related to sex behavior.

Conclusions: This suggests that sexual education should focus on preventive interventions, not only universal, including all teenagers and considering all the contexts in which they interact (the school professionals, family and peers), but also selective strategies delivered to targeted subgroups, once they are identified.

© 2010 Published by Elsevier España, S. L. on behalf of Escola Nacional de Saúde Pública.
All rights reserved.

Educação sexual

A Educação sexual é a mais importante forma de prevenção de problemas ligados à saúde sexual e reprodutiva dos jovens. Constitui um processo contínuo e permanente de aprendizagem e socialização que abrange a transmissão de informação e o desenvolvimento de atitudes e competências relacionadas com a sexualidade humana e, portanto, promove atitudes e comportamentos saudáveis¹⁻³. O facto de os jovens terem actualmente muita facilidade em obter informação não garante que estes escolham informação correcta e consequentemente que as suas escolhas sejam as mais adequadas, por isso a educação sexual poderá desempenhar um papel relevante na triagem desta informação, contribuindo para que seja utilizada da melhor forma⁴. A educação sexual não deve cingir-se a informações sobre os aspectos físicos do acto sexual, é essencial a abordagem de outros aspectos, como os sentimentos e os afectos⁵.

Se considerarmos a educação sexual a principal forma de prevenir comportamentos de risco, seja promovendo os comportamentos preventivos, seja alterando os comportamentos iniciais de risco, deve-se ter em conta a) a importância da aquisição das competências cognitivas e comportamentais necessárias (à implementação desses determinados comportamentos – ou à capacidade de mudança desses outros), b) a avaliação da vulnerabilidade ao risco e da motivação para a mudança e, ainda, c) os factores situacionais que possam intervir na implementação desse comportamento/mudança, como são as normas sociais, a pressão dos amigos (grupo de pares) e a influência do parceiro.

Mas a educação sexual, no âmbito da educação para a saúde, implica, também, a consciencialização do desenvolvimento dos jovens por parte dos agentes educativos envolvidos (de forma directa ou indirecta), como são as famílias, escolas, comunidades, instituições, organizações não-governamentais, autarquias, institutos públicos e particulares, locais de lazer e diversão.

Em Portugal, a implementação da educação sexual nas escolas tem originado, nos últimos anos, um grande debate.

Em 1978, 1981 e 1984, a questão da despenalização do aborto dividiu a população portuguesa. Apesar de esta não ter sido aceite nessa altura, esta questão justificou a primeira legislação sobre educação sexual nas escolas. Contudo, em 1985 a preocupação com a educação sexual voltou a sofrer uma estagnação⁶. Em 1997, na sequência da identificação de vários problemas e necessidades não resolvidos relativamente aos direitos sexuais e reprodutivos da população, a educação para a sexualidade tornou-se obrigatória. Entre 1995 e 1998, o Programa de Promoção e Educação para a Saúde e a Associação para o Planeamento da Família criaram o Projecto “Educação Sexual e Promoção da Saúde nas Escolas — Um Projecto Experimental”. Até 2005 pretendeu-se fazer uma generalização gradual desta experiência nas escolas portuguesas no sentido da integração regular de projectos e actividades de Educação Sexual nos vários níveis de ensino⁷.

Em 2000, os Ministérios da Educação e da Saúde produziram as linhas orientadoras da educação sexual em meio escolar⁸. Este documento foi crucial pois apresentou, pela primeira vez, os valores essenciais que deviam (e devem) orientar a educação sexual escolar em termos de política educativa, bem como os principais objectivos da mesma, nos domínios dos conhecimentos, das atitudes e das competências, potenciando a efectiva dinamização da educação sexual em meio escolar.

Em 2005 foi criado um Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES) que determinou que a educação sexual seria abordada no âmbito de um programa de promoção da saúde. De acordo com as recomendações deste grupo de trabalho, no relatório final apresentado em 2007, os assuntos a abordar deviam envolver, entre outros, o entendimento da sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, no contexto de um projecto de vida que engloba valores e uma dimensão ética, a compreensão dos aspectos relacionados com as principais ISTs (incluindo o VIH/SIDA), a maternidade na adolescência e a interrupção voluntária da gravidez, assim como aspectos relacionados com o uso de métodos contraceptivos e preservativo para a prevenção da gravidez na adolescência e das ISTs, respectivamente.

O Relatório final³ das actividades deste grupo aponta para a existência de um número significativo de escolas do ensino

básico que já dedicavam uma das novas áreas curriculares não disciplinares (Formação Cívica, Área de Projecto ou Estudo Acompanhado) à Educação para a Saúde – e em que a educação sexual está contemplada – e propõe a avaliação de um conjunto de conteúdos considerados mínimos. Para facilitar a dinamização da educação sexual em meio escolar, é proposto que o professor coordenador possa usufruir de uma redução de três horas na componente lectiva. Mais recentemente o ministério criou legislação (Lei n.º 60/2009) que estabelece a obrigatoriedade da aplicação da ES em meio escolar, identificando uma carga horária mínima a ser aplicada a cada nível de ensino, potenciando, assim, a implementação da mesma.

A promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes é um importante contributo para a sua formação pessoal e social, e a sensibilização para a importância da educação sexual como meio de promoção da saúde nas escolas tem aumentado significativamente, dando origem à criação de um modelo de intervenção para as escolas. É essencial que este modelo se desenvolva tendo em conta as características próprias da adolescência e que se generalize às escolas de todo o país, permitindo que se consigam obter ganhos na saúde dos nossos adolescentes.

Estudo HBSC/OMS – Health Behaviour in School-aged Children: o Comportamento Sexual dos Adolescentes Portugueses em 2006

O estudo dos comportamentos relacionados com a saúde dos adolescentes e dos factores que influenciam esses comportamentos é essencial para o desenvolvimento de políticas de educação para a saúde e para programas de intervenção dirigidos a adolescentes, pais e profissionais na área.

