



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



A EDUCAÇÃO SEXUAL NA MUDANÇA DE CONHECIMENTOS, ATITUDES E COMPORTAMENTOS SEXUAIS DOS ADOLESCENTES

Lúcia Isabel da Silva Ramiro

Dissertação elaborada para obtenção do Grau de Doutor em Ciências da Educação,
Especialidade Educação para a Saúde

Júri:

Presidente - Reitor da Universidade Técnica de Lisboa

Vogais –

Doutor Daniel José Branco Sampaio, Professor catedrático, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

Doutora Maria Margarida Nunes Gaspar de Matos, Professora catedrática, Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa;

Doutor José Manuel Fragoso Alves Diniz, Professor catedrático, Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa;

Doutor Duarte Gonçalo Rei Vilar, Professor associado, Universidade Lusíada de Lisboa;

Doutora Emmanuelle Godeau, Investigadora principal, Académie de Toulouse;

Doutora Maria Celeste Rocha Simões, Professora auxiliar, Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.

Orientador:

Professora Doutora Maria Margarida Nunes Gaspar de Matos

Coorientador:

Professor Doutor José Manuel Fragoso Alves Diniz

Com o apoio:

FCT

Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E DO ENSINO SUPERIOR

28 de maio de 2013

Agradecimentos

À minha Orientadora de Dissertação, Professora Doutora Margarida Gaspar de Matos, pelo empenho, interesse e rigor que dedicou à orientação deste trabalho, quer em termos de apoio bibliográfico, quer de conhecimentos científicos, bem como pelo seu constante incentivo e oportunidades facultadas.

À Marta Reis, pela amizade, carinho, dedicação, pronta colaboração e ajuda prestadas em todas as fases deste trabalho.

Ao Professor Doutor José Alves Diniz, pela confiança e apoio concedidos em todos os momentos de solicitação.

Ao Professor Doutor Carlos Ferreira, pelo apoio técnico em termos informáticos, que possibilitou a recolha e tratamento do questionário online.

À equipa Aventura Social, em especial à Mafalda Ferreira, Inês Camacho e Gina Tomé, pela inestimável colaboração académica e apoio que me prestaram nestes 4 anos.

A todos os outros membros da equipa Aventura Social, por partilharem comigo momentos de reflexão e me permitirem ampliar as minhas áreas de saber.

À Prof.^a Doutora Celeste Simões, pelo seu inestimável apoio e empenho no acompanhamento deste projeto.

Ao Instituto Português da Juventude, pelo seu cuidado, rapidez e eficiência na recolha da amostra online, à qual não teria tido acesso sem o seu prestimoso auxílio.

À Dra Isabel Baptista, pela útil e generosa informação partilhada.

À Professora Doutora Luísa Feneja e à Dra. Célia Alves, pela amizade, incentivo, apoio e revisão linguísticas, nos vários trabalhos deste curso, que muito valorizo.

Ao Senhor Diretor da Escola Secundária / 3º CEB Porta Al Berto, Sines, Emérico Gonçalves, pelas oportunidades que me facultou em termos profissionais.

À Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), pela concessão da bolsa que permitiu a realização deste trabalho.

Ao Centro da Malária e Doenças Tropicais (CMDT), por me ter integrado como investigador e colaborador e pelo apoio na concretização desta investigação.

Aos adolescentes e jovens com quem cresci e aprendi durante 20 anos de carreira profissional enquanto docente do ensino básico e secundário.

À Marta e Cláudio; à Mónica, Marco e Mariana; à Luísa, Jorge e Joana, à Ana e David, pelo carinho fraterno durante esta viagem.

Aos amigos pessoais que contribuíram com a sua ajuda, paciência e estímulo, para a realização deste trabalho, bem como facultaram tempo de lazer de qualidade.

Ao meu marido, por todos os momentos de tolerância e incentivo.

Aos meus pais, avós e irmão, a quem devo ter chegado aqui.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo verificar o estado da Promoção da Educação para a Saúde (PES) e da Educação Sexual (ES) nas escolas portuguesas e se a ES influencia conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes no sentido da adoção/manutenção de estilos de vida saudáveis. A recolha dos dados foi realizada através de inquéritos ou grupos focais com adolescentes, professores, pais e órgãos de gestão. Os resultados mostraram que as escolas estão a implementar as medidas regulamentadas pela tutela. Órgãos de gestão, professores e alunos estão envolvidos ativamente na PES/ES mas os pais mantêm dificuldade em promover e rentabilizar oportunidades de ES. Salientou-se a necessidade de formação específica na área da sexualidade para professores e pais. A maioria dos adolescentes portugueses não teve relações sexuais. Dos que tiveram, a maioria tem comportamentos protetores. Os adolescentes que referiram ter tido ES menos frequentemente tiveram relações sexuais ou iniciaram aos 11 anos ou menos, têm mais conhecimentos face ao VIH/SIDA e mais atitudes inclusivas face aos portadores de VIH/SIDA. A ES não teve qualquer efeito negativo nos conhecimentos, atitudes ou comportamentos dos adolescentes portugueses. A pertinência do estudo reside numa avaliação do atual programa de ES e das escolas portuguesas.

Palavras-chave: Educação sexual, promoção da educação para a saúde, adolescentes, escola, avaliação

Abstract

The present study aimed to verify the status of the Promotion of Health Education (PHE) and Sex Education (SE) in Portuguese schools and whether SE influences knowledge, attitudes and sexual behaviors of adolescents towards adoption/maintenance of healthy lifestyles. Data collection was conducted through surveys or focus groups with adolescents, teachers, parents and school boards. The results showed that schools are implementing the measures legislated by the government. School boards, teachers and students are actively involved in the PHE/SE but parents maintain their difficulty in promoting and maximizing SE opportunities. It was emphasized the need for specific training in the area of sexuality for both teachers and parents. Most Portuguese adolescents have not had sexual intercourse yet. Of those who had, most have protective behaviors. Adolescents who reported having had SE less frequently reported having had sexual intercourse or having started at 11 years or less, have more knowledge regarding HIV/AIDS and more inclusive attitudes towards individuals with HIV/AIDS. SE had no negative effect on knowledge, attitudes and behaviors in Portuguese adolescents. The relevance of the study lies in an evaluation of the present SE program and Portuguese schools.

Keywords: Sex education, promotion of health education, adolescents, school, evaluation

Índice geral

Capítulo 1 - Introdução	1
1.1 – Organização global do documento	1
1.2 – Problemas e objetivos gerais da investigação	1
1.3 – Objetivos específicos da investigação	2
1.4 – Esquema aglutinador.....	4
Capítulo 2 – Revisão de literatura	5
2.1. Notas introdutórias	5
2.2. Questões relacionadas com a saúde dos adolescentes.....	5
2.2.1. Conceptualização da noção de saúde	5
2.2.2. Conceptualização da noção de promoção e educação para a saúde	6
2.2.3. Fatores de risco e de proteção e influência da família, da escola e de outros atores relevantes na adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis	7
2.2.4. Conceptualização da noção de sexualidade.....	11
2.2.4.1. Sexualidade na adolescência	13
2.2.4.1. Conhecimentos e atitudes no âmbito da sexualidade	15
2.3. Questões relacionadas com os comportamentos sexuais nos adolescentes e jovens.....	17
2.3.1. VIH/SIDA e infeções sexualmente transmissíveis.....	17
2.3.2. Gravidez não planeada e interrupção voluntária de gravidez.....	18
2.3.3. Prevalência de atividade sexual na adolescência e idade da primeira relação sexual	19
2.3.4. Uso inconsistente do preservativo e da pílula	20
2.3.5. Consumo de álcool e drogas associado a comportamentos sexuais de risco.....	22
2.4. Educação sexual em meio escolar	22
2.4.1. A educação sexual em Portugal	25
2.4.4.1. Evolução histórica e legislativa da educação sexual	27
2.4.2. Modelos de educação sexual	33
2.4.3. Modelo teórico explicativo da adoção de comportamentos preventivos.....	37
2.4.4. Tipos de educação sexual.....	38
2.4.5. O papel dos órgãos de gestão na promoção da educação para a saúde e na educação sexual.....	41

2.4.6. O papel dos professores na promoção da educação para a saúde e na educação sexual	42
2.4.7. Avaliação da educação sexual e suas vantagens	44
2.4.8. Impacto da educação sexual em meio escolar nos comportamentos, conhecimentos e atitudes	46
2.4.9. Apontamento final.....	48
Capítulo 3 - Metodologia	49
3.1. - O estudo HBSC e o estudo HBSC/SSREU.....	49
3.2. - O instrumento de pesquisa HBSC e HBSC/SSREU	51
3.3. - Metodologia utilizada HBSC e HBSC/SSREU	53
3.3.1. - A amostra HBSC.....	54
3.3.2. – A amostra HBSC/SSREU	56
3.3.3. – Análise de dados HBSC e HBSC/SSREU	56
3.4. – Objetivos e variáveis da investigação	56
Capítulo 4 – Estudos.....	65
Estudo 1 – Condições ambientais, pedagógicas e psico-sociais nas escolas: uma visão da gestão escolar e sua evolução em 4 anos.....	67
Resumo.....	67
Abstract	68
Introdução	69
Método	71
Amostra	71
Instrumento	71
Procedimento.....	72
Recolha e análise de Dados.....	72
Resultados	72
Principais reflexões	80
Referências.....	82
Estudo 2 – Percepções de professores e pais sobre Educação para a Saúde e Educação Sexual na família e nas escolas portuguesas.....	85
Resumo.....	85
Abstract	86
Introdução	87

Método	89
Participantes	89
Procedimento.....	91
Análise de dados	95
Resultados	96
Discussão/Conclusão.....	102
Considerações finais.....	104
Referências.....	106
Estudo 3 – Trends in adolescent sexual behavior and the impact of information and attitudes about HIV/AIDS: state of art and changes in a eight year period in Portugal	109
Abstract	109
Introduction	110
Method	112
Data analysis	113
Results	115
Discussion	120
Key findings.....	123
References	124
Estudo 4 – Sex education among Portuguese adolescent students.....	129
Abstract	129
Introduction	130
Method	132
Sample.....	132
Procedure.....	132
Measures	133
Data analysis	134
Results	134
Conclusion.....	139
References	142
Estudo 5 – Sexual Safety across Educational Stages: Highlights from Middle, High School and University Students in Portugal.....	145
Abstract	145
Introdution.....	146

Methods.....	149
Sample.....	150
Procedure.....	151
Measures	152
Data analysis	154
Results.....	154
Discussion	159
References.....	163
Estudo 6 – Trends in early and very early sex and condom use in 20 European countries 2002-2012.....	167
Abstract	167
Introduction	168
Methods.....	168
Measures	169
Statistical analysis.....	169
Resultados	170
Discussion	173
References.....	175
Capítulo 5 – Discussão e conclusão geral.....	179
5.1 Notas introdutórias.....	179
5.2 Discussão/conclusão dos resultados dos estudos por objetivo geral.....	180
5.2.1. O estado da educação sexual (incluída na PES) em meio escolar em Portugal	180
5.2.2. A influência da educação sexual em meio escolar nos conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes.....	185
Capítulo 6 – Pontos-chave, limitações e recomendações.....	197
6.1. – Pontos-chave da investigação.....	197
6.2. – Limitações globais da investigação.....	197
6.3. - Recomendações.....	198
Referências Bibliográficas	201

Índice de tabelas

Tabela 1 - Descrição das amostras HBSC em estudo	55
Tabela 2 - Descrição das variáveis relativas ao questionário HBSC dirigido aos órgãos de gestão e professores das escolas participantes	57
Tabela 3 - Descrição do guião da entrevista efetuada a professores e pais	59
Tabela 4 - Descrição das variáveis relativas ao questionário HBSC dirigido a alunos	60
Tabela 5 - Número de escolas incluídas no estudo e que responderam ao questionário dos Conselhos Executivos / Direcções – 2006 e 2010.....	71
Tabela 6 - Caracterização das escolas – 2006 e 2010.....	73
Tabela 7 - Promoção e Educação para a Saúde (ES) – 2006 e 2010.....	75
Tabela 8 - Boas e Más práticas na Área da Educação para a Saúde – 2006 e 2010.....	76
Tabela 9 - A situação das escolas em 2010.....	78
Tabela 10 - Caracterização das escolas dos professores inquiridos – Estudo quantitativo	90
Tabela 11 - Caracterização dos grupos focais com professores e pais – Estudo qualitativo	91
Tabela 12 - Promoção e Educação para a Saúde (PES) e Educação Sexual (ES) – Estudo quantitativo.....	96
Tabela 13 - Variáveis de Investigação HBSC e HBSC/SSREU relativas às atitudes face aos portadores com Promoção e Educação para a Saúde (PES) e Educação Sexual (ES) – Grupos Focais com Professores – Estudo qualitativo.....	99
Tabela 14 - Promoção e Educação para a Saúde (PES) e Educação Sexual (ES) – Grupos Focais com Pais – Estudo qualitativo	101
Tabela 15 - Socio demographic characteristics for the total sample	112
Tabela 16 - Differences between 2002, 2006 and 2010 for questions about sexual behaviors.....	116
Table 17 – Differences between 2002, 2006 and 2010 for information regarding HIV/AIDS transmission/prevention for the total sample	118
Table 18 – Differences between 2002, 2006 and 2010 for attitudes towards HIV-infected people for the total sample.....	119
Table 19 – Differences between having/not having had sex education and sexual behaviour	136
Table 20 – Differences between having/not having had sex education and knowledge regarding HIV/AIDS transmission/prevention	137
Table 21 – Differences between having/not having had sex education and attitudes towards people living with HIV	138
Tabela 22 – Socio demographic characteristics and sex education of total sample and subsets	151

Tabela 23 – Differences between educational stages and risky sexual behaviors.....	155
Tabela 24 – Differences between educational stages and scales of knowledge regarding HIV/AIDS transmission/prevention, attitudes towards HIV-infected people and attitudes towards condoms.....	156
Tabela 25 – Differences between reporting not having had and having had sex education classes, educational stages and risky sexual behaviors	158
Tabela 26 – Differences between reporting not having had and having had sex education classes, educational stages and scales of knowledge regarding HIV/AIDS transmission/prevention, attitudes towards HIV-infected people and attitudes towards condoms.....	159
Table 27 – Ever had sexual intercourse and first sexual intercourse at age 13 or younger among 15 year-olds, by gender, year of study and country resp. European region; n, percentages and linear time trends between 2002 and 2010 (HBSC 2002, 2006 and 2010).....	171
Table 28 - Condom use at last sexual intercourse among sexually initiated 15 year-olds, by gender, year of study and country resp. European region; n, percentages and linear time trends between 2002 and 2010 (HBSC 2002, 2006 and 2010).....	172

Nota: As tabelas 15 a 28 estão em inglês uma vez que fazem parte dos estudos publicados/em revisão/submetidos em revistas internacionais.

Índice de abreviaturas

CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

ES – Educação Sexual

HBSC – Health Behaviour in school-aged Children

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

IVG – Interrupção Voluntária de Gravidez

ONG – Organização Não Governamental

PES – Promoção da Educação para a Saúde

SSR – Saúde sexual e reprodutiva

SSREU – Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes Universitários

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO – World Health Organization

Capítulo 1 - Introdução

1.1 – Organização global do documento

A tese está organizada por capítulos. No primeiro capítulo são abordados, sumariamente, o tema de investigação, a organização global do documento, os problemas estudados e objetivos gerais da tese, elencando-se os 6 artigos que constituem o trabalho de acordo com os objetivos a que pretendem responder. Ilustra-se, ainda, a linha orientadora que foi seguida para manter a ligação conceptual ao tema central. O segundo capítulo pretende apresentar um enquadramento teórico estruturante de toda a investigação desenvolvida e que objetivou a realização da mesma. O terceiro capítulo introduz as questões inerentes à metodologia dos estudos desenvolvidos. O quarto capítulo inclui os seis estudos realizados, organizados de acordo com os objetivos em estudo. Note-se que quatro dos seis artigos foram escritos na língua inglesa (enquanto língua científica) por terem sido submetidos/publicados em revistas internacionais. À exceção do primeiro artigo (escrito em 2010 e publicado em 2011), os restantes (bem como esta dissertação) foram redigidos conforme acordo ortográfico. Uma vez que se trata de publicações científicas com revisão de pares, justifica-se estarem organizados de acordo com as normas específicas de cada revista. No entanto, em geral, encontram-se organizados em Resumo, Introdução, Metodologia, Resultados e Discussão. No quinto capítulo, é feita a discussão geral dos resultados e conclusões por objetivo geral. No sexto, apresentam-se os pontos-chave, as principais limitações e recomendações da investigação. Por fim, a dissertação termina com a lista de referências bibliográficas, lista de siglas e abreviaturas usadas e anexos.

1.2 – Problemas e objetivos gerais da investigação

Por várias razões, abaixo explicadas, o grupo dos jovens tem sido identificado por diversos organismos, tais como o Centers for Disease, Control and Prevention, o Fundo das Nações Unidas para a População e a Organização Mundial de Saúde, bem como nos objetivos do milénio sobre a saúde sexual até 2015, como um dos que deve ser objeto de particular vigilância (CDC, 2010; FNUAP, 2005; WHO, 2010).

Desde 1983 que a educação sexual em meio escolar é obrigatória em Portugal. No entanto, decorridos trinta anos, ainda não é uma prática comum em todas as escolas portuguesas e são poucos os estudos que avaliam os seus efeitos.

Tendo em conta os problemas acima identificados, esta investigação pretende responder a dois objetivos:

- 1) Aprofundar o conhecimento acerca do estado da educação sexual (incluída na promoção da educação para a saúde) em meio escolar em Portugal;
- 2) Verificar se a educação sexual em meio escolar influencia os conhecimentos, as atitudes e os comportamentos sexuais dos adolescentes no sentido da adoção/manutenção de estilos de vida saudáveis.

Estes objetivos deveriam, por sua vez, responder à pertinência do estudo:

- Avaliar o atual programa de ES (incluído na PES) nas escolas portuguesas, facultando dados que permitam aos decisores ajustar estratégias que potenciem o desenvolvimento da ES em meio escolar.

A educação é o modo mais eficaz de melhorar os conhecimentos e as atitudes relacionadas com a proteção nos adolescentes, sendo conseqüentemente imprescindível na prevenção dos comportamentos sexuais de risco e das conseqüências negativas que daí podem advir, o que justifica a identificação dos jovens como um dos grupos que deve ter particular vigilância.

1.3 – Objetivos específicos da investigação

Foram produzidos seis estudos para responder aos objetivos específicos. De seguida apresentam-se os objetivos específicos por estudo efetuado:

Estudo 1 - Apresentar a situação da promoção da saúde em meio escolar em Portugal em 2006 e 2010 e fazer uma reflexão sobre as alterações nos últimos 4 anos.

Estudo 2 - Avaliar a promoção da educação para a saúde (PES) e da educação sexual (ES) nas escolas, a partir das perceções de professores e pais.

Estudo 3 – Aprofundar o conhecimento acerca dos comportamentos sexuais preventivos em Portugal, incluindo conhecimentos e atitudes sobre o VIH/SIDA; e avaliar as alterações decorridas entre 2002 e 2010.

Estudo 4 – Avaliar a importância da ES em meio escolar e os seus efeitos nos comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face portadores de VIH.

Estudo 5 – Analisar conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais e identificar se a ES em meio escolar influencia os jovens do 3º ciclo, do ensino secundário e do ensino universitário.

Estudo 6 – Descrever tendências na prevalência de relações sexuais, iniciação sexual muito precoce e uso de preservativo na última relação sexual entre os adolescentes de 15 anos, entre 2002 e 2010, em 20 países das 4 regiões europeias; e descrever variações nas tendências em rapazes e raparigas, quer ao nível dos países quer ao nível das regiões europeias.

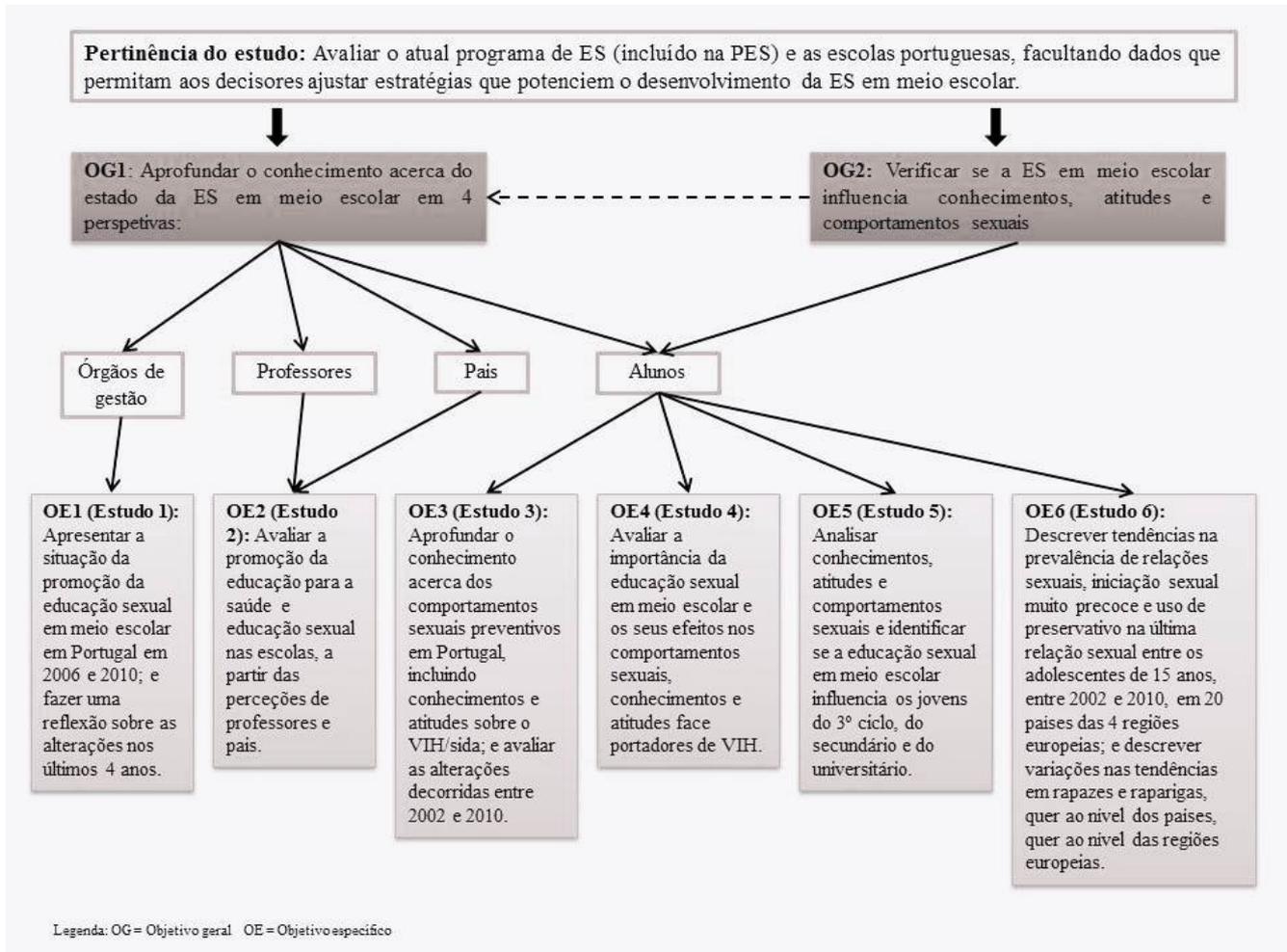
Foram efetuados três estudos (estudos 1, 2 e 4) que permitiram cumprir o primeiro objetivo geral: aprofundar o conhecimento acerca do estado da educação sexual em meio escolar em quatro perspetivas: a dos órgãos de gestão, a dos professores, a dos pais e a dos alunos. É uma vez que vários especialistas integram a educação sexual dentro de uma área mais abrangente – a promoção da educação para a saúde – também esta foi, sempre que possível, objeto de estudo desta investigação, em particular nos estudos 1 e 2.

Relativamente ao segundo objetivo geral: verificar se a educação sexual em meio escolar influencia os conhecimentos, as atitudes e os comportamentos sexuais dos adolescentes no sentido da adoção / manutenção de estilos de vida saudáveis, foram efetuados quatro estudos (estudos 3, 4, 5 e 6). Note-se que o segundo objetivo geral também contribui para o primeiro objetivo geral, apesar de só por si justificar a existência desta investigação.

O cruzamento dos resultados dos seis estudos e a análise dos resultados na perspetiva dos objetivos gerais, possibilita uma avaliação, mesmo que incipiente, do atual programa de ES (incluído na PES) nas escolas portuguesas, facultando dados que, espera-se, permitam aos decisores ajustar estratégias que potenciem o desenvolvimento da ES em meio escolar.

1.4 – Esquema aglutinador

No sentido de ilustrar a relação entre pertinência do estudo, objetivos gerais, específicos e estudos desenvolvidos, apresenta-se o esquema que se segue:



Capítulo 2 – Revisão de literatura

2.1. Notas introdutórias

Dado o caráter multi e interdisciplinar da saúde e da sexualidade e, conseqüentemente da ES, o mesmo tópico é abordado em várias perspectivas, e por isso em diferentes pontos desta investigação, evitando-se, sempre que possível, a repetição da informação.

2.2. Questões relacionadas com a saúde dos adolescentes

2.2.1. Conceptualização da noção de saúde

O conceito de saúde modificou-se ao longo do século XX e dividiu-se basicamente entre duas correntes do pensamento, uma (ainda na primeira metade do século) que entendia a saúde como uma componente presente nas fases de desenvolvimento e de transformação do corpo, e que também já expressava a ideia de que a condição primordial para a conservação do estado de saúde era da responsabilidade do indivíduo; e uma outra que considerava a saúde como “estado de ausência de doença”. A disputa por tais considerações a respeito do conceito de saúde foi resolvida durante a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, que se realizou em 1978, e resultou na Declaração de Alma-Ata, que passou a definir a saúde em termos positivos, como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social (e espiritual – que foi acrescentado mais tarde) e não apenas a ausência de doenças” (Navarro, 2000, p. 17).

As preocupações com a saúde intensificaram-se no fim dos anos 70 com o reconhecimento do stresse e das perturbações psicológicas e mentais como componentes da vida moderna e globalizada, frutos do ritmo acelerado da produção e das tarefas no mundo do trabalho, e associados ao desenvolvimento estrutural que estava a comprometer o bem-estar dos indivíduos e a colocar em causa o futuro da geração.

O aparecimento do VIH/SIDA constituiu outro marco revelante em termos de saúde, pois foi responsável pela intensificação da sensação de fragilidade da vida humana com o comprometimento do bem-estar dos indivíduos. Por outro lado,

contribuiu para que as preocupações com aquisição de hábitos saudáveis fossem intensificadas e conseqüentemente exigiu mudanças nos costumes e hábitos em relação às práticas sexuais.

Na seqüência dessas preocupações, potenciadas pelos fenômenos decorrentes da globalização, o entendimento da noção de saúde enquanto estado de conservação de um bem-estar físico, emocional e social mostrou-se vulnerável. Essa realidade, associada ao risco de infecção por VIH/SIDA, levou a que o conceito de saúde fosse revisto. Assim, em 1986, a Carta de Ottawa apresentou um novo conceito de saúde: o conceito de Promoção da Saúde, que rapidamente foi adotado pela OMS.

De acordo com a Carta de Ottawa (WHO, 1986), a “Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorarem. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida; a saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Em consequência, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar” (p. 1).

2.2.2. Conceptualização da noção de promoção e educação para a saúde

A educação para a saúde constitui a principal estratégia de promoção da aquisição de hábitos saudáveis, conforme escreve Andrade ao afirmar que “a promoção da saúde é considerada como um processo educativo, onde a dimensão participativa das pessoas envolvidas é primordial” (1995, p. 8). Assim, a educação enquanto processo que tem como função o desenvolvimento das capacidades e das competências que possam ser úteis para enfrentar a vida e os seus desafios, o espírito de lutar pelo próprio projeto de vida, interpretado sob uma perspectiva de saúde, possibilita a formação de sujeitos responsáveis e interessados na conquista e manutenção progressiva deste bem-estar.

Segundo Rodrigues (2005), os objetivos principais da educação para a saúde são contribuir para a melhoria da saúde de toda a população, prevenindo a doença, informando e promovendo a saúde; facilitar a mudança voluntária dos estilos de vida; o

que é possível fazer-se facultando informação e conhecimento, para que cada indivíduo possa aumentar o seu grau de consciência sobre a saúde e o bem-estar; atingir a responsabilização de todos e de cada um pelas questões de saúde; realizar intervenções estruturadas para a população-alvo a que se destinam; satisfazer as necessidades sentidas pela população-alvo; e investir nas relações sociais e no exercício das competências sociais e emocionais.

Segundo a Carta de Ottawa, as intervenções em educação para a saúde podem enquadrar-se em cinco grandes vertentes: (1) definição de políticas públicas saudáveis; (2) criação de condições ambientais favoráveis à saúde; (3) reforço da ação comunitária; (4) desenvolvimento de competências pessoais; e (5) reorganização dos serviços de saúde.