O HBSC/ OMS (*Health Behaviour in School-aged Children*) é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde, realizado de 4 em 4 anos por uma rede europeia de profissionais ligados à saúde e educação. Portugal participa neste estudo desde 1994 através da equipa do Projecto Aventura Social da Faculdade de Motricidade Humana.

Tabela 1 – Características demográficas da amostra (N = 3331)

	N	%	M	DP
Género				
Rapaz	1.579	47,4		
Rapariga	1.752	52,6		
Idade			15,07	1,34
8.º ano			16,08	0,92
10.º ano			14,16	0,96
Nacionalidade				
Portuguesa	3.101	96,5		
CPCL (Africana + Brasileira)	111	3,5		
Nível socioeconómico				
Baixo	1.816	68,0		
Médio Alto	854	32,0		
Ano de escolaridade				
8.º ano	1.740	52,2		
10.º ano	1.591	47,8		

Método

Participantes

Como se pode ver na tabela 1, a amostra do estudo HBSC de 2006, realizado pela equipa do Projecto Aventura Social, é constituída por 3331 adolescentes, dos quais 47,4% são rapazes e 52,6% raparigas, com uma média de idades de 15 anos (DP = 1,34). A maioria dos adolescentes é de nacionalidade portuguesa (96,5%) e apresenta um baixo estatuto socioeconómico (68%). No que diz respeito ao ano de escolaridade, 52,2% frequentam o 8.º ano e 47,8% frequentam o 10.º ano e estão distribuídos proporcionalmente pelas 5 regiões educativas do Continente (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve). A amostra foi aleatória e tem representatividade nacional para os jovens que frequentam estes graus de ensino, no ensino oficial⁹.

Medidas

O instrumento de avaliação utilizado no estudo português é o adoptado no estudo Health Behaviour in School-aged Children¹⁰. Do questionário, que engloba um vasto conjunto de questões sobre comportamentos e estilos de vida na adolescência, foram seleccionadas questões relacionadas com aspectos sociodemográficos, comportamento sexual, e conhecimentos, crenças e atitudes face ao VIH/SIDA.

Procedimento

A recolha de dados realizou-se em 2006, tendo sido seleccionados os 8.º e 10.º anos de escolaridade, distribuídos por 136 escolas públicas do ensino regular. No sentido de se obter uma amostra representativa da população escolar portuguesa das idades indicadas no protocolo internacional, foram seleccionadas aleatoriamente escolas da lista nacional do Ministério da Educação, estratificada por regiões do país (cinco regiões escolares: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve). De acordo com o protocolo de aplicação do questionário Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), a técnica de escolha da amostra foi a “cluster sampling” em que o “cluster” ou unidade de análise foi a turma. A administração dos questionários realizou-se no contexto da sala de aula. O preenchimento dos questionários foi supervisionado por um professor, ao qual era dirigida uma carta relativa aos procedimentos para a sua aplicação. Antes do preenchimento, os alunos foram informados que a resposta ao questionário era voluntária, confidencial e anónima. O tempo de preenchimento do questionário situou-se entre os 60 e os 90 minutos.

Resultados

As análises e procedimentos estatísticos foram efectuados através do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS, versão 18.0) para Windows.

Comportamento sexual

A maioria dos jovens afirma que nunca teve relações sexuais (77,3%). Dos jovens que referem ter iniciado a sua vida sexual, 27,4% são rapazes e 18,6% são raparigas (tabela 2).

Diferenças entre género para as questões relativas ao comportamento sexual – Amostra que referiu já ter tido relações sexuais

Observou-se que, do total da amostra, 723 jovens já tinham iniciado a sua vida sexual. Destes, 71,1% referem ter tido a sua primeira relação sexual aos 14 anos ou mais

tarde; 87,8% usou contracepção na última relação sexual, designadamente o preservativo (94,1%), e a maioria mencionou nunca ter tido relações sexuais sob o efeito do álcool ou drogas (85,9%).

Os resultados mostraram que, apesar de, quer a maioria de rapazes (61%), quer de raparigas (83,8%) terem tido a primeira relação sexual aos 14 anos ou mais tarde, os rapazes (24,6%) mais frequentemente que as raparigas (12,3%) iniciaram entre os 12 e os 13 anos; e as raparigas (83,8%) mais frequentemente que os rapazes (61%) aos 14 anos ou mais tarde.

Quanto à utilização de método contraceptivo na última relação sexual, rapazes (77,3%) e raparigas (98,5%) usaram-no, mas os rapazes (22,7%) mais frequentemente que as raparigas (1,5%) não usaram.

Relativamente à escolha do método contraceptivo na última relação sexual, rapazes (93,6%) e raparigas (94,8%) optaram pelo preservativo. No entanto, as raparigas (55,1%) mais frequentemente que os rapazes (36,8%) optaram pela pílula e os rapazes (6,5%) mais frequentemente que as raparigas (0,8%) optaram pelo espermicida.

No que diz respeito às relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas, existem mais rapazes (17,1%) do que raparigas (10,4%) a referir que tiveram relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas (tabela 3).

Tabela 2 – Frequência de relações sexuais – Amostra (N = 3331)

	Relações sexuais	
	Sim	Não
Amostra Total	22,7	77,3
Género		
Rapaz	27,4	72,6
Rapariga	18,6	81,4

Tabela 3 – Diferenças entre género para as questões relativas ao comportamento sexual – Amostra que referiu já ter tido relações sexuais (N = 723)

	Jovens que já tiveram relações sexuais						χ^2
	Rapaz (N = 404)		Rapariga (N = 319)		Total (N = 723)		
	N	%	N	%	N	%	
Idade da 1.ª relação sexual							45,690***
11 anos ou menos	56	14,4	12	3,9	68	9,7	
12-13 anos	96	24,6	38	12,3	134	19,2	
14 anos ou mais	238	61,0	259	83,8	497	71,1	
Uso de métodos contraceptivos na última relação sexual							13,713***
Sim	51	77,3	64	98,5	115	87,8	
Não	15	22,7	1	1,5	16	12,2	
Métodos contraceptivos escolhidos na última relação sexual							0,413
Preservativo							
Sim	321	93,6	256	94,8	577	94,1	
Não	22	6,4	14	5,2	36	5,9	
Pílula							10,904***
Sim	53	36,8	103	55,1	156	47,1	
Não	91	63,2	84	44,9	175	52,9	
Coito interrompido							0,947
Sim	13	11,7	20	16,1	33	14,0	
Não	98	88,3	104	83,9	202	86,0	
Espermicida							5,299*
Sim	7	6,5	1	0,8	8	3,5	
Não	101	93,5	118	99,2	219	96,5	
Relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas							6,394*
Sim	64	17,1	32	10,4	96	14,1	
Não	310	82,9	277	89,6	587	85,9	

*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01; ***p ≤ 0,001.

A negrito os valores a que corresponde um residual ajustado ≥ |1,9|.

Diferenças entre gêneros para as questões relativas ao comportamento sexual

Mais de metade dos alunos refere que a maioria dos jovens da sua idade nunca teve relações sexuais (55,1%) e que os jovens costumam iniciar a sua vida sexual com 14 anos ou mais (80,2%). A maior parte dos adolescentes refere que quando os jovens têm relações sexuais é o casal que decide quando é a altura (57,2%), e que têm relações sexuais porque querem experimentar (53,4%) e porque estão apaixonados (49,9%), que as principais razões para o uso do preservativo são evitar a gravidez (80,9%) e a transmissão do VIH/SIDA (73,3%) mas também de outras IST's (74,6%). A maioria dos inquiridos refere que se sentiria à vontade para conversar com o parceiro sobre o uso de preservativo (75%), convencer o parceiro a usar preservativo (76,5%), recusar ter relações sexuais sem preservativo (69,8%) e recusar ter relações se não quisesse (75,4%).

Quando comparados os gêneros, constata-se que os rapazes referem mais frequentemente que os jovens da sua idade não tiveram relações sexuais (58,9%) e que têm a primeira relação sexual porque querem experimentar (56,5%). As raparigas referem mais frequentemente que quando os jovens têm relações sexuais decidem os dois quando acham que é a melhor altura (61,2%), que têm a primeira relação sexual porque estão muito apaixonados (54,2%) e porque namoram há muito tempo (34,1%).

Quando questionadas sobre as razões para o uso do preservativo, as raparigas referem mais frequentemente que serve para evitar IST's (78,2%) e o VIH/SIDA (74,8%).

Por outro lado, os rapazes sentem-se mais à vontade para falar com o parceiro sobre o uso do preservativo (79%). As raparigas referem que se sentem à vontade para recusar ter relações sexuais se não quiserem (83%) e recusar ter relações sexuais sem o uso do preservativo (76,6%); no entanto, sentem-se pouco à vontade para convencer o parceiro a usar o preservativo (12,1%) (tabela 4).

Questões relativas à Educação Sexual

Como se pode observar na tabela 5, a maioria dos jovens refere que a educação sexual serve para ajudar a ter mais informação (81,8%) e tirar dúvidas (53,9%). Estes jovens referem que se sentem à vontade para falar de educação sexual com os amigos (85,4%) e colegas (69,9%), e pouco à vontade para falar com os pais (61,5%) e professores (73,3%).

Diferenças entre gêneros para as questões relativas à Educação Sexual

As raparigas referem mais frequentemente que a educação sexual serve para ter mais informação (83,4%) e tirar dúvidas (59,5%) do que os rapazes (80,1% e 47,6%, respectivamente). Quando questionadas sobre como se sentem a falar de educação sexual, as raparigas referem mais frequentemente que os rapazes que se sentem pouco à vontade para falar com os professores (75,3%) e pais (65,3%) (71,1% e

57,2%, respectivamente). Os rapazes mencionam mais frequentemente que as raparigas que se sentem à vontade para falar com os amigos (87,5%) e colegas (77,2%) (83,6% e 63,4%, respectivamente).

Questões relativas a conhecimentos, crenças e atitudes face ao VIH

Relativamente aos conhecimentos face ao VIH, a maior parte dos jovens refere que uma pessoa pode ficar infectada pela partilha de seringas (89,8%), através da transmissão mãe/feto (80,2%), com relações sexuais sem preservativo (86,7%) e transfusões de sangue (64,6%). Sabem que uma pessoa aparentemente saudável pode ser portadora de VIH (78,2%), que não há transmissão do VIH através de espirros (62,6%), abraços (83,6%), partilha de utensílios para comer e beber (48,1%) e que a pílula não previne a transmissão do VIH (67%).

Quanto às crenças e atitudes face ao VIH, a maioria dos jovens menciona que não corre risco de estar infectado pelo VIH (57,2%), que não teve relações sexuais sem usar preservativo (91,6%) e não partilhou seringas (98,1%). Grande parte dos jovens concorda que deve ser permitido aos jovens infectados com VIH frequentar a escola (69,3%), que assistiriam a uma aula ao lado de um colega com VIH (66,6%) e que visitariam um amigo com VIH (80,6%). Discordam que deixariam de ser amigos de uma pessoa por esta ter VIH (74,5%) e que as pessoas com VIH deveriam viver à parte do resto da população (80,8%).

No que diz respeito às fontes de informação sobre o VIH ou outras IST's, as mais mencionadas pelos jovens são os programas de televisão (66,3%), os folhetos (65,8%) e a Internet (65,8%).