Ao elencar as competências pessoais a desenvolver, o referido documento deixa expresso o papel fundamental que a educação para a saúde ocupa na conquista de boas condições de saúde pelos indivíduos e pela sociedade como um todo, considerando a educação para a saúde:

“Uma forma de apoio do desenvolvimento pessoal e social que se obtém através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais...sendo essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases de existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crónicas e causas externas. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem se realizar através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais” (1986, p.4).

Uma escola promotora de saúde deve ter como objetivo primordial potenciar o sentido da coerência através de esforços conjuntos entre pessoas, ONGs, organizações voluntárias, governos, OMS, e instituições educativas e de saúde para que o alcance da meta de Saúde Para Todos seja possível (Carta de Ottawa, WHO, 1986).

2.2.3. Fatores de risco e de proteção e influência da família, da escola e de outros atores relevantes na adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis

A educação para a saúde constitui, atualmente, um importante veículo no que se refere aos cuidados de saúde. Se hoje quase se eliminou uma série de patologias que noutros tempos eram mortais, tal não se deveu apenas ao aparecimento de novas vacinas, mas também ao conhecimento das formas de contágio, bem como das formas de prevenção que foram responsáveis pela redução de comportamentos de risco.

Os fatores de risco são entendidos como as circunstâncias que podem aumentar a probabilidade dos jovens se envolverem em comportamentos de risco, enquanto os fatores protetores constituem-se como quaisquer circunstâncias que promovem comportamentos saudáveis e diminuem a possibilidade dos jovens se envolverem em comportamentos de risco (Matos, 2010).

O conceito de fatores de risco surgiu inicialmente associado a comportamentos considerados problemáticos, como o uso de álcool ou drogas, gravidez precoce e violência. No entanto, mais tarde, com a introdução da abordagem sistêmica, compreendeu-se que não se tratava de identificar condições que teriam uma causa-efeito que explicasse esses comportamentos, mas que apenas potenciavam que os indivíduos se envolvessem em comportamentos de risco. Assim, os fatores de risco existem, quer em termos individuais, quer em termos dos sistemas de que os indivíduos fazem parte, como a família, o grupo de pares, a escola e a comunidade (Hawkins, Lishner & Catalano, 1985). A influência da cultura funciona como pressão exercida pelo grande grupo, pais e amigos, num determinado sentido. No entanto, a influência nem sempre é no mesmo sentido, sendo até, por vezes, em sentidos opostos. É necessário compreender que, não só os pais, mas também os pares, funcionam como influências, logo, se agirem no mesmo sentido, tanto maior será a probabilidade dos jovens adotarem valores e comportamentos semelhantes.

Nesta perspetiva, são as características destes sistemas, e não dos indivíduos, que moldam as vivências de cada indivíduo, influenciando os seus comportamentos, pelo que se tornarão fatores promotores do desenvolvimento saudável dos indivíduos se forem capazes de se constituírem de aspetos positivos.

Quanto aos fatores protetores, estes são entendidos como recursos pessoais, sociais e institucionais que, promovendo formas de resiliência na juventude, facilitam o desenvolvimento bem-sucedido do indivíduo, atenuando os fatores de risco que podem comprometer o desenvolvimento deste (Bernard, 2004; Garmezy & Rutter, 1985).

Refira-se que o conceito de resiliência diz respeito à capacidade para sair ou para resistir a múltiplas condições adversas ou para ultrapassar desvantagens (Garmezy, 1985; Rutter, 1987; Seligman, 1995; Werner, 1988; Wolin, 1993). A resiliência pode, pois, ser considerada como a capacidade para atingir um nível saudável de competência emocional e social, apesar de um historial de adversidade ou stresse (Anthony & Cohler; 1987; Garmezy, 1985; Werner & Smith, 2001).

Em suma, os fatores protetores e os fatores de risco constituem-se enquanto variáveis pessoais e contextuais que influenciam padrões de desenvolvimento, transformando-os em resultados positivos ou negativos para o indivíduo. Enquanto os fatores de risco aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos, os fatores protetores, ao invés, atuam protegendo-os do impacto negativo de determinadas experiências.

Muitos dos comportamentos relacionados com a promoção da saúde e proteção face a fatores adversos são aprendidos no contexto familiar durante os primeiros anos de vida (Matos, 2008). Em termos familiares, a existência de conflitos, de problemas de gestão da família e de um historial ligado a comportamentos problemáticos constituem alguns dos riscos a que o jovem pode estar exposto. De forma inversa, a existência de uma ligação afetiva segura, de crenças familiares saudáveis e de normas de comportamento claras irão atuar como fatores protetores. Pode, por isso, considerar-se que a família influencia o adolescente de diversas formas, funcionando como modelo, comunicando com este, ou oferecendo informações e apoio social e emocional (Matos, 2008).

Do mesmo modo, o insucesso académico, os problemas disciplinares, a falta de envolvimento na vida escolar, as expectativas baixas dos professores, e um clima social negativo representam os principais fatores de risco para os jovens na escola. Pelo contrário, um clima positivo, oportunidades de participação nas atividades escolares e na atividade da escola enquanto instituição, reconhecimento e compensação de atitudes saudáveis, e expectativas altas em relação ao adolescente tornam-se os fatores protetores na escola (Grácio, 2006), acentuando-se a importância desta enquanto ambiente privilegiado na educação para a saúde. Uma escola promotora de saúde funciona como uma fonte de promoção de comportamentos saudáveis e de bem-estar nos adolescentes (WHO, 2000; Matos, 2008).

Como já se teve oportunidade de referir, a escola desempenha um papel fundamental na abordagem formal, estruturada e adequada da ES (M.E. & M.S, 2000), assim como na prevenção de comportamentos sexuais de risco, uma vez que a participação em programas de ES pode diminuir a frequência de comportamentos de risco nos jovens, como demonstraram alguns estudos (e.g. Matos et al., 2011).

Relativamente à comunidade envolvente, os fatores de risco e protetores identificados pelos estudos são a presença/ausência e fácil acesso a drogas e armas,

determinado tipo de leis, normas e organização interna, e as condições económicas (Grácio, 2006).

Quanto ao papel da comunicação social, apesar da sua grande potencialidade para influenciar a população em geral, não supre a necessidade de nos relacionarmos uns com os outros, isto é, de transformar informações em interações significativas, pelo que fica minimizada enquanto fator de risco quando sujeita à confrontação dos indivíduos (Ricou et al., 2004).

Também o grupo de pares tem uma influência considerável no comportamento de muitos adolescentes, verificando-se que os que têm uma relação estreita com o grupo revelam tendência para procurar estar sintonizados com as atitudes e atos do grupo, podendo conseqüentemente o grupo de pares constituir-se como fator protetor ou de risco (Matos, 2008).

Em geral, quanto maior for o número de fatores protetores nos sistemas envolventes ao adolescente, maior será a probabilidade deste desenvolver resiliência (Adelman, 2005). A resiliência é diretamente proporcional à satisfação das necessidades básicas, isto é, à necessidade de o indivíduo se sentir competente, autónomo, integrado e seguro, capaz de amar e ser amado. Assim, os fatores protetores aumentam a resiliência do adolescente face a fatores de risco (Grácio, 2006).

Relativamente ao âmbito das competências sociais, a sensibilidade, a compreensão, a flexibilidade, a empatia, o interesse pelos outros e as competências de comunicação desenvolvidas parecem ser fatores protetores cruciais. No que diz respeito a competências de resolução de problemas, parece ser fundamental desenvolver a capacidade de pensar abstratamente, de forma reflexiva e flexível, dirigida para a procura de soluções alternativas de problemas cognitivos e sociais (Matos, 2012).

Quanto à autonomia e independência, esta passa pelo sentido da própria identidade e pelo desenvolvimento da capacidade para agir de forma independente, exercendo algum controlo sobre o meio (Matos, 2008).

Assim sendo, qualquer intervenção, para ser eficaz, deve considerar e atuar sobre os vários sistemas que envolvem o adolescente, adaptando-lhes as estratégias (Grácio, 2006) para que, independentemente do número de fatores de risco a que esteja sujeito, apresente pouca probabilidade de se envolver em comportamentos de risco porque está igualmente sob a influência de fatores protetores. Decorrente desta noção, salienta-se a necessidade de a escola fortalecer os fatores protetores, ou seja, não se limitar a reagir

aos problemas que vão surgindo, mas investir na prevenção dos problemas em termos gerais, e na promoção dos comportamentos positivos. É neste sentido que a escola se assume como um sistema promotor da resiliência dos jovens (Grácio, 2006).

Considerando a escola nesta perspectiva sistémica da saúde dos jovens, a promoção da saúde sexual e reprodutiva (SSR) dos adolescentes constitui-se como um importante contributo para a formação pessoal e social destes e tem ganho um protagonismo crescente ao nível da educação e da saúde. A sensibilização para a importância da ES 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 (Matos, 2008).

Nos últimos anos tem-se investido muito na identificação de fatores protetores e fatores de risco relacionados com os comportamentos sexuais. As investigações feitas identificaram o género, a idade e a etnia, entre outros, como capazes de influenciar a escolha de adotar ou não comportamentos saudáveis (Matos e colaboradores, 2006).

Em relação ao género, ser rapariga tem sido reconhecido como fator de risco porquanto estas parecem sistematicamente envolver-se menos em comportamentos preventivos como o uso do preservativo (Matos e colaboradores, 2006).

Quanto à idade, ser mais velho tem sido referido como fator de risco (Matos e colaboradores, 2006). No estudo Health Behavior in School-aged Children, de 2006, verificou-se que são os mais velhos que iniciaram a vida sexual mais cedo, e que, segundo a análise de Saewyc, Taylor, Homma e Ogilvie (2008), usaram menos o preservativo na última relação sexual (81% de 15 a 17 anos versus 70% de 18 a 19).

No que diz respeito à etnia, ter nacionalidade africana tem sido reconhecido como fator de risco (Matos e colaboradores, 2006). No estudo Health Behavior in School-aged Children de 2006 verificou-se que são os jovens das CPLP que iniciaram a vida sexual mais cedo e que mais frequentemente tiveram relações sexuais associadas ao consumo de álcool e drogas.

2.2.4. Conceptualização da noção de sexualidade

A Organização Mundial de Saúde (PAHO/WHO, 2000) define a sexualidade como: *“uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade;*

que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental”(p.6).

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde reformulou este conceito, denominando-a como:

"um aspecto central do ser humano, que acompanha toda a vida e que envolve o sexo, a identidade, os papéis de género, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações. Se a sexualidade pode incluir todas estas dimensões, nem sempre todas elas são experienciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interacção de factores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais” (p. 3).

Assim, é necessário encarar a sexualidade como uma dimensão fundamental da vida humana, que se expressa nas práticas e desejos que estão ligados à afetividade, ao prazer, aos sentimentos e ao exercício da liberdade individual e da saúde, não se limitando ao que os indivíduos fazem, mas centrando-se no que são; e, nesta perspectiva, não se reduz a uma proposta individual, constituindo ao invés disso um processo em que interagem diversos fatores, tais como os históricos, os culturais e os sociais, a partir dos quais se vão estabelecendo limites, crenças e mitos (Neto & L’abbate, 2007).

São estes sistemas de limites, crenças e mitos, a organização social, e a própria capacidade de controlo da pulsão ou a habilidade para encontrar companheiro sexual que definem o comportamento sexual das pessoas (López & Fuertes, 1999). Deste modo, a vivência da sexualidade implica sempre uma tomada de posição quanto a determinados valores éticos, nomeadamente as tomadas de posição sociais sobre assuntos relacionados com a sexualidade.

A vertente emocional da sexualidade é fundamental na formação da identidade, contribuindo essencialmente para o autoconceito, para a autoestima, para o modo como as pessoas se relacionam com os outros e, conseqüentemente, para o bem-estar geral do indivíduo (M.E. & M.S, 2000).

Resumindo, a sexualidade é considerada como uma construção pessoal (Vaz, Vilar & Cardoso, 1996).

Considerando que o foco desta investigação recai na população adolescente, é fundamental abordar a compreensão da sexualidade na adolescência, tendo em conta que a condição mínima para que um adolescente adote comportamentos de prevenção é

que este assuma uma postura ativa de tornar-se sujeito da sua própria saúde (Neto & L'abbate, 2007).

2.2.4.1. Sexualidade na adolescência

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a adolescência é o período da vida que ocorre entre os dez e os dezanove anos de idade, sendo muitas vezes confundida com a juventude, que se situa entre os quinze e os vinte e quatro anos. Segundo López & Fuertes (1999), a vivência da sexualidade é determinada por mudanças biofisiológicas e psicossociais, sendo estes fatores que permitem distinguir a sexualidade do período prepubertário da sexualidade da adolescência, adultícia e velhice.

As primeiras transformações ocorrem a partir da primeira fase da adolescência (na puberdade, entre os 10 e os 12 anos), caracterizando-se por um crescimento físico mais rápido, pelo desenvolvimento de caracteres sexuais secundários (pilosidade, crescimento do peito, menarca, crescimento do pênis e dos testículos, ejaculação, etc.), por alterações psicológicas (algumas comuns a ambos os sexos e outras particulares de cada um) e pelo desenvolvimento súbito de sentimentos românticos e de atração sexual pelo outro (Frade, Marques, Alverca, & Vilar, 2003). Também nesta fase se verificam outras transformações, nomeadamente na imagem de si próprio, nas emoções, no humor, nas relações com a família e amigos, nos projetos de vida e nos valores pessoais e sociais (Matos, 2008; 2010).

Para além da dimensão biológica, a sexualidade compreende também uma dimensão relacional, relativa às representações dos relacionamentos, papéis de género, estilos de comunicação e estabelecimento de compromissos. As crenças, mitos e práticas relacionadas com a sexualidade (por exemplo “o homem não chora”, “o preservativo tira o prazer” ou “o homem tem de estar sempre pronto para a atividade sexual”), que os adolescentes adquirem com a sociedade, são condicionantes extremamente importantes quando se procura compreender comportamentos sexuais na adolescência (López & Fuertes, 1999).

É na adolescência, nesta fase da vida caracterizada por transformações profundas, que o indivíduo procura a sua identidade e descobre a sua sexualidade. Neste processo de transição para a vida adulta, a constante busca do adolescente pelo seu “eu” conduz à construção das suas próprias ideologias e valores.

Assim, a dimensão relacional não é menos importante que a dimensão biológica, uma vez que ela é responsável pelas representações dos relacionamentos, estilos de comunicação e estabelecimento de compromissos. Igualmente importante é a dimensão ética e sociocultural, relacionadas com as escolhas, responsabilidades da vivência sexual e a influência da cultura, valores e regras (Reis, Ramiro & Matos, 2012).