Diferenças entre gêneros para as questões relativas a conhecimentos, crenças e atitudes face ao VIH

No que se refere às diferenças entre os gêneros, observou-se que as raparigas apresentam mais conhecimentos, crenças e atitudes positivas face ao VIH, também referem mais frequentemente que uma pessoa pode ficar infectada pelo VIH se houver partilha de seringas (92,3%), através da transmissão via mãe/feto (83,9%), através de relações sexuais sem o uso do preservativo (91%), transfusões de sangue (68,5%) e que uma pessoa aparentemente saudável pode estar infectada com o vírus (81,7%). Também são elas que afirmam mais frequentemente que uma pessoa não fica infectada se abraçar alguém com VIH (87,2%), que tomar a pílula não protege a mulher de ficar infectada (69,2%), e que não há transmissão através de tosse ou espirros (65,4%) nem através de partilha de utensílios de comer e beber (51,6%).

As raparigas mencionam mais frequentemente que visitariam um amigo infectado com o VIH (85,5%), que deve ser permitido aos jovens com VIH frequentar a escola (73,8%) e que eram capazes de assistir a uma aula ao lado de um colega infectado (72,9%) e discordam que as pessoas infectadas deveriam viver à parte na sociedade (85,1%) e que deixariam

Tabela 4 – Diferenças entre género para as questões relativas ao comportamento sexual – Amostra (N = 3331)

	Rapaz		Rapariga		Total		χ^2
	N	%	N	%	N	%	
Maioria dos jovens da tua idade já teve relações sexuais							13.205***
Sim	487	41,1	678	48,2	1.165	44,9	
Não	699	58,9	729	51,8	1.428	55,1	
Percepção da idade em que os outros jovens tiveram a primeira relação sexual							3.152
11 anos ou menos	22	3,0	23	2,5	45	2,7	
12-13 anos	113	15,2	167	18,5	280	17,0	
14 anos ou mais	606	81,8	714	79,0	1.320	80,2	
Quando os jovens têm relações sexuais...							73.321***
É o rapaz que toma a iniciativa	520	37,1	415	26,5	935	31,5	
É a rapariga que toma a iniciativa	42	3,0	12	0,8	54	1,8	
Decidem os dois quando acham que é a altura	740	52,8	958	61,2	1.698	57,2	
Têm relações porque um deles insiste	69	4,9	140	8,9	209	7,0	
Outra razão	30	2,1	41	2,6	71	2,4	
Os jovens têm a sua primeira relação sexual porque...							
Querem experimentar							11.698***
Sim	892	56,5	886	50,6	1.778	53,4	
Não	687	43,7	866	49,4	1.553	46,6	
Estão muito apaixonados							27.703***
Sim	712	45,1	950	54,2	1.662	49,9	
Não	867	54,9	802	45,8	1.669	50,1	
Já namoram há muito tempo							55.822***
Sim	354	22,4	598	34,1	952	28,6	
Não	1.225	77,6	1.154	65,9	2.379	71,4	
Razões para uso do preservativo							
Evitar a gravidez							3.782
Sim	1.255	79,5	1.439	82,1	2.694	80,9	
Não	324	20,5	313	17,9	637	19,1	
Evitar o VIH/SIDA							4.182*
Sim	1.132	71,7	1.311	74,8	2.442	73,3	
Não	447	28,3	441	25,2	888	26,7	
Evitar outras IST's							25.601***
Sim	1.114	70,6	1.370	78,2	2.484	74,6	
Não	465	29,4	382	21,8	847	25,4	
Como te sentirias nas seguintes situações							
Conversar com o parceiro sobre o uso do preservativo							42.907***
À vontade	1.143	79,0	1.181	71,5	2.324	75,0	
Pouco à vontade	104	7,2	231	14,0	335	10,8	
Não me sinto capaz	33	2,3	58	3,5	91	2,9	
Não sei	167	11,5	182	11,0	349	11,3	
Convencer o parceiro a usar preservativo							21.820***
À vontade	1.121	76,9	1.269	76,1	2.390	76,5	
Pouco à vontade	118	8,1	201	12,1	319	10,2	
Não me sinto capaz	33	2,3	45	2,7	78	2,5	
Não sei	185	12,7	152	9,1	337	10,8	
Recusar ter relações sexuais sem preservativo							81.718***
À vontade	910	62,0	1.280	76,6	2.190	69,8	
Pouco à vontade	185	12,6	111	6,6	296	9,4	
Não me sinto capaz	140	9,5	100	6,0	240	7,7	
Não sei	232	15,8	179	10,7	411	13,1	
Recusar ter relações sexuais se não quiser							112.772**
À vontade	976	66,8	1.387	83,0	2.363	75,4	
Pouco à vontade	165	11,3	83	5,0	248	7,9	
Não me sinto capaz	82	5,6	50	3,0	132	4,2	
Não sei	239	16,3	151	9,0	390	12,4	

*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01; ***p ≤ 0,001.

A negrito os valores a que corresponde um residual ajustado ≥ |1,9|.

Tabela 5 – Diferenças entre género para as questões relativas à Educação Sexual – Amostra (N = 3331)

	Rapaz		Rapariga		Total		χ^2
	N	%	N	%	N	%	
A Educação Sexual serve para te ajudar a...							
Ter mais informação							6.224*
Sim	1.264	80,1	1.461	83,4	2.725	81,8	
Não	315	19,9	291	16,6	606	18,2	
Tirar dúvidas que tens							47.384***
Sim	752	47,6	1.043	59,5	1.795	53,9	
Não	827	52,4	709	40,5	1.536	46,1	
Como te sentes a falar de Educação Sexual com:							
Os teus amigos							9.448**
Pouco à vontade	186	12,5	275	16,4	461	14,6	
À vontade	1.300	87,5	1.404	83,6	2.704	85,4	
Os teus pais							22.171***
Pouco à vontade	859	57,2	1.107	65,3	1.966	61,5	
À vontade	643	42,8	588	34,7	1.231	38,5	
Os teus colegas							72.311***
Pouco à vontade	341	22,8	621	36,6	962	30,1	
À vontade	1.155	77,2	1.074	63,4	2.229	69,9	
Os teus professores							7.180**
Pouco à vontade	1.058	71,1	1.275	75,3	2.333	73,3	
À vontade	431	28,9	419	24,7	850	26,7	

*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01; ***p ≤ 0,001.

A negrito os valores a que corresponde um residual ajustado ≥ |1,9|.

de ser amigas de uma pessoa por esta estar infectada com VIH (81%).

Relativamente à percepção de risco de infecção com VIH, as raparigas referem mais frequentemente que não correm riscos (60%) e que não tiveram relações sem usar preservativo (93,7%).

No que diz respeito às fontes de informação sobre o VIH, as raparigas recorrem mais aos folhetos (71,9%), aos programas de televisão (69,8%) e à Internet (67,7%) como fontes de informação (tabela 6).

Discussão

Os resultados obtidos permitem afirmar que a maioria não é sexualmente activa, teve a sua primeira relação sexual aos 14 anos ou mais tarde, utilizou o preservativo como contracepção na última relação sexual e nunca teve relações sexuais associadas ao consumo de álcool e drogas. Na comparação entre géneros, verifica-se que existe uma tendência dos rapazes para iniciar a vida sexual antes das raparigas; são as raparigas quem mais refere ter utilizado contraceptivos na última relação sexual e existem mais rapazes a referir que tiveram relações sexuais associadas ao consumo de álcool e drogas (tabelas 2 e 3).

Quando questionados sobre se a maioria dos outros jovens já teve relações sexuais, a maioria dos jovens considera que os seus pares iniciaram a vida sexual aos 14 anos de idade ou mais tarde, e são os rapazes que consideram que os outros jovens iniciaram a vida sexual mais tarde que as raparigas. Mais de metade dos jovens considera que a decisão de ter relações sexuais cabe aos dois elementos do casal. Existem

mais rapazes do que raparigas que consideram que é o rapaz que toma a iniciativa. Para a maior parte dos jovens, a primeira relação sexual surgiu por vontade de experimentar e também porque estavam apaixonados. Na questão sobre as funções do preservativo, mais de metade dos jovens escolheu em primeiro lugar a opção “evitar a gravidez”. Em segundo lugar a opção escolhida foi “evitar outras IST” e em terceiro lugar “evitar o VIH/SIDA” (tabela 4).

Relativamente às diversas situações relacionadas com o uso do preservativo, cerca de metade dos jovens da amostra refere que se sentiria muito à vontade a conversar com o par sexual sobre o uso de preservativo; a convencer o par sexual a usar preservativo; a recusar ter relações sexuais sem usar preservativo se o par não quiser usar; e a recusar ter relações sexuais se não quiser. Verifica-se que os rapazes sentem mais facilidade em conversar sobre o uso do preservativo e as raparigas dizem sentir-se mais à vontade em recusar relações sexuais sem preservativo. No que diz respeito à facilidade em recusar relações sexuais se não quiser, são as raparigas que referem sentir-se mais à vontade para o fazer (tabela 4).

Mais de metade dos jovens considera que a educação sexual serve para obter mais informação. A maior parte dos jovens prefere falar sobre educação sexual com os amigos e os colegas, mostrando dificuldade em conversar com pais e professores. No que diz respeito às conversas sobre educação sexual com os amigos, são os rapazes quem se sente mais à vontade. Quanto às conversas sobre educação sexual com os pais, são as raparigas quem se sente menos à vontade. No que diz respeito à facilidade em conversar sobre educação sexual com os professores, a percentagem de rapazes é significativamente superior à percentagem das raparigas (tabela 5).

Tabela 6 – Diferenças entre género para as questões relativas a conhecimentos, crenças e atitudes face ao VIH – Amostra (N = 3331)