Quanto à dimensão psicológica, esta está ligada às emoções, sentimentos, afetos e atitudes. Por sua vez, estas emoções estão relacionadas com diferentes formas de amor. Muito característico da adolescência, o amor romântico caracteriza-se por um impulso muito forte para a relação, uma imensa energia e interesse em estar com o outro (paixão, enamoramento) e está associado a outra forma de amor, o amor físico, que, segundo Fisher (2008), se relaciona fortemente com o impulso sexual, em que a satisfação física é mais procurada.

A sexualidade, nesta etapa da vida, reveste-se de grande importância e manifesta-se através de sonhos, desejos, fantasias, masturbação e relações sexuais. Com a sua inserção em grupos de pares, criam-se grandes amizades, possíveis paixões, e é frequente surgir o primeiro amor; intensifica-se o conhecimento do próprio corpo e do corpo do outro e multiplicam-se novas experiências, vividas com extrema intensidade; é descoberta uma relação de intimidade, partilha e confiança com outra pessoa – o que contribui para o desenvolvimento psicológico do jovem. Nesta fase, é habitual acontecerem as primeiras relações amorosas, que apesar de não serem sempre planeadas, muitas vezes conduzem o adolescente à primeira experiência sexual (Reis, Ramiro, Carvalho, & Pereira, 2009). A sexualidade do adolescente é frequentemente desarmoniosa, pois a maturidade emocional nem sempre acompanha a maturidade física (Reis, et al., 2012).

Assim, pode dizer-se que, na adolescência, a sexualidade vai evoluindo das experiências de autoerotismo, como é o caso da masturbação, até à interação com colegas e amigos, sendo, por isso, fundamental o papel desempenhado pela família e pela escola, no sentido de fornecerem informação e mostrarem disponibilidade para ouvir os adolescentes.

Considerando que é na última fase da adolescência que a orientação sexual se define, o processo de desenvolvimento dos jovens homossexuais, bissexuais e transexuais é, no mínimo, muito conflituoso. Enquanto para os adolescentes cuja orientação sexual é concordante com o modelo dominante, a adolescência pode ser um

processo muito agressivo, no caso dos que não são heterossexuais, independentemente da orientação sexual que tiverem, o processo pode provocar sintomas que originem o isolamento, a depressão, e inclusive levar ao suicídio (Vilar, 2003; 2005).

Dada a plasticidade da personalidade que caracteriza a adolescência, é aceitável que os adolescentes sejam mais recetivos a compreender os conceitos que os podem ajudar a ter uma maturidade física, psicológica e sexual mais saudável do que os adultos. É importante que eles compreendam que a sexualidade pode ser vivida de uma maneira saudável e feliz e que para se protegerem do VIH /SIDA e outras ISTs têm de usar preservativo em todos os atos sexuais, pois é o único método de proteção do VIH/SIDA e das outras ISTS para indivíduos sexualmente ativos (Matos, 2008).

Por ser mais fácil adotar comportamentos do que mudá-los, a educação sexual (seja em meio familiar seja em meio escolar) deve iniciar-se antes que os adolescentes tenham comportamentos sexuais, e para ser bem sucedida deve trabalhar, não só a informação, o conhecimento, mas também a motivação e as competências; e, nessa perspectiva, a escola tem um papel importante a cumprir (Kirby, 2001).

2.2.4.1. Conhecimentos e atitudes no âmbito da sexualidade

Na sessão especial sobre SIDA na sede das Nações Unidas em 2001, um dos objetivos estabelecidos para 2010 foi que 95% dos jovens com idades entre os 15 e os 24 anos tivessem acesso à informação, educação e serviços indispensáveis para desenvolver as competências necessárias para reduzir a vulnerabilidade destes em relação à infeção por VIH (UNAIDS, 2001).

De acordo com a literatura, se os jovens tiverem conhecimentos (informação) e motivação para adotarem comportamentos sexuais seguros, serão capazes de alterar as suas atitudes e os seus comportamentos (Belo & Silva, 2004; Synovitz, Herbert, Kelley & Carlson, 2002). Consequentemente, aumentar o conhecimento sobre modos de prevenção do VIH/SIDA e desenvolver atitudes positivas face aos portadores do VIH e face ao preservativo são objetivos primordiais em termos de saúde sexual e reprodutiva. Para tal é necessário proceder a uma avaliação de diagnóstico dos conhecimentos e das atitudes que os jovens possuem.

No que diz respeito aos conhecimentos sobre prevenção de VIH/SIDA, existem poucos dados comparáveis para o grupo dos 15 aos 19 anos em termos europeus, em especial para os jovens do sexo masculino (Avery & Lazdane, 2010).

Apesar disso, os conhecimentos sobre as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) (e concretamente sobre o VIH/SIDA) representam uma das variáveis mais estudadas em geral pois, como anteriormente referido, são considerados pré-requisitos importantes na alteração comportamental (Hansen, Mann, McMahon, & Wong, 2004; Kalichman et al., 2002). Segundo o relatório mundial de 2008 sobre a epidemia da SIDA, somente 40% dos jovens entre os 15 e os 24 anos possuíam conhecimento correto sobre o VIH e os seus meios de transmissão (UNAIDS, 2008), pelo que foi sugerido que essa lacuna poderia ter desempenhado um papel relevante nos 40% de novas infeções diagnosticadas na mesma faixa etária (UNAIDS, 2009).

No entanto, os estudos demonstram também que os conhecimentos, sendo um pré-requisito importante, não garantem por si só comportamentos preventivos, verificando a influência que outros fatores como as atitudes e as competências, têm na adoção e manutenção dos comportamentos preventivos (Martins, 2010; Reis, Ramiro, Matos & Diniz, 2013a).

O modelo psicológico MIMAC (Fisher & Fisher, 1993) advoga isso mesmo: a informação, sendo um pré-requisito, não é suficiente; é necessário estimular a motivação dos jovens (constructo que inclui atitudes, intenções comportamentais e normas subjetivas), bem como as competências, para se obter mudanças a nível das atitudes e, conseqüentemente, mudanças nos comportamentos sexuais.

Concretamente em relação à influência das atitudes na adoção de comportamentos preventivos nos adolescentes, os resultados dos estudos são ainda pouco claros: uns apontam para a relação entre as atitudes positivas face ao uso do preservativo e o uso consistente do mesmo (Basen-Engquist et al., 1997); outros sugerem que as atitudes positivas e a intenção de adotar medidas preventivas não explicam por si só a adoção dessas medidas (Johnson, McCaul, & Klein, 2002).

Nos estudos que avaliaram conhecimentos nos adolescentes, verificou-se que estes demonstram um nível moderado/alto relativamente aos meios de transmissão de VIH/SIDA (Bana et al., 2010; Tavoosi, Zaferani, Enzevaei, Tajik & Ahmadi-zhad, 2004).

Em Portugal, num estudo efetuado por Vilar e Ferreira (2009), constatou-se que menos de metade dos jovens do 10.º e 12.º anos apresentava bom nível de conhecimentos, seguindo-se o grupo com conhecimentos aceitáveis e, só depois, o grupo dos que revelaram conhecimentos muito bons. Os jovens inquiridos afirmaram,

por exemplo, ter dúvidas sobre as potenciais situações de risco de gravidez, evidenciando a estreita ligação entre a falta de informação e um comportamento sexual de risco.

Não se encontraram dados comparáveis no que diz respeito às atitudes em relação a portadores de VIH/SIDA.

Quanto às atitudes face ao preservativo, num estudo efetuado na Escócia, verificou-se que os adolescentes escoceses apresentaram atitudes positivas, proativas em relação a estes (Kirby, Van der Sluijs, & Currie, 2010).

Em Portugal, os adolescentes de 13 e 15 anos revelaram conhecimentos satisfatórios face aos meios de transmissão do VIH/SIDA e atitudes de inclusão face aos portadores de VIH/SIDA (Matos et al., 2011).

Salienta-se ainda que as raparigas apresentaram frequentemente mais conhecimentos sobre os meios de transmissão do VIH/SIDA, bem como atitudes mais inclusivas face aos portadores do que os rapazes (Trani, Gnisci, Nobile, & Angelillo, 2005; Reis, Ramiro, Matos, & Diniz, 2013b).

2.3. Questões relacionadas com os comportamentos sexuais nos adolescentes e jovens

Determinados comportamentos relacionados com a atividade sexual, designadamente a antecipação da idade da primeira relação sexual e o uso inconsistente de contraceção e do preservativo podem originar graves consequências a nível individual e a nível socioeconómico na sociedade: VIH/SIDA, ISTs, gravidez não planeada e interrupção voluntária de gravidez. Deste modo, quer os comportamentos, quer as respetivas consequências foram identificados como indicadores importantes em termos de saúde sexual e reprodutiva (Centers for Disease Control and Prevention, 2010; REPROSTAT, 2006; UNAIDS, 2010; WHO, 2010), pelo que se torna fundamental investigá-los.

2.3.1. VIH/SIDA e infeções sexualmente transmissíveis

As infeções sexualmente transmissíveis (ISTs) e o vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/SIDA) representam um problema para a saúde pública, sendo fundamental para a sua prevenção promover comportamentos sexuais saudáveis.

Em termos globais, um dos maiores problemas é o aumento das ISTs, nomeadamente do VIH/SIDA. De acordo com a UNAIDS (2011), em 2010, foram infetadas mundialmente 2.7 milhões de pessoas, sendo que 42% dos novos casos de infeção pelo VIH ocorreram em jovens entre os 15 e os 24 anos.

Considerando apenas os países industrializados, constatou-se nos últimos anos uma diminuição nas taxas de VIH nos adolescentes, devido não só às melhorias conseguidas na terapia antirretroviral do VIH mas, também, à adoção de comportamentos sexuais seguros como a utilização sistemática de preservativo (Wellings, Collumbien, Slaymaker et al, 2006).

Em Portugal, os dados de 2010 do Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT, 2011) comprovaram a tendência dos últimos anos, isto é, um aumento do número de indivíduos infetados no grupo dos heterossexuais, em particular no grupo de indivíduos com idades compreendidas entre os 20 e os 49 anos, o que significa que um número significativo poderá ter contraído a infeção ainda no fim da adolescência.

Relativamente às infeções sexualmente transmissíveis, um terço dos novos casos de ISTs curáveis no mundo ocorre em jovens com idade inferior a 25 anos (FNUAP, 2005).

Nos países industrializados, as taxas das ISTs mais comuns (como a Clamídia, a Sífilis e a Gonorreia) têm aumentando recentemente na última década (Avery & Lazdane, 2010; Fenton & Lowndes, 2004).

Em Portugal, não há dados epidemiológicos fiáveis sobre ISTs, mas como se sabe que o número de doentes nas consultas de ISTs tem vindo a aumentar, estima-se, também, um aumento no grupo dos adolescentes (DGS, 2004).

2.3.2. Gravidez não planeada e interrupção voluntária de gravidez

Também a gravidez não planeada e a interrupção voluntária de gravidez constituem questões problemáticas na adolescência. Apesar de não existirem muitos dados sobre a gravidez na adolescência, assume-se frequentemente, pelo menos nos países industrializados, que a maior parte das gravidezes será não planeada (REPROSTAT – Imamura et al., 2006).

A taxa de gravidez na adolescência tem vindo a diminuir (SIECCAN, 2010). No entanto, segundo a Organização Mundial de Saúde, em termos mundiais, cerca de 15

milhões de adolescentes são mães anualmente (WHO, 2010) e ocorreram 21.6 milhões de IVG em mulheres com idade entre os 15 e os 44 anos em 2008 (WHO, 2011).

Em termos europeus, as taxas de gravidez na adolescência não são elevadas; no entanto, verificaram-se taxas moderadas (entre 40.0 e 69.9 / 1000 adolescentes entre os 15 e os 19 anos) principalmente em países da Europa oriental (Avery & Lazdane, 2010). Apesar de a maior parte dos países não disponibilizar (por diversos motivos, como ausência de sistemas de notificação) taxas de IVG (Avery & Lazdane, 2010), sabe-se que, no grupo abaixo dos 20 anos, estas são mais altas nos países da Europa do norte (WHO, 2011)

Em Portugal, no ano de 2010, 4052 adolescentes entre os 13 e os 19 anos foram mães (INE, 2011) e realizaram-se 2214 IVG em adolescentes com idades entre os 15 e os 19 anos (DGS, 2011).

2.3.3. Prevalência de atividade sexual na adolescência e idade da primeira relação sexual

Os estudos evidenciam que a vida sexual ativa se inicia frequentemente na fase da adolescência (Avery & Lazdane, 2010; WHO, 2011). A idade de início das relações sexuais é considerada um indicador importante em termos de saúde sexual e reprodutiva, uma vez que os adolescentes podem não ter ainda alcançado a maturidade biológica (especialmente preocupante no caso das raparigas), bem como a maturidade emocional e cognitiva necessárias para viverem a experiência da primeira relação sexual (Halpern et al., 2000).

Em termos europeus, a percentagem de adolescentes de 15 anos que afirma ter tido relações sexuais é muito díspar, variando entre 12% na Eslováquia e 38% na Bulgária e na Dinamarca (WHO, 2011); quanto à idade da primeira relação sexual, variava (em 2002) entre 13.5 na Lituânia e 14.6 na Ucrânia (Currie et al., 2004).

Os dados nacionais mais recentes apontam para a idade da primeira relação sexual, em média, aos 14 anos ou mais tarde, sendo que entre os adolescentes de 13 (8.º ano) e 15 anos (10.º ano), cerca de 22% afirmam já ter tido relações sexuais (Matos et al., 2012).

Têm-se constatado diferenças entre os géneros, quer para a prevalência de relações sexuais, quer para a idade da primeira relação sexual: os rapazes mais frequentemente têm relações sexuais do que as raparigas tanto na Europa como em

Portugal (Currie et al., 2012); as raparigas iniciam mais cedo em Portugal, enquanto são os rapazes que iniciam mais cedo na Europa (Currie, Roberts, Morgan, & Smith; 2004).

Num outro estudo efetuado em Portugal com 1101 adolescentes dos ensinos básico e secundário, a maioria referiu ter tido a primeira relação sexual com uma idade média de 15 anos (Martins, 2010).

Já num estudo efetuado por Vilar e Ferreira (2009) com 2621 alunos do 10.º e 12.º anos, cerca de 40% afirmaram já ter tido relações sexuais, tendo a média de idade da primeira relação sexual sido 14 anos para os rapazes e 15 anos para as raparigas.

Alguns estudos mostram que se tem verificado uma tendência para a antecipação da idade da primeira relação sexual, em especial nos países industrializados, e mais frequentemente nos rapazes do que nas raparigas (Avery & Lazdane, 2010; Durex - Global Sex Survey, 2005; Currie et al., 2004).

Nas últimas décadas, tem-se constatado que o número de jovens que inicia a sua atividade sexual antes dos 15 anos é cada vez mais expressiva (Bearinger, Sieving, Ferguson & Sharma, 2007; Glaiser, Gülmzoglu, Schmid, Moreno & Look, 2006). Considerando que o processo de maturação não está ainda completo na adolescência (p.e.), e que os adolescentes têm maior probabilidade de infeção por VIH/SIDA do que os adultos (UNAIDS, 2010), a idade da primeira relação sexual tem sido apontada por diversos organismos como um indicador importante em termos de saúde sexual e reprodutiva (UNAIDS, 2010; Centers for Disease Control and Prevention, 2010; WHO, 2010).

2.3.4. Uso inconsistente do preservativo e da pílula

É comumente aceite que o uso do preservativo é o único método de prevenção do VIH/SIDA entre indivíduos sexualmente ativos. Assim, o uso do preservativo na primeira relação sexual é particularmente relevante pois considera-se que está associado à continuidade do uso do mesmo (Shaffi, Stovel, Davis & Holmes, 2004; Shaffi, Stovel & Holmes, 2007).

Apesar da importância que este dado tem, os estudos raramente se reportam a ele, sendo frequentemente substituído pelo uso do preservativo na última relação sexual. Para além disto, os estudos disponíveis normalmente não se reportam a participantes com idades inferiores a 16 anos, dificultando uma avaliação na população com idades inferiores a 16.

Num estudo americano (Martinez, Copen & Abma, 2011), 73.8% dos adolescentes entre os 15 e os 19 anos usaram preservativo na primeira relação sexual, enquanto no Brasil, a prevalência para jovens dos 16 aos 19 anos foi de 65.2% (Paiva, Calazans, Venturi, Dias & Grupo de Estudos de População, Sexualidade e AIDS, 2008).

Num estudo efetuado em Espanha, país geográfica e culturalmente semelhante a Portugal, verificou-se que 96.2% dos adolescentes de 13 e 14 anos e 97.8% dos adolescentes de 15 e 16 anos reportaram o uso do preservativo na primeira relação sexual (Teva, Bermúdez & Buela-Casal, 2009).

Em Portugal, os estudantes universitários apresentaram uma taxa de utilização de preservativo na primeira relação sexual de 78.3% (Reis, Ramiro & Matos, 2009); e entre os alunos do 10.º e 12.º anos cerca de 97% dos rapazes e 95% das raparigas inquiridas afirmaram tê-lo usado na primeira relação sexual (Vilar & Ferreira, 2009).

Quanto ao uso do preservativo na última relação sexual, em termos internacionais, segundo os dados mais recentes, mais de 60% dos adolescentes da Europa central, ocidental e oriental (Avery & Lazdane, 2010) e dos Estados Unidos (Centers for Disease Control and Prevention, 2010) usaram preservativo na última relação sexual.

Apesar disso, o uso do preservativo ainda é inconsistente (Godeau et al., 2008) pois depende grandemente da eficácia do adolescente a utilizá-lo, da perceção que tem da atitude dos seus pares em relação ao preservativo, e da sua própria assertividade (Baele, Dusseldorp & Maes, 2001; Diiorio et al., 2001; Kirby, van der Sluijs & Currie, 2010; Robin et al., 2004). Na realidade, um número bastante preocupante de adolescentes (cerca de 40%) não usou preservativo na última relação sexual e possivelmente continua a envolver-se em comportamentos de risco (Avery & Lazdane, 2010; Currie et al., 2012; Godeau et al., 2008).

Em termos nacionais, e num estudo com representatividade nacional, 82.5% dos adolescentes de 13 e 15 anos reportaram o uso do preservativo na última relação sexual (Matos et al., 2012). Num outro estudo desenvolvido em Portugal, 78% dos rapazes e 67% das raparigas reportaram o uso do preservativo na última relação sexual (Vilar & Ferreira, 2009).

Em relação à pílula contracetiva, os dados são díspares. Alguns relatórios indicam tratar-se do método contracetivo mais usado nos países desenvolvidos (WHO, 2009).

Na Europa, o seu uso na última relação sexual varia entre 3.5% na Grécia e 58% na Alemanha entre adolescentes de 15 anos (Currie et al., 2012).

Em Portugal, 53.5% dos adolescentes de 13 e 15 anos afirmaram ter usado pílula na última relação sexual (Matos et al., 2012).

2.3.5. Consumo de álcool e drogas associado a comportamentos sexuais de risco

Os estudos associam, também, o consumo de álcool e drogas aos comportamentos sexuais de risco, possivelmente devido à alteração que o álcool provoca nos níveis de racionalidade e na desinibição de quem consome.

Segundo os estudos, esta associação pode ser verificada através de aspetos como: a maior dificuldade que os adolescentes têm em ter práticas de sexo seguro, como a utilização do preservativo; a rejeição de práticas sexuais indesejadas; e a antecipação da idade da primeira relação sexual quando sob o efeito de álcool ou drogas (Kotchick, Shafer, Forehand & Miller, 2001; Madkour et al., 2010).

Eaton e colaboradores (2005) verificaram que uma percentagem superior a 20% de adolescentes americanos do 9º e 11º anos de escolaridade tinha consumido álcool ou droga na sua última relação sexual.

Num estudo nacional, 12.7% dos adolescentes de 13 e 15 anos afirmaram ter tido relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas (Matos et al., 2012). Num outro estudo efetuado em Portugal com 1101 adolescentes dos ensinos básico e secundário, verificou-se que 9.8% referiram ter tido relações sexuais sob o efeito do álcool e 1.6% sob o efeito de drogas (Martins, 2010).

2.4. Educação sexual em meio escolar

Existem diversas noções de ES, pois em função da noção da sexualidade adotada, também a definição (e o conceito) de ES difere. Como o conceito de sexualidade sofre a influência dos padrões culturais específicos da sociedade em que vai ser aplicado, é um espelho da cultura dessa sociedade numa determinada época (Lemos, 2001).

Em 1996, a *Sexuality Information and Education Council of the United States* (SIECUS, 1996) definiu a ES como um processo ao longo da vida de aquisição de informação e formação de atitudes e valores sobre a identidade, relações interpessoais e

intimidade. Envolve o desenvolvimento sexual, a saúde reprodutiva, as relações interpessoais, o afeto, a intimidade, a imagem corporal e os papéis de género. A ES engloba as dimensões biológica, sociocultural, psicológica e espiritual da sexualidade integrando um domínio cognitivo (informação), um domínio afetivo (sentimentos, valores e atitudes) e um domínio comportamental (comunicação, tomada de decisões e outras competências pessoais relevantes).

Em Portugal, e segundo o Grupo de Trabalho de Educação Sexual/Educação para a Saúde, a educação sexual é um processo contínuo e permanente de aprendizagem e socialização que abrange a transmissão de informação e o desenvolvimento de atitudes relacionadas com a sexualidade humana, em todos os domínios que ela compreende, e, portanto, promove atitudes e comportamentos saudáveis (GTES, 2007a; 2007b).

Assim sendo, a ES consiste num processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual. Assume como objetivo fundamental o desenvolvimento de competências nos jovens, de modo a possibilitar-lhes escolhas informadas nos seus comportamentos na área da sexualidade, permitindo que se sintam informados e seguros nas suas opções (GTES, 2005; 2007a; 2007b).

Em Portugal, as orientações da tutela definem a ES como uma “abordagem formal, estruturada, intencional e adequada, de um conjunto de questões relacionadas com a sexualidade humana” (M.E. & M.S, 2000; p. 26).

Pode considerar-se que a ES é tão necessária quanto útil. Assim, por ES entende-se a tarefa de educar os outros, devendo ser reservada, em primeiro lugar, à família e à escola e, em seguida, às instituições. Trata-se de um processo contínuo que não termina nos conhecimentos fornecidos no contexto escolar. Da mesma forma que na escola não se ensinam todos os aspetos da vida, a educação para a sexualidade não poderá ser, nem é, assegurada unicamente pela escola (M.E. & M.S, 2000).

Quanto aos objetivos da ES, vários autores se pronunciaram relativamente aos mesmos. A título exemplificativo, Sánchez (1990) refere que a ES tem como objetivos fornecer informação atual e completa acerca dos aspetos biológicos da sexualidade, procurando substituir crenças infundadas por conhecimentos corretos; promover um diálogo franco em todas as faixas etárias da sociedade sobre temas relacionados com a sexualidade; sentir a sexualidade como uma certeza positiva daquilo que emocionalmente se é, e como fonte de saúde, prazer e ternura.

Segundo a UNESCO, os objetivos da ES são quatro, a saber: aumentar os conhecimentos; compreender sentimentos, valores e atitudes; desenvolver as competências; e promover a adoção e manutenção de comportamentos preventivos (UNESCO, 2009).

Acresce que a ES pretende responder a problemas urgentes de saúde pública. Na sociedade em que vivemos, os jovens têm acesso a informação sobre a sexualidade em fontes várias (por exemplo, através dos *media* ou de amigos...), que nem sempre são revestidas de seriedade. Para além de uma informação parcelar e superficial, crescem problemas com os quais os jovens têm de enfrentar obrigatoriamente, como são as ISTs (em particular o VIH / SIDA), a prevenção da gravidez não desejada e os abusos sexuais. Nesta panóplia de mensagens sem uma lógica coerente e única, é necessário proporcionar uma formação segura sobre esta temática; e essa cabe à família e à escola (Kirby, 2001; Vilar, 2005).

As redes sociais como a família, os pares e os professores desempenham neste ponto um importante papel, positivo ou negativo, dependendo do suporte que são capazes de estabelecer, pois promovem a integração ou o isolamento dos jovens, em termos psicológicos, emocionais e sociais. Assim, para fomentar a prevenção e a promoção da saúde sexual dos jovens, é crucial que pares, pais, professores e *media* sejam sensibilizados para todas estas questões, particularmente a diversidade de modos de sentir e viver a sexualidade, bem como para os comportamentos sexuais de risco (Cortesão, Silva, & Torres, 2005; Lindberg, Santelli & Singh, 2006; Vilar, 2005; Vilar & Ferreira, 2008).

Apesar de ser inquestionável a importância da família na educação sexual das crianças e dos jovens, não é menos inquestionável que ao longo da vida estas se integram em contextos diferenciados, correspondendo cada um desses contextos a vivências também diferentes com canais de comunicação próprios. Por este motivo, são múltiplos os agentes intervenientes na aprendizagem dos temas relacionados com a sexualidade. É neste contexto que a escola se situa, podendo ser um agente privilegiado na educação para a sexualidade e para os afetos, cabendo-lhe ensinar, educando de forma a favorecer o desenvolvimento global dos alunos, fomentando atitudes e valores e incentivando a formação de cidadãos livres, responsáveis, autónomos e respeitadores (GTES, 2007b; Vilar, 2005; Vilar & Ferreira, 2008). A este propósito, coloca-se a questão de a quem cabe a responsabilidade pela ES das crianças e dos jovens,

concluindo-se que esta não é uma tarefa que respeite apenas a uma pessoa, quer sejam, pais, professores, educadores, médicos ou psicólogos, ou a uma entidade, quer seja a família, a escola, o centro de saúde ou qualquer outra associação, mas que este é o dever de *todos* (GTES, 2007b).

Quando se pretende assumir as responsabilidades de lançar uma ampla e permanente campanha de informação em matéria de educação para a sexualidade – integrada num processo mais amplo que tem a ver com a promoção de hábitos saudáveis de vida – não podem ser descurados os vários alvos a quem essa informação se destina: alunos, professores e famílias dos alunos.

Uma vez que as crianças e os adolescentes permanecem um tempo significativo na escola, que é na adolescência que acontecem as primeiras vivências amorosas (FNUAP, 2005), e que é na instituição escolar que existem os recursos humanos e materiais para a concretização da educação (Educação Sexual em Meio Escolar – Linhas Orientadoras, 2000; Reis & Vilar, 2004), entende-se a escola como o lugar privilegiado para a realização da ES.

A escola, devido à sua posição privilegiada, deve promover uma sexualidade saudável nos adolescentes. Neste sentido, urge criar condições que permitam que a formação chegue a todos, crianças e adolescentes, de um modo claro, consistente e sistemático.

2.4.1. A educação sexual em Portugal

Nas últimas três décadas, desde que o estado português garantiu o direito à ES como componente do direito fundamental à educação, através da Lei n.º3/84, que o tema da ES tem sido objeto de discussão, quer na comunidade educativa, quer na opinião pública em geral, estando por diversas vezes o seu avanço ligado a acontecimentos da esfera pública.

Em 1998 a polémica na esfera social em torno das questões da sexualidade aconteceu na sequência da discussão e debate públicos sobre a despenalização da IVG e, mais recentemente, em 2009/2010, na sequência do debate aceso na sociedade civil e na Assembleia da República sobre o casamento entre pessoas do mesmo sexo. Ambas as temáticas levantaram questões ligadas aos Direitos Humanos, à diferença, ao

preconceito e individualidade de cada um, às dimensões da sexualidade e aos valores éticos e morais.

O XVII Governo Constitucional considerou a Educação Sexual uma temática prioritária da sua política educativa, incluindo-a nas múltiplas responsabilidades da escola atual (Despacho n.º 2506/2007). E, tendo em consideração não só “as dificuldades na sua aplicação nas escolas”, mas também “a sensibilidade com que as temáticas em apreço são acolhidas na opinião pública, importa que a definição dos modelos de aplicação e a efetivação de uma ES em meio escolar sejam alicerçadas nas orientações de um conjunto de especialistas nestas matérias.” (Despacho n.º 19737/2005). Assim, seguindo as orientações de um grupo de especialistas (Relatórios Preliminar e de Progresso do GTES, 2005 e 2007b), o Ministério da Educação adotou um conjunto de medidas que visavam a promoção da ES: (a) a revitalização dos currículos das disciplinas que contemplam conteúdos ou competências dessa área; (b) a rentabilização de uma das áreas curriculares não disciplinares do ensino básico para a lecionação da PES – de que a ES faz parte; (c) a obrigatoriedade da abordagem desta temática; (d) a criação de um gabinete de apoio aos alunos do ensino secundário; (e) o reforço do protocolo entre o Ministério da Educação e o da Saúde; (f) a criação de um cargo de professor coordenador da área para dinamizar e zelar pelo cumprimento das orientações; (g) a priorização da PES (e consequentemente da ES) na oferta de formação pelos Centros de Formação; (h) a identificação de conteúdos mínimos a ser desenvolvidos entre o sexto e o nono anos de escolaridade; (i) a criação de uma plataforma virtual em que as escolas partilhem experiências; (j) a avaliação rigorosa dos projetos das escolas; (k) a publicação de referenciais; e (l) a disponibilização de uma bibliografia comentada na área. Durante o período em que foram emanadas estas recomendações, o número de escolas envolvidas neste processo foi aumentando progressivamente, e esperava-se, pelas deliberações ministeriais, que viesse a abranger a totalidade das escolas portuguesas num curto espaço de tempo.