	Rapaz		Rapariga		Total		χ^2		Rapaz		Rapariga		Total		χ^2
	N	%	N	%	N	%			N	%	N	%	N	%	
Achas que:	26.952***							Razões porque corres risco de ser infectado:							
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA se usar uma agulha e/ou seringa já utilizada por outra pessoa								Já tive relações sexuais sem usar preservativo	20.047***						
Sim	1.286	86,8	1.545	92,3	2.831	89,8		Sim	168	10,6	111	6,3	279	8,4	
Não	41	2,8	33	2,0	74	2,3		Não	1.411	89,4	1.641	93,7	3.052	91,6	
Não sei	154	10,4	95	5,7	249	7,5		Já partilhei seringas	2.836						
Se alguém infectado com o VIH/SIDA tosse ou espirra perto de outras pessoas, estas podem ficar também infectadas	21.554***							Sim	37	2,3	27	1,5	64	1,9	
Sim	253	16,8	192	11,4	445	13,9		Não	1.542	97,7	1.725	98,5	3.267	98,1	
Não	896	59,4	1.106	65,4	2.002	62,6		Opinião para cada uma das seguintes afirmações:							
Não sei	360	23,9	393	23,2	753	23,5		Eu deixaria de ser amigo duma pessoa que estivesse infectada com o VIH	84.079***						
Se uma mulher infectada com o VIH/SIDA estiver grávida, o seu bebé pode ficar infectado	41.008***							Concordo	147	9,8	75	4,5	222	7,0	
Sim	1.146	75,9	1.418	83,9	2.564	80,2		Não tenho certeza	345	23,0	243	14,5	588	18,5	
Não	102	6,8	48	2,8	150	4,7		Discordo	1.006	67,2	1.360	81,0	2.366	74,5	
Não sei	261	17,3	224	13,3	485	15,2		Deve ser permitido aos jovens infectados com o VIH frequentar a escola	34.669***						
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA por abraçar alguém que está infectado	35.064***							Concordo	959	64,4	1.229	73,8	2.188	69,3	
Sim	99	6,6	76	4,5	175	5,5		Não tenho certeza	291	19,5	259	15,5	550	17,4	
Não	1.202	79,5	1.471	87,2	2.673	83,6		Discordo	240	16,1	178	10,7	418	13,2	
Não sei	210	13,9	139	8,2	349	10,9		Eu era capaz de assistir a uma aula ao lado de um colega infectado com o VIH	71.127***						
Tomar a pílula pode proteger uma mulher de ser infectada com o VIH/SIDA	8.113*							Concordo	887	59,5	1.219	72,9	2.106	66,6	
Sim	188	12,4	173	10,2	361	11,3		Não tenho certeza	407	27,3	342	20,4	749	23,7	
Não	976	64,6	1.169	69,2	2.145	67,0		Discordo	197	13,2	112	6,7	309	9,8	
Não sei	347	23,0	347	20,5	694	21,7		Eu visitaria um amigo(a) que estivesse infectado(a) com o VIH	63.935***						
Uma pessoa pode ficar infectada pelo VIH/SIDA se tiver relações sexuais sem utilizar preservativo, mesmo que seja uma só vez	57.157***							Concordo	1.115	75,0	1.425	85,5	2.540	80,6	
Sim	1.234	81,9	1.532	91,0	2.766	86,7		Não tenho certeza	252	17,0	192	11,5	444	14,1	
Não	95	6,3	55	3,3	150	4,7		Discordo	119	8,0	50	3,0	160	5,4	
Não sei	177	11,8	96	5,7	273	8,6		As pessoas infectadas com o VIH deveriam viver à parte do resto da população	41.964***						
Uma pessoa pode parecer muito saudável e estar infectada com o VIH/SIDA	37.167***							Concordo	173	11,6	120	7,2	293	9,3	
Sim	1.119	74,2	1.366	81,7	2.485	78,2		Não tenho certeza	185	12,4	129	7,7	314	9,9	
Não	118	7,8	59	3,5	177	5,6		Discordo	1.132	76,0	1.419	85,1	2.551	80,8	
Não sei	271	18,0	246	14,7	517	16,3		Fontes de informação sobre VIH/SIDA ou outras IST's:							
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA por usar utensílios para comer ou beber (pratos, talheres, copos) já usados por outra pessoa	18.300***							Ver programa de televisão sobre esse assunto	19.439***						
Sim	376	25,0	350	20,8	726	22,8		Sim	926	62,4	1.157	69,8	2.083	66,3	
Não	665	44,1	869	51,6	1.534	48,1		Não	140	9,4	121	7,3	261	8,3	
Não sei	466	30,9	465	27,6	931	29,2		Talvez	418	28,2	379	22,9	797	25,4	
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA com uma transfusão de sangue, num hospital, em Portugal	24.996***							Ler um folheto sobre esse assunto	59.035***						
Sim	908	60,3	1.152	68,5	2.060	64,6		Sim	881	59,1	1.195	71,9	2.076	65,8	
Não	189	12,5	150	8,9	339	10,6		Não	166	11,1	108	6,5	274	8,7	
Não sei	409	27,2	379	22,5	788	24,7		Talvez	443	29,7	360	21,6	803	25,5	
Correr risco de ser infectado pelo VIH	47.821***							Ver na Internet	6.903*						
Sim	298	20,9	190	11,7	488	16,0		Sim	942	63,7	1.127	67,7	2.069	65,8	
Não	770	54,1	972	60,0	1.742	57,2		Não	166	11,2	183	11,0	349	11,1	
Não sei	355	24,9	458	28,3	813	26,7		Talvez	371	25,1	354	21,3	725	23,1	

*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01; ***p ≤ 0,001.

A negrito os valores a que corresponde um residual ajustado ≥ |1,9|.

Concluindo, grande parte dos jovens sabe identificar correctamente os modos de transmissão do VIH. As raparigas têm mais respostas correctas. Quando questionados sobre as crenças e atitudes face ao VIH/SIDA, a maioria dos jovens apresenta crenças e atitudes positivas. As raparigas apresentam menos preconceitos que os rapazes (tabela 6).

Uma das limitações deste estudo é o facto de se reportar a dados recolhidos em 2006. No entanto, é necessário ter em consideração que o mesmo é realizado de 4 e 4 anos, pelo que os dados apresentados são os mais recentes. Espera-se que os dados recolhidos em 2010 possam vir a acrescentar mais conhecimento ao papel da educação sexual na evolução dos conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos nos adolescentes portugueses.

Acresce que não foi objecto de estudo as disparidades socioculturais da população estudada, apesar da recolha ter sido efectuada em todas as regiões educativas do Continente.

Comparação dos resultados do estudo do HBSC entre 2002 e 2006

No geral, comparando os resultados de 2002 e 2006 não se verificam alterações significativas nos principais comportamentos sexuais de risco, ou seja, mantém-se a média na idade de início das relações sexuais bem como a percentagem de adolescentes que já iniciou a sua vida sexual.

No entanto, há duas alterações significativas a registar. Por um lado, verifica-se uma grande diminuição no número dos adolescentes sexualmente activos que não usam preservativo nas relações sexuais; por outro lado, há uma diminuição dos conhecimentos dos adolescentes face aos modos de transmissão do VIH/SIDA.

O primeiro dado – menos adolescentes não usam preservativo nas relações sexuais – sugere uma melhoria em termos de saúde sexual reprodutiva pois há menos jovens a indicar esse comportamento de risco. Talvez essa melhoria se deva à concretização cada vez mais frequente e sistemática da educação sexual, uma vez que o ministério da educação tem procurado implementá-la através de legislação e de uma parceria eficaz com o ministério da saúde. Também os professores – agentes cruciais deste processo – consideram o tema da contracepção e sexo seguro como um dos mais importantes da educação sexual, e simultaneamente é dos temas em que se sentem mais confortáveis para abordar, potenciando deste modo a probabilidade deste tema ser abordado¹¹.

Quanto ao segundo dado – diminuição dos conhecimentos dos adolescentes face aos modos de transmissão do VIH/SIDA – este parece sugerir um retrocesso em termos de saúde sexual reprodutiva. Este tópico refere-se não só ao uso do preservativo em todas as relações sexuais (questão que suscitou menos dúvidas aos respondentes) mas, também, a outros meios de transmissão, como a partilha de seringas e a transmissão vertical. Para além de avaliar os conhecimentos correctos, também questiona crenças como a tosse, os espirros e os abraços poderem ou não facilitar a transmissão do VIH/SIDA, ou se a toma da pílula contraceptiva protege

a mulher de infecção, por exemplo. Também em relação a este tópico os professores apontam grande importância e referem sentir-se confortáveis¹¹, pelo que pode ter sido feito igual investimento em termos de educação sexual. Apesar disso, reflecte um retrocesso em termos de saúde sexual reprodutiva porquanto é comumente aceite pela comunidade científica que quanto mais conhecimentos em relação aos comportamentos sexuais de risco, maior a probabilidade de um indivíduo ter atitudes e comportamentos sexuais preventivos. Contudo, no caso do VIH/SIDA em particular, alguns autores têm avançado a explicação de que se está a generalizar a crença de que o preservativo resolve tudo e que o seu uso não requer mais informações, aceitando-se que seja esta a explicação da diminuição dos conhecimentos dos adolescentes desta amostra face aos modos de transmissão do VIH/SIDA, especialmente porque a maioria não usa substância injectáveis nem está grávida.

Quanto à atitude de discriminação face a portadores de VIH e SIDA, esta parece aumentar em 2006, confirmando a associação, já encontrada em 2002, entre ignorância e discriminação.

Quanto às fontes de informação sobre sexualidade e VIH/SIDA, destacamos um aumento significativo dos utilizadores das informações encontradas na Internet. Este aumento pode ser encarado como evidência da massificação desta (nova) forma de difusão de informação, sendo essencial que se assegure que os jovens sabem identificar a informação correcta.

Analisando os resultados deste estudo nacional, verificamos que existem múltiplos factores de risco e protecção, que determinam os comportamentos sexuais de risco dos adolescentes. São vários os autores que referem a necessidade de realizar a prevenção dos comportamentos sexuais de risco o mais cedo possível, uma vez que vários estudos mostram que o envolvimento em comportamentos de risco aumenta com a idade^{12,13}.

Conclusão

A educação sexual é um processo contínuo e permanente de aprendizagem que abrange a transmissão de informação e o desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis¹³. Enquanto processo de aprendizagem, a educação sexual começa na infância, em família, mas uma vez que os jovens passam um tempo significativo na escola, esta constitui-se como um lugar privilegiado para a sua concretização.

Assim, envolver os pais e os professores poderá ser determinante na protecção para o envolvimento em comportamentos sexuais de risco, uma vez que estes constituem elementos fundamentais na vida dos adolescentes.

Relativamente aos pais, alguns estudos sugerem que muitos pais mencionam precisar de ajuda, quando se trata de falar sobre sexualidade, pois não sabem o que dizer¹⁴; outros pais admitem não ter muitos conhecimentos teóricos sobre este tipo de assunto¹⁵.

No que diz respeito à influência da escola, estudos realizados com professores do ensino básico e secundário^{11,16} mostraram que a maior parte dos professores (cerca de 72%) referiu não

ter prática em educação sexual em meio escolar, apesar de considerarem que possuem conhecimentos e atitudes favoráveis à mesma, formação complementar na área e um grau de conforto aceitável para dinamizarem actividades. Um resultado extremamente relevante nestes dois estudos refere-se ao facto de apenas uma percentagem inferior a um terço dos professores avaliados relatar ter intenção de se envolver na educação sexual no futuro, sugerindo a necessidade de se reavaliar as condições necessárias à implementação de programas de educação sexual em meio escolar no nosso país.

Também os pares são identificados como muito influentes. Os estudos referem que os amigos determinam as escolhas dos adolescentes no que diz respeito ao comportamento sexual, à contracepção e ao uso do preservativo¹⁷. Também a percepção da idade de início das relações sexuais dos pares pode ser um factor importante a ter em conta, dada a influência da percepção do comportamento dos outros.

Sendo assim, é indispensável que sejam criadas condições para uma maior implicação das famílias na educação e relação com a escola, que os professores aumentem o seu campo de competências e, especialmente, de intervenção, e que os amigos tenham mais informação e comportamentos preventivos. Deste modo, a realização de cursos de sensibilização para pais, de cursos de formação para professores e formação interpares pode ajudar a aumentar o campo de intervenção e, conseqüentemente, a promover a mudança. A disponibilização, na comunidade, de Gabinetes de Esclarecimento, com abrangência em vários locais (como as escolas), constituídos por equipas multidisciplinares, com recurso às tecnologias mais recentes (principalmente a Internet), pode ajudar a implementação de campanhas de prevenção para o esclarecimento e orientação dos jovens, nomeadamente facultando informação sobre os métodos contraceptivos, entregando gratuitamente preservativos e pílulas.

As intervenções têm de ter uma abordagem sistémica e, portanto, devem abarcar os diferentes contextos de vida do adolescente, tal como tem sido proposto recentemente¹⁻³, em especial nas quatro áreas da saúde consideradas prioritárias, que incluem a prevenção dos comportamentos sexuais de risco e das IST's, VIH e SIDA.