Algumas das opiniões de professores, pais e cidadãos em geral, que vieram a público nos meios de comunicação social nos últimos anos, ainda estão marcadas por alguma falta de informação e algum medo face ao desconhecido. Questiona-se ainda a capacidade que as escolas e os professores têm para realizar uma intervenção de qualidade na área da ES, qual a sua verdadeira capacidade de resposta, quais os meios de que dispõem e qual o teor da informação transmitida. Apesar de tudo isto, reconhece-se

cada vez mais a importância da ES na educação integral dos alunos, assumindo-a como uma componente fundamental da PES em meio escolar (Matos, Sampaio, Baptista & Equipa Aventura Social, 2013). Uma vez que se considera que a ES faz parte da PES e portanto da educação no geral, não se pode secundarizar a importância do papel das escolas e dos professores na atuação ao nível da ES, nem a escola pode fugir das suas responsabilidades na abordagem desta temática, devendo fazê-lo de uma forma estruturada, intencional e adequada (GTES, 2007b).

Em 2009, todas estas questões deveriam ter ficado definitivamente ultrapassadas com o regime de aplicação da ES em contexto escolar, através da Lei n.º60/2009, que acrescentou que a ES devia estar explicitada num projeto de educação sexual de turma, estabeleceu uma carga horária mínima anual (6 horas para o primeiro e segundo ciclos, e 12 horas para o terceiro ciclo e ensino secundário) e alargou a criação do gabinete de apoio ao aluno aos segundo e terceiro ciclos do ensino básico, regulamentando assim todas as questões que ainda eram, de algum modo omissas ou pouco claras, e que possibilitavam a não aplicação da lei geral datada de 1984 por parte de algumas escolas.

No ano letivo de 2011/2012 entrou em funcionamento a reorganização curricular do ensino básico (Decreto-Lei n.º 18/2011 de 2 de fevereiro) e do ensino secundário (Decreto-Lei n.º50/2011 de 8 de abril). Em ambas foi eliminada a Área de Projeto, área aconselhada pelo GTES (2007b) a ser rentabilizada para dinamizar a ES, deixando esta de estar nas prioridades do Ministério da Educação. Neste momento verifica-se um desinvestimento na ES e admite-se que volte a sofrer um retrocesso num futuro próximo. No entanto, a história ensina-nos que este será um momento transitório e que, possivelmente, ultrapassada a crise financeira que o país enfrenta, a ES voltará a emergir.

2.4.4.1. Evolução histórica e legislativa da educação sexual

A ES surge na primeira metade do século XX, mas só ganha ênfase na segunda metade desse século.

Durante as décadas de 60 e 70, a contestação social ligada à intervenção social e política ganhou peso e os temas ligados à sexualidade deixaram de fazer parte da esfera íntima, científica, médica ou religiosa e passaram a ser discutidos pela opinião pública.

Nesta altura, vários temas polémicos foram trazidos para o debate público por movimentos feministas, movimentos juvenis e movimentos homossexuais. A sexualidade deixou assim de ser algo censurado, escondido e obscuro, tal como Frade et al. (2010, p. 18) esclarecem:

“A sexualidade adquiriu um valor próprio. Foi sendo considerada uma componente (e não negativa) da vida do desenvolvimento pessoal, ao longo de toda a vida (e não só a partir de uma certa idade), cujas expressões contribuíram para o bem-estar pessoal e relacional (e não só para a reprodução). Ela invadiu progressivamente os mass media, tornou-se um campo de análise científica e, mais recentemente, deixou de ser somente um tema de exigência social ou de debate ideológico, para se transformar também em objeto das políticas governamentais de Saúde, da Educação, da Juventude e da Igualdade de Género.”

Em Portugal, no início dos anos 70, o sistema educativo português era uma componente do estado corporativo e assumia uma função ideológica de reprodução, visível em muitos aspetos do currículo através dos manuais da disciplina de Moral e Religião Católica. Segundo Vaz et al. (1996, p. 53) até à década de 70 havia um severo controlo para *“evitar o convívio entre rapazes e raparigas nas nossas escolas públicas, as aulas de Moral onde predominantemente era veiculada uma ideologia fortemente repressiva e fóbica em relação à sexualidade, os mapas do corpo mutilados dos órgãos genitais e as tímidas revelações dos comportamentos sexuais das flores, de alguns animais e muito raramente da espécie humana.”*

A situação política e social que se seguiu a 1974 fez com que a temática de ES passasse para segundo plano, assumindo o estado outras prioridades, como democratizar a escolaridade. Durante os dez anos seguintes, até 1984, assistiu-se a muitos debates ideológicos sobre temas da ES, tendo como atores principais a Associação para o Planeamento da Família (APF) e algumas organizações feministas, que centravam os seus debates em torno das questões ligadas à legalização do aborto e à igualdade de direitos entre homens e mulheres. É no decorrer destes debates que surgem algumas propostas legislativas e de atuação na área da ES (Reis & Vilar, 2004).

Dada a necessidade de legislar sobre o planeamento familiar, os partidos políticos acabaram por aprovar uma nova lei que, por consequência, implicou também legislar sobre ES. Surgiu assim, em 1984, a Lei 3/84 de 24 de março, onde o estado garantia o direito à ES, como componente do direito fundamental à educação. No artigo 1.º desta lei encontramos explícito o papel do estado português:

1. O estado garante o direito à educação sexual, como componente do direito fundamental à educação.

2. Incumbe ao estado, para proteção da família, promover, pelos meios necessários, a divulgação dos métodos de planeamento familiar e organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes.

A parte referente à ES nunca veio a ser regulamentada, apesar de se terem criado dois grupos de trabalho com o propósito de elaborar a sua regulamentação. Não obstante, as escolas, a Associação para o Planeamento da Família (APF) e alguns profissionais de saúde foram desenvolvendo atividades no sentido de implementar uma ES para os alunos, contemplando os professores, os pais e os encarregados de educação. Quase um ano depois, através da portaria 52/85 de 26 de janeiro, o Estado regulamentou as consultas de planeamento familiar e centros de atendimentos de adolescentes.

A Associação para o Planeamento da Família assumiu um papel relevante na promoção de atividades de ES em meio escolar, acabando por influenciar a Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE) no seu n.º 2 do artigo 47.º, em que se contemplava a criação de uma nova área educativa denominada “Formação Pessoal e Social”:

“Os planos curriculares do ensino básico incluirão, em todos os ciclos e de forma adequada, uma área de formação pessoal e social que pode ter como componentes a educação ecológica, a educação do consumidor, a educação familiar, a educação sexual, a prevenção de acidentes, a educação para a saúde, a educação para a participação nas instituições, serviços cívicos e outros do mesmo âmbito.”

No início dos anos 90, o Ministério da Educação criou um organismo, seu dependente, chamado Programa de Promoção e Educação para a Saúde (PPES) e ainda o Programa Educação para Todos (PEPT) em parceria com o Ministério da Saúde. O PPES era inicialmente centrado na questão da toxicod dependência mas, posteriormente, integrou a questão da prevenção da SIDA e a ES.

Também no início dos anos 90 foram apresentadas as primeiras propostas de programa de Desenvolvimento Pessoal e Social, elaboradas por equipas do Instituto de Inovação Educacional. Este programa foi implementado, a nível experimental, em cinco Escolas Superiores de Educação e em 1992/1993 foram criados cursos de pós-graduação em Desenvolvimento Pessoal e Social em várias instituições do ensino superior. A formação nesta área passou a ser uma prioridade. No entanto, Vaz et al. (1996, p.61) consideraram que, relativamente aos Programas de Desenvolvimento Pessoal e Social, a formação dos professores não integrou de forma desenvolvida a

componente de educação sexual e que as experiências efetuadas em 19 escolas apenas incluíram atividades de ES de forma pontual.

Em 1995, a APF, ciente de que a área do Desenvolvimento Pessoal e Social não estava a ter o impacto esperado na abordagem da ES, propôs uma parceria com o Ministério da Educação, nomeadamente com o PPES. Esta parceria visava a implementação de um projeto experimental de ES durante três anos letivos. A proposta foi aceite e o projeto foi realizado em cinco escolas entre 1995 e 1998. Este projeto terá sido de fulcral importância para o desenvolvimento futuro da ES em meio escolar porque, segundo Marques et al. (2010, p. 21):

“Mostrou que a educação sexual podia e devia ser desenvolvida pelos professores, desde que devidamente formados e apoiados, e mostrou ainda que os pais não só não se opunham mas podiam colaborar positivamente no processo de educação sexual. Por outro lado, foi uma fonte de saberes sobre as necessidades das crianças e dos jovens nesta temática.”

Com este projeto como base, foi elaborado um documento intitulado “Orientações Técnicas para a Educação Sexual em Meio Escolar”, que visava a generalização do referido projeto a todo o sistema educativo. No ano de 1998, a Direção Geral da Saúde, a propósito das orientações inclusas nos seus programas e projetos referiu que:

“Na sequência dos debates públicos realizados aquando do referendo sobre o aborto, em 1998, e uma vez que foi consensual para todos os sectores da sociedade, o entendimento que o Planeamento Familiar e a Educação Sexual são áreas consideradas de ação prioritária, foi publicado o despacho Ministerial 12782/98, que reforça e regulamenta o cumprimento do DL 3/84 e da portaria 52/85. O conteúdo desse despacho foi posteriormente integrado na Lei 120/99 (11 de Agosto) – “Reforço das garantias em saúde Reprodutiva”. Regulamentada pelo DL 259/2000 (17 de Outubro). Esta legislação contém as orientações de atuação para os serviços – hospitais e centros de saúde – nesta área da Saúde Reprodutiva.” (MS, 2005, p. 38)

Nesse ano, o referendo nacional sobre a interrupção voluntária da gravidez, realizado no mês de junho, trouxe para a opinião pública, novamente, o debate sobre as questões ligadas à sexualidade e à ES, desta vez como uma forma de prevenir e reduzir a gravidez não planeada e, conseqüentemente, o recurso ao aborto. Em outubro, na sequência de todo este debate, foi publicado o Plano Interministerial de Ação em Planeamento Familiar e Educação Sexual. Através deste documento, o Ministério da Educação comprometeu-se a generalizar a ES nas escolas portuguesas nos cinco anos seguintes.

Assim, em 1999, foi promulgada nova legislação no âmbito da ES, a Lei n.º120/99 de 11 de agosto, que pretendeu garantir o direito à saúde reprodutiva, abordando temas tais como a promoção da ES e saúde reprodutiva, a prevenção de ISTs, métodos contraceptivos, planeamento familiar e IVG. Esta lei reforçou a necessidade de se desenvolver um programa de ES nos ensinos básico e secundário. Em outubro de 2000 a Lei foi regulamentada através do Decreto-Lei n.º 259/2000 de 17 de outubro, que estabeleceu que cada escola deveria integrar no seu projeto educativo uma componente de ES, a qual se deveria concretizar nos planos de trabalho de cada turma. Optou-se, deste modo, por uma transversalidade da ES nas escolas e apostou-se no envolvimento de alunos, pais e encarregados de educação, e associações. Foi ainda dado relevo à formação de professores.

Em outubro de 2000 foi lançada pela Secretária de Estado da Educação e Inovação uma nova versão das “Orientações Técnicas”, desta vez denominadas “Linhas Orientadoras da Educação Sexual em Meio Escolar”, documento assinado pelos Ministérios da Educação e da Saúde e pela APF. Este documento incluiu várias orientações relativas à implementação da ES em contexto escolar, e segundo Marques et al. (2010, p.22), este é um documento extremamente importante pois *“clarifica o conceito, o quadro ético de referência e a metodologia da educação sexual e fornece numerosas pistas para o desenvolvimento de programas, para a formação de professores e articulação entre escola e família.”*

Salienta-se ainda o Decreto-Lei 6/2001, que estabeleceu novas áreas curriculares, como a Área de Projeto e a Formação para a Cidadania, constituindo uma oportunidade para cumprir o disposto na Lei de Bases do Sistema Educativo. Até 2002, muitas escolas procederam à integração regular de atividades de ES nos seus projetos educativos, contando sempre com o apoio e colaboração de técnicos da Comissão de Coordenação do Programa de Educação para a Saúde e com a ajuda de materiais e documentos de apoio da APF. No entanto, apesar da transversalidade que o Ministério da Educação pretendia atribuir à ES, esta nunca se integrou realmente, nem de uma forma regular, nos programas educativos das várias disciplinas e áreas curriculares (M.E. & M.S, 2000).

Entre 2002 e 2004, devido à situação política que se viveu, o governo abandonou as políticas de ES, tendo-se verificado que a maioria das escolas interrompeu as suas atividades na área da ES. A Comissão de Coordenação do

Programa de Educação para a Saúde (CCPES) foi extinta e a Rede Nacional de Escolas Promotoras Para a Saúde (RNEPS) interrompeu as suas atividades. O Ministério da Educação optou por delegar em instituições e Organizações Não Governamentais a tarefa da promoção da ES nas escolas, pelo que estabeleceu protocolos com o Movimento de Defesa da Vida e com a Fundação Comunidade Contra a SIDA.

No ano de 2005, a ministra da educação criou um grupo de trabalho denominado GTES – Grupo de Trabalho de Educação Sexual, coordenado pelo Professor Daniel Sampaio, através do Despacho n.º 19 737/2005 de 15 de junho.

O GTES teve como principais funções a organização de um programa de PES com quatro áreas, a organização de gabinetes de saúde, a designação obrigatória de um professor coordenador para a saúde/educação sexual e a celebração de um protocolo entre os Ministérios da Saúde e da Educação. Este grupo foi ainda responsável pela elaboração de uma proposta de conteúdos mínimos para cada uma das quatro áreas (alimentação e atividade física, consumo de substâncias psicoativas, sexualidade e violência em meio escolar) e lançou vários concursos de projetos que abrangeram um grande número de escolas. Promoveu também encontros regionais de intercâmbio de experiências e procedeu a um levantamento do envolvimento das escolas nas políticas da área da saúde e ES (GTES, 2007b).