Ao delinear possíveis intervenções, alguns autores apontam como estratégias relevantes para o aumento da felicidade dos indivíduos e da percepção de satisfação de vida a participação social activa, o aumento do número de acontecimentos agradáveis na vida diária e o foco da atenção nos aspectos agradáveis das vivências. Mais do que o número ou a variedade de actividades agradáveis, é fundamental prevenir e acompanhar o adolescente; ajudá-lo a descobrir-se, a conhecer-se e a comunicar; dotá-lo de competências para avaliar o seu próprio desenvolvimento, os acontecimentos de vida, o contexto, a sociedade e o mundo; trabalhar os seus recursos pessoais para lidar com os desafios de uma existência indutora de stress; envolvê-lo em comunidades que o integre, sejam criativas e promovam a saúde; despertar-lhe horizontes e ideais de vida; acompanhá-lo nas opções e reflexões de vida; e desenvolver a sua responsabilidade e solidariedade para com a comunidade.

É ainda importante o reforço da autonomia, responsabilização e participação social do adolescente e da importância destes factores na promoção da sua saúde.

O grande desafio para pais e professores é estar presente, estar atento, mas actuar responsabilizando, dando e exigindo, facilitando as tomadas de decisão, promovendo uma reflexão pessoal sobre a vida, expectativas de futuro e opções de vida associadas ao bem-estar.

Parece igualmente importante considerar aspectos determinantes, como são as diferenças a nível de grupo relativamente a crenças e valores, conhecimentos, necessidades utilitárias e afectivas, que poderão, por sua vez, constituir o resultado de diferentes processos desenvolvimentais, educacionais, culturais e sociais e nesse sentido a intervenção tem de ser também mais específica para não excluir esses grupos.

Sendo assim, é crucial que a educação sexual incida em intervenções do tipo preventivo de carácter universal, abrangendo toda a população escolar e respectivos contextos de vida: escola, família e grupo de pares; mas também intervenções mais específicas em pequenos subgrupos identificados como prioritários.

Neste momento decisivo é urgente a aplicação das lições retiradas dos estudos à vida real, que se espera longa e feliz dos jovens portugueses.

Agradecimentos

Revisão linguística Célia Alves.

À Equipa do Projecto Aventura Social da Faculdade de Motricidade Humana.

À Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA/Ministério da Educação/IDT – Instituto da Droga e Toxicoddependência.

Ao Health Behaviour in School-aged Children / Organização Mundial de Saúde.

Ao Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL.

À Fundação para a Ciência e a Tecnologia/Ministério da Ciência e do Ensino Superior.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

B I B L I O G R A F I A

1. Sampaio D, coord., Baptista MI, Matos MMG, Silva MO; Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Educação para a saúde: relatório preliminar. [Internet]. Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Ministério da Educação; 2005 [consultado 2 Jul 2007]. Disponível em: http://www.dgidc.min-edu.pt/saude/Documents/Relatorio_Preliminar_ES_31-10-2005.pdf.
2. Sampaio D, coord., Baptista MI, Matos MMG, Silva MO; Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Educação para a saúde: relatório de progresso. [Internet]. Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Ministério

- da Educação; 2007a [consultado 2 Jul 2007]. Disponível em: http://www.dgdc.min-edu.pt/saude/Documents/Relatorio_progressoGTES.pdf.
3. Sampaio D, coord., Baptista MI, Matos MMG, Silva MO; Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Educação para a saúde: relatório final, 2007b. [Internet]. Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Ministério da Educação; 2007b. [consultado 30 Set 2007]. Disponível em: http://www.dgdc.min-edu.pt/saude/Documents/GTES_RELATORIO_FINAL.pdf.
 4. Piscalho I, Serafim I, Leal I. Representações sociais da educação sexual em adolescentes. Em: Ribeiro J, Leal I, Dias M, editores. Actas do 3.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: ISPA; 2000. ISBN: 972-8400-24-1. p.353-62.
 5. Aquilino ML, Bragadottir H. Adolescent pregnancy: teen perspectives on prevention. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2000;25:192-7.
 6. Reis M., Vilar D. A implementação da educação sexual na escola: atitudes dos professores. *Análise Psicológica.* 2004;4: 737-45.
 7. Marques AM, Pereira A, Silva B, Vilar D, Cadete J, coord. Educação sexual e promoção da saúde nas escolas: um projecto experimental: orientações técnicas sobre educação sexual em meio escolar: contributos das Equipas do Projecto. Lisboa: Programa de Promoção e Educação para a Saúde. Associação para o Planeamento da Família. Direcção Geral da Saúde; 1999.
 8. Marques AM, Prazeres V, Pereira A, Vilar D, Forreta F, Cadete J, et al. Educação sexual em meio escolar: linhas orientadoras. Lisboa: Ministério da Saúde. Ministério da Educação; 2000.
 9. Matos MG, coord., Simões C, Tomé G, Gaspar T, Camacho I, Diniz JA, et al. Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde. A saúde dos adolescentes portugueses: hoje e em 8 anos: relatório preliminar do estudo HBSC. [Internet]. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana. UTL; 2006 [consultado 20 Dez 2006]. Disponível em: http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio_nacional_2006.pdf.
 10. Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J. Health and health behavior among young people. Copenhagen: World Health Organization; 2000.
 11. Ramiro L, Matos M. Percepções de professores portugueses sobre educação sexual. *Rev Saúde Pública.* 2008;42:684-92.
 12. Matos MG, editor. Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola. Lisboa: Edições FMH; 2005.
 13. Matos M; Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde. A saúde dos adolescentes portugueses: quatro anos depois. Lisboa: Edições FMH; 2003.
 14. Albert, B. With one voice: America's adults and teens sound off about teen pregnancy. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 2007.
 15. Eisenberg M, Bearinger L, Sieving R, Swain C, Resnick M. Parents' beliefs about condoms and oral contraceptives: are they medically accurate? *Persps Sex Repro Health.* 2004;36:50-7.
 16. Reis MH. A educação sexual nas escolas portuguesas: os professores como actores na sua implementação. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; 2003. Dissertação de mestrado.
 17. Kirby D. Understanding what works and what doesn't in reducing adolescent sexual risk-taking. *Fam Plann Perspect.* 2001;33:276-81.