O Ministério da Educação seguiu as sugestões dadas pelo GTES. Todas as propostas do grupo foram aceites e transformadas em despachos pelo Ministério, nomeadamente através do Despacho n.º 25 995/2005, de 16 de dezembro, que aprovou e reafirmou os princípios orientadores das conclusões dos relatórios no que se referia ao modelo de educação para a PES, e do Despacho n.º 2506/2007, de 20 de fevereiro, que definiu linhas de orientação para o professor coordenador da área temática da saúde.

Em 2009, foi aprovada a Lei 60/2009 de 6 de agosto, que veio estabelecer o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, pressupondo a existência de programas de ES em todos os ciclos de ensino, exceto no ensino pré-escolar, com uma duração mínima de 6 horas no 1.º e 2.º CEB e 12 horas no 3.ºCEB e Ensino Secundário. Para a concretização destes programas ficou estipulado que se daria preferência às áreas curriculares não disciplinares como a Formação Cívica e a Área de Projeto.

Além de ficar estabelecida a concretização curricular da ES, ficou ainda estipulado nesta lei que as escolas deveriam ter uma equipa dinamizadora de um projeto

de PES/ES e gabinetes de educação para a saúde. A Lei 60/2009 veio a ser regulamentada em 2010 pela Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de abril.

A análise dos factos históricos e da sucessiva legislação sobre a matéria corrobora a ideia de Frade et al. (2010, p. 21) de que a ES evoluiu muito e positivamente ao longo dos tempos, especialmente nestas últimas três décadas.

Foram, pois, precisos quase trinta anos para a educação sexual passar de uma mera intenção legislativa (Lei 3/84) para um quadro legal e normativo bastante mais claro, quer em termos dos objetivos e finalidades da ES, quer em termos dos seus conteúdos mínimos, quer ainda na forma como as escolas se deviam organizar para a promover.

No entanto, e como afirmam Marques et al. (2010, p. 24):

“Este quarto de século também nos ensinou que a sexualidade juvenil e, conseqüentemente a educação sexual nas escolas, continuam a ser temas de polémica pública (recordemos o debate recentíssimo sobre a distribuição de preservativos nas escolas ou sobre o carácter obrigatório da educação sexual). A própria educação para a saúde continua, muitas vezes, a ser entendida como uma atividade extra nas escolas e não como uma componente essencial da educação das crianças e dos jovens.”

2.4.2. Modelos de educação sexual

Apesar da conceptualização da sexualidade ser multidimensional, nem sempre a história considerou a sexualidade numa perspetiva dimensional. Tal como referido anteriormente, a ES apresenta um historial proporcionalmente dependente de fatores e acontecimentos históricos. De acordo com esses momentos da história da sociedade, especialmente a portuguesa, a ES apresenta também, conseqüentemente, vários modelos.

Assim, segundo Vaz et al. (1996) podem-se considerar cinco modelos de ES, a saber: modelos impositivos, modelos conservadores, modelos de rutura impositivos, modelos médico-preventivos, e modelos de desenvolvimento pessoal.

Modelos impositivos

São considerados Modelos Impositivos de ES aqueles que, com base em razões de ordem religiosa ou ideológica, têm como objetivo fundamental a veiculação de normas de comportamento sexual rígidas. Nestes modelos, a sexualidade humana é entendida como uma área em que devem ser adotados determinados comportamentos e regras de conduta limitativos das decisões individuais, abrangendo modelos quer de

natureza religiosa, quer aqueles que apontam para normas rígidas de comportamento em binómios como normal/anormal, progressista/conservador ou saudável/patológico.

Modelos conservadores

O modelo conservador aparece ligado ao modelo impositivo pelas normas rígidas que impõe. Este modelo foi dominante na sociedade portuguesa até há bem pouco tempo e caracteriza-se por uma perceção da sexualidade como um impulso intrinsecamente negativo, sendo algo que deve ser controlado. Este modelo justifica a finalidade da sexualidade como sendo meramente reprodutiva, ou seja, limitada aos casais férteis, casados e com o objetivo de se reproduzirem. Toda e qualquer expressão sexual fora deste contexto deve ser controlada. O objetivo de um modelo de educação sexual conservador é impedir comportamentos sexuais que não estejam relacionados com a reprodução, como por exemplo a masturbação e a homossexualidade. Pretende, igualmente, impedir que os comportamentos sexuais destinados à procriação apenas aconteçam depois do casamento e só se destinem à procriação, não tendo outras finalidades, como o prazer.

Atualmente existem organizações confessionais/religiosas que ainda defendem e proclamam este modelo de ES, apesar de ao longo dos anos terem cedido em algumas das suas rígidas conceções, tais como a utilização de alguns métodos contraceptivos ou a aceitação de uma relação amorosa e de prazer ligada à sexualidade, tal como nos referem Frade et al. (2010, p. 16):

“Ainda hoje, embora aceitando parcialmente o valor da sexualidade, algumas organizações confessionais defendem esta perspectiva para a educação sexual. Trata-se fundamentalmente de discutir a sexualidade com o objetivo de a adiar, novamente, para depois do casamento. É uma perspectiva que olha com desconfiança as manifestações sexuais dos jovens e se situa contraditoriamente entre o já não querer desqualificar a sexualidade humana mas, simultaneamente, continuar a desejar regulá-la e limitá-la nas normas e padrões de comportamento tradicionais.”

O modelo conservador não será, portanto, o modelo mais atual e o que mais vá ao encontro das necessidades da sociedade de hoje e da ES em contexto escolar.

Modelos de rutura impositivos

Os modelos de rutura impositivos aparecem no seguimento dos movimentos sociais de contestação que procuravam associar uma revolução social a uma revolução sexual. Exemplo disso são os movimentos dos anos trinta, nos quais se salientam personalidades como Wilhelm Reich, ou os movimentos estudantis e feministas dos

anos sessenta e setenta. Estes movimentos sociais vieram trazer uma dimensão crítica à moral sexual tradicional, que valorizava a sexualidade masculina em detrimento da feminina e oprimia a homossexualidade. Na sociedade portuguesa estes movimentos não foram muito expressivos mas foram impulsionadores de uma mudança nas atitudes face à sexualidade, provocando a criação de novas políticas de saúde e educativas, como acima já foi referido. Por estar associado à suposta existência de uma moral sexual repressiva, e dada a realidade existente, este modelo é hoje pouco significativo.

Modelos médico-preventivos

Os modelos médico-preventivos estão associados às instituições e aos profissionais de saúde. Com o aparecimento de epidemias de doenças sexualmente transmissíveis no pós-guerra (2ª Guerra Mundial) e com a propagação da SIDA nos anos oitenta, tornou-se imperativo um planeamento familiar, fornecendo informação e educando sexualmente os cidadãos, como meio de prevenção quer de doenças, quer de gestações indesejadas. Surge, assim, este modelo médico-preventivo com o objetivo de facultar conhecimentos sobre anatomia e fisiologia da reprodução, sobre as doenças sexualmente transmissíveis e sobre os métodos contraceptivos.

Este é o modelo que ainda hoje podemos encontrar associado às intervenções de algumas instituições de saúde nas escolas e aos programas de Ciências Naturais e Biologia, o que, apesar de necessário, é insuficiente no quadro de uma educação para a sexualidade, tal como constata Vaz et al. (1996, p. 41): *“Embora de utilidade evidente, este modelo não aborda as componentes emocionais e relacionais da sexualidade e, muitas vezes, os professores são confrontados com as necessidades de informação e de formação dos jovens nestas matérias.”*

Embora de utilidade evidente, "este modelo não aborda as componentes emocionais e relacionais da sexualidade e, muitas vezes, os professores são confrontados com as necessidades de informação e de formação dos jovens nestas matérias" (Marques, 2002, p.25).

Modelos de desenvolvimento pessoal

O modelo de desenvolvimento pessoal integrou o modelo médico-preventivo com outros conceitos da sexualidade humana. Deste modo, iniciou-se um conjunto de projetos relacionados com a sexualidade e a ES e, inevitavelmente, o conceito de ES transformou-se. O modelo de desenvolvimento pessoal, ou também denominado de

modelo de “desenvolvimento pessoal e social” por Vaz et al. (1996, p.45), integra as várias dimensões da sexualidade, referidas por Frade et al. (2010) e López e Fuertes (1999) e pressupõe um conceito de ES que aborda questões tais como o corpo (anatomia e fisiologia da sexualidade e da reprodução), os comportamentos sexuais, a orientação sexual, a sexualidade ao longo da vida, a sexualidade nas relações afetivas, a discussão e clarificação de valores e atitudes face à sexualidade, aspetos sociais da sexualidade (leis, abuso sexual, exploração sexual, entre outros), complicações, dificuldades e doenças relacionadas com a sexualidade, formas de prevenção e apoios existentes.

Na perspetiva de Vaz et al. (1996, p.45), este será o modelo mais adequado aos dias de hoje numa abordagem de ES em contexto escolar, tendo sempre em conta que a ES é um processo contínuo, que deve promover o debate e a escolha crítica, primar pela flexibilidade dos conteúdos e promover a autonomia.

Apesar de se perspetivar para as escolas portuguesas um modelo de ES centrado no desenvolvimento pessoal e social do indivíduo, a interpretação da sexualidade que cada um tem depende das suas vivências e experiências pessoais. De acordo com Vaz et al. (1996, p.15) a perspetiva da sexualidade que cada indivíduo tem coincide muitas vezes com o modelo de sexualidade dominante. E, segundo estes autores, a perspetiva de sexualidade dominante em Portugal era, em 1996, uma perspetiva de carácter tradicional que incluía uma visão reprodutiva da sexualidade, uma visão genital, heterossexual, masculina e do adulto. No entanto, acredita-se que esta perspetiva está em declínio na sociedade portuguesa atual, que muito evoluiu desde os anos noventa até hoje. Provas cabais dessa evolução são a legislação promulgada nestes últimos vinte anos, em que se inclui a legislação sobre a IVG, a legislação sobre o casamento entre pessoas do mesmo sexo ou a legislação sobre a ES em contexto escolar.

A maneira como os indivíduos percecionam a sua sexualidade e a dos outros, quer coincida ou não com o modelo dominante da sociedade onde se insere, depende de vários fatores e agentes, não só do contributo da ES em contexto formal nos estabelecimentos escolares mas, também, daquela adquirida socialmente, mais concretamente no seio da família e nos grupos de amigos. E, porque a sexualidade começa no nascimento e acontece ao longo de todas as etapas da vida, o processo de ES adquire várias formas, conforme ocorra num espaço formal, como a escola, ou informal, como o espaço familiar ou social (Nunes, 2005; Ribeiro, 2006).

Posteriormente, outro modelo – o modelo aberto, profissional e democrático - ganhou importância devido, não só à ineficácia dos modelos anteriores no desenvolvimento humano, mas também porque assenta nas potencialidades e interesses dos indivíduos.

Modelo aberto, profissional e democrático

Sánchez (2002) defende o modelo aberto, profissional e democrático, que não instrumentaliza a ES numa direção moral ou política, apontando ao invés para o desenvolvimento de uma literacia de saúde sexual crítica e para a aprendizagem e construção da sexualidade orientada para a ação e a participação de todos. Vilar (2003) propõe uma nova designação para o modelo que percebe como erotofílico, democrático e participativo, designando-o como modelo holístico. Escolhe esses atributos porque entende que este modelo deve estimular a aceitação e manifestações da sexualidade num quadro ético aberto, de valores humanistas, pluralista, e simultaneamente adequado às necessidades e características (género, idade, ano de ensino, etc.) do grupo específico a quem se dirige, garantindo a participação efetiva de todos, ao invés de se basear em aulas teóricas lecionadas por um professor ou um técnico de saúde.

2.4.3. Modelo teórico explicativo da adoção de comportamentos preventivos

Considerando que (1) uma das partes da ES se prende com a promoção de comportamentos sexuais saudáveis, (2) que segundo vários autores (Kirby, Laris, Lori & Rolleri, 2007) uma das características dos programas de ES mais eficazes é basear-se num modelo teórico explicativo, e que (3) o MIMAC (Modelo de Informação – Motivação e Aptidões Comportamentais, Fisher & Fisher, 1992) tem comprovadamente sido mais eficaz na área dos comportamentos sexuais seguros (Reis, Ramiro, Matos & Dinis, 2011), analisados os vários modelos teóricos com aplicabilidade em programas de promoção de saúde, a adoção do MIMAC parece ser uma opção fundamentada para explicar os comportamentos dos adolescentes portugueses.

Existem várias intervenções de carácter preventivo acerca da infeção por VIH. No entanto, a maior parte não é centrada num modelo, limitando-se à transmissão de conhecimento e não investindo no treino da motivação e das competências pessoais e sociais, não tendo conseqüentemente um impacto efetivo nos comportamentos dos

jovens. Assim, é importante implementar intervenções que assentem em teorias que tenham comprovadamente demonstrado resultados significativos em termos de redução de frequência de comportamentos de risco nos jovens (Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith & Todd, 2000), ao invés de se adotar um modelo mais generalista que pretenda explicar os comportamentos de saúde em geral.

Segundo os autores referidos anteriormente, o MIMAC é o melhor modelo, pois reúne todas as variáveis que se revelaram eficazes nos outros modelos (Teoria da Ação Racional, Modelo de Crenças de Saúde e Teoria da Autoeficácia). Trata-se de um modelo específico para comportamentos sexuais, e é aquele que explica maior número de variáveis envolvidas nos comportamentos sexuais. O modelo postula que para adotar um comportamento preventivo, os adolescentes (neste caso) têm de possuir informação (conhecimento), motivação para a mudança (atitudes, normas subjetivas e intenções comportamentais) e aptidões comportamentais.

De acordo com a literatura, se os jovens tiverem informação e motivação acerca dos comportamentos sexuais preventivos, poderão ser capazes de alterar as suas atitudes e, conseqüentemente, os seus comportamentos (Belo, & Silva, 2004; Synovitz, Herbert, Kelley, & Carlson, 2002).

Deste modo, identificam-se as variáveis psicológicas de processo que possam mediar o percurso entre a exposição à informação de educação sexual e a mudança de comportamentos (em comportamentos sexuais seguros). Acresce que, ao longo dos anos, o modelo MIMAC foi validado com diversas populações, sendo uma delas a dos jovens (Bandura, 1989).

2.4.4. Tipos de educação sexual

De acordo com a literatura (Chagas, 1993; Nunes, 2005; Ribeiro, 2006; Vilar, 1987), pode-se considerar a existência de três tipos distintos de ES: a ES formal, a ES não formal e a ES informal.

A ES formal baseia-se em processos estruturados, intencionais e formais de educação no âmbito da sexualidade, desenvolvidos num contexto formal e escolar. Caracteriza-se pela sua formalidade e intencionalidade, o que pressupõe a existência de um currículo explícito, estando, portanto, associada ao professor e a contextos curriculares. A ES pode, ocasionalmente, apresentar um caráter não intencional,

quando, por exemplo, é realizada pelas auxiliares de ação educativa, nos recreios dos alunos. Este tipo de ES é não formal, tem um currículo flexível e pode ser também intencional e estruturada, ainda que com um carácter menos formal. Não é, normalmente, associada a contextos curriculares e é veiculada por agentes que não o professor, como técnicos de saúde ou outros profissionais que atuem em contexto escolar. É também considerada ES não formal aquela que é feita através dos *mass media* ou realizada pelas Organizações Não Governamentais.

Em qualquer dos casos, formal ou não formal, estes dois tipos de ES são sempre desenvolvidos por profissionais, sendo os professores os agentes privilegiados. Segundo Marques et al. (2010, p.14), ES formal e não formal são indissociáveis. Para estes autores ambas as formas de ES aparecem diluídas em contexto escolar, ocorrendo simultaneamente e sem que o educador ou agente educativo consiga separá-las inequivocamente.

“Estas duas formas de educação sexual (formal e não formal) são, quanto à sua natureza, facilmente distinguíveis, mas não é viável separá-las quando nos focalizamos na segunda. (...) Dada a complexidade e riqueza da comunicação humana, é inevitável que, para além das intenções do educador e dos temas incluídos na sua intervenção profissional, se manifestem – de modo mais ou menos explícito – os seus juízos, as suas atitudes e os seus valores, os quais serão considerados por aqueles com quem desenvolve as atividades e produzirão sempre impacto nas suas avaliações e nas suas aprendizagens.”

Ambos os processos apelam à consciencialização da aprendizagem e por isso também se podem denominar como ES intencional (Vaz et al., 1996). A ES formal assume o contexto escola e o agente professor como meios educativos por excelência e a ES não formal viabiliza a educação intencional através de agentes alternativos.

De acordo com a Lei 60/2009 de 6 de agosto, a ES formal e intencional está integrada no currículo escolar, do 1.º ciclo do ensino básico até ao ensino secundário, tem uma carga letiva prevista, de acordo com o ciclo de ensino, pressupõe determinados conteúdos mínimos a serem desenvolvidos e deve assumir um carácter interdisciplinar.

Desta forma, a ES formal assume um carácter natural e democrático, abrangendo todas as crianças e adolescentes do ensino básico e secundário e seguindo um modelo coerente, articulado e sequencial ao longo dos anos de escolaridade.

Por sua vez, a ES informal refere-se ao processo de aprendizagem da sexualidade que ocorre nas experiências e nas vivências dos indivíduos,

proporcionadas nos diversos contextos sociais e perpetuadas por figuras significativas, tais como a família ou os amigos/colegas. Pode ter um caráter intencional ou não intencional. No caso dos pais, a ES é muitas vezes intencional e realiza-se de acordo com as crenças e ideais familiares.

Este tipo de ES ocorre de uma forma espontânea e não consciencializada, ao contrário da ES formal. É também considerada um processo, que ocorre durante toda a vida do indivíduo e durante todas as suas etapas do desenvolvimento e da sua sexualidade. É denominada por Vaz et al. (1996, p.17) por ES incidental.

Uma ES informal é caracterizada pela influência dos modelos que fazem parte do espaço social do indivíduo, quer seja veiculada pelos pais, irmãos, amigos ou pela comunicação social.

Esta aprendizagem baseada na observação e imitação do comportamento de outros, tidos como modelos pelo observador, é uma característica no processo de ES informal. Vaz et al. (1996, p.18) destacam vários modelos possíveis de se encontrar num processo de ES informal. São eles: (a) modelos reais, como por exemplo os pais e os amigos/colegas; (b) modelos intermediários, como por exemplo os jogos, as roupas e as posturas; (c) modelos simbólicos, como por exemplo a televisão e o cinema; e (d) modelos exemplares, como é o caso de figuras públicas cuja sexualidade é objeto de especial atenção dos *media*.

De todos estes modelos, os reais, nomeadamente os pais, são, sem dúvida, os mais importantes. É com os pais que, em geral, se estabelecem vínculos afetivos fortes e que são, desde o nascimento, figuras de referência e de identificação. Os pais são essenciais no processo de formação da identidade sexual e de papel do género.

Apesar de os pais serem os mais importantes no processo de desenvolvimento de uma criança, os amigos ou outros adultos são também uma fonte de influência. Se, por um lado, os pais são considerados como modelos de referência no que se refere à imitação de comportamentos, os amigos são considerados a fonte de informação (Kirby, 2001). Por serem da mesma faixa etária, por terem os mesmos interesses e por serem, ou não, similares no género sexual, os amigos constituem modelos sexuais reais. Nesta ligação com os pares, os modelos intermediários supracitados são extremamente relevantes, ou seja, o código do vestuário, das posturas, das atitudes, dos jogos e brincadeiras favorecem o processo de identificação da criança.

Neste processo de ES informal entre pares existem fatores positivos e negativos. Relativamente aos fatores positivos, apontam-se as experiências comuns e variadas que permitem testar referências e comportamentos adquiridos por imitação. Quanto aos fatores negativos, destaca-se a qualidade, muitas vezes questionável, das informações transmitidas. Na maior parte dos casos, as informações transmitidas entre adolescentes relativamente à sexualidade são imprecisas (Ramiro, 2006).

Finalmente, neste processo informal de ES, salienta-se a atuação dos *mass media*. A televisão, o cinema, a música e principalmente a *internet* são fontes de informação muito influentes, em especial tendo em conta que cerca de 50% dos jovens portugueses de 6.º, 8.º e 10.º anos referem utilizar o computador entre uma a três horas, quer durante a semana, quer ao fim-de-semana (Matos et al., 2012). Assim, estes meios de comunicação funcionam como uma das primeiras fontes de experiência de modelagem, para além das figuras reais como a família ou os pares.

De acordo com Vaz et al. (1996, p.20), a ES informal tem um importante papel sobre a ES formal, pois:

“A ES informal insinua-se muitas vezes ao nível dos aspectos não verbais, que dão forma aos conteúdos programáticos, por exemplo, numa ilustração de um texto sobre os papéis de género (aprendizagem intencional) que represente a família, com um pai, uma mãe, um filho e uma filha, promove um determinado conceito de família em detrimento de outro tipo de composições familiares e actualmente significativos (aprendizagem incidental).”

Desta forma, é essencial que a família e a escola trabalhem em parceria, discutam o tema e troquem informações. É importante que a escola crie, se necessário, sessões de esclarecimento para pais e encarregados de educação, alertando-os para os perigos da exposição excessiva aos *mass media* em determinadas idades, dos perigos e consequências de informações distorcidas e incorretas e das consequências da veiculação de comportamentos incorretos, carregados de simbolismo e valores que serão para a criança um modelo a seguir.

2.4.5. O papel dos órgãos de gestão na promoção da educação para a saúde e na educação sexual

É comumente aceite que os órgãos de gestão e a direção das escolas são os principais responsáveis pela gestão dos currículos e pela adaptação dos mesmos ao Projeto Educativo da escola.

Acresce que os órgãos de gestão são os primeiros a influenciar o clima da escola, e este não se limita ao clima social mas, principalmente, a um clima de saúde positiva, numa perspetiva ecológica, compreendendo-se a influência que a adesão dos órgãos de gestão à PES e à ES pode ter (Samdal & Rowling, 2013).

Para a International Union for Health Promotion and Education (2008), conseguir mobilizar o apoio do órgão de gestão é o segundo passo facilitador (num total de dez) de um desenvolvimento de sucesso da PES a nível escolar.

A UNESCO, no documento que pretendia elencar os fatores que impulsionam o sucesso na ES (UNESCO, 2010), também reconhece a importância da adesão dos diretores, para além da dos professores e comunidade.

O GTES, reconhecendo igualmente essa importância, mobilizou o Ministério da Educação a convocar o órgão de gestão (entenda-se conselho executivo ou o diretor da escola), juntamente com os professores diretamente envolvidos em práticas de ES das escolas, para reuniões a nível regional, com o objetivo de fomentar a adesão de ambos à causa da PES e da ES (Matos, Sampaio, Baptista & Equipa Aventura Social, 2013). Consideraram esta estratégia como crucial para a implementação e sustentabilidade da ES, pois, ancorando o envolvimento do órgão de gestão à PES e à ES, garantiam a possibilidade de esta se tornar exequível num primeiro nível.

Outros autores identificam a adesão do órgão de gestão à ES como a primeira condição de sucesso da mesma, pois na ausência desta não estão criadas as condições necessárias para que a ES seja implementada (Buston, Wight, Hart & Scott, 2002; Zapiain, 2003).

2.4.6. O papel dos professores na promoção da educação para a saúde e na educação sexual

São vários os autores que apontam o professor como agente fundamental na implementação e sucesso da PES e da ES. Segundo eles (Anastácio, Raposo & Carvalho, 2001; Sampaio, 1990), para garantir o sucesso da ES, é necessário promover a adesão dos professores. A adesão, por sua vez, depende de vários fatores, como são as atitudes face à sexualidade em geral, é à sexualidade na adolescência; a importância que atribuem à ES (e à PES); a perceção que têm do apoio da comunidade; o conforto para abordar o tema; e a formação específica na área.

De um modo geral, quanto mais positiva é a atitude dos professores em relação à sexualidade, mais importância atribuirão ao tema e mais empenho e motivação terão, tanto no seu ensino, como na procura de mais conhecimento sobre matérias da sexualidade. Como afirma Dilys Went (1985, citado por APF, 2000), para desenvolver ações de ES é desejável que o professor se preocupe genuinamente com o bem-estar físico e psicológico dos jovens, que aceite e respeite a sua sexualidade e a dos outros, que procure o envolvimento dos pais, encarregados de educação e outros profissionais, especialmente quando reconheça que há situações em que não domina a informação que necessita transmitir.

Como referido por Ramiro, Matos e Vilar (2008), também a perceção que o professor tem das atitudes e importância que os alunos, pais e comunidade em geral atribuem à educação sexual, ou seja, o apoio percebido da comunidade, vai influenciar a sua postura em relação à ES. Por isso, é importante que a comunidade, os alunos e os pais estejam sensibilizados para a importância da ES nas escolas e sejam cooperantes com o trabalho do professor, pois quando esse apoio é percebido pelo professor, o seu empenho e motivação para lecionar ES é maior.

O conforto na lecionação de temas relacionados com a ES é também uma variável que pode afetar a forma como o professor faz chegar a informação ao aluno. Reis e Vilar (2004) encontraram uma relação positiva entre o conforto e as atitudes, ou seja, como afirma Lemos (2002) “aconselha-se que a educação sexual seja lecionada (...) por aqueles docentes que efetivamente se sintam bem com ela” e, por isso, os temas sentidos como mais desconfortáveis para o professor serão os temas menos abordados e poderão influenciar a forma como são transmitidos (Reis & Vilar, 2004).

Para uma lecionação mais consistente da educação sexual em meio escolar, os professores devem receber formação e treino, assim como terem abertura para o tema e elevada motivação para o seu ensino (WHO, 2010).

O Ministério da Educação português afirma que não é necessário ser especialista, mas que é crucial ser um “profissional devidamente informado sobre a sexualidade humana”. Alerta, ainda, para a necessidade de este refletir, enquanto educador, sobre a sexualidade humana (M.E. & M.S, 2000; p.40).

O conhecimento está dependente não só da formação inicial ou académica na área, ou da formação complementar, mas também da formação pessoal do professor, adquirida através das suas vivências. Por reconhecer a importância dos professores no

sucesso da ES (e da PES), o GTES (2007b) propôs três medidas que proporcionassem aos professores os conhecimentos e as competências necessárias para se envolverem efetivamente na ES, a saber, inclusão da área da PES (e da ES) nos planos de formação contínua dos professores e nos currículos dos cursos de via ensino, e a criação de especializações através de cursos de mestrado e doutoramento na área (Matos, Sampaio, Baptista & Equipa Aventura Social, 2013).

Também, segundo diversos autores, o professor que dinamiza PES e ES em meio escolar deve possuir competências e qualidades profissionais específicas, como boa capacidade de comunicação, confiança e abertura (segundo Yarber & McCabe, 1981), estar atento aos problemas e necessidades dos alunos, respeitar a opinião destes, (Milton et al., 2001) e conseguir promover uma relação positiva e significativa com os alunos (Health Canada, 1994; Milton et al., 2001); no entanto, estas características são as que qualquer professor deve ter para ser um bom profissional, independentemente do programa que vai lecionar.

2.4.7. Avaliação da educação sexual e suas vantagens

Na sequência da gravidade das taxas mundiais de VIH /SIDA entre os jovens, a UNESCO criou um grupo consultivo na área da ES, o Global Advisory Group on Sexuality Education, que estabeleceu como áreas prioritárias da ES: a identificação de normas e padrões internacionais de ES, a documentação das boas práticas, a análise de custos e da relação custo-efeito dos programas de ES, e a avaliação das implicações da disseminação da ES de qualidade.

Para dar resposta às áreas prioritárias, em 2009, a UNESCO, em parceria com a UNAIDS, a UNFPA, a UNICEF e a OMS, produziu o manual de “Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade – uma abordagem baseada em evidências para escolas, professores e educadores em saúde” (volumes 1 e 2) (UNESCO, 2009) com os objetivos de estabelecer as normas internacionais sobre ES e fazer um registo de boas práticas de ES.

Assim, o primeiro volume é dedicado às razões a favor da ES em sexualidade e o segundo à identificação dos tópicos e objetivos de aprendizagem. Este manual aborda questões importantes como os objetivos e os efeitos comprovados da ES.

Relativamente aos efeitos ou impactos comprovados da ES, apresentou: a) a redução da informação incorreta, b) o aumento da informação correta, c) a promoção de

valores e atitudes positivas, d) o desenvolvimento de competências de tomada de decisão responsável e adoção de comportamentos em conformidade com as decisões, e) o aumento do espírito crítico relativamente aos pares e às normas sociais, f) a melhoria da comunicação com os pais e outros adultos de referência, g) a abstinência ou adiamento da idade da primeira relação sexual, h) a redução do número de parceiros sexuais, e i) o aumento de relações sexuais com recurso ao uso de métodos contraceptivos e do preservativo.

Em 2010, a UNESCO publicou um segundo documento de valor crucial para a ES em meio escolar, “Fatores que Impulsionam o Sucesso – Estudo de casos de programas nacionais de educação sexual” (UNESCO, 2010), que pretendeu descrever as condições e ações consideradas propícias à criação e implementação de programas de educação sexual.

O documento central para a avaliação da ES foi publicado em 2011: “Programas de Educação Sexual na escola – Análise de custos e da relação custo – efeito em seis países” com o objetivo de analisar o custo e a relação custo-efeito dos programas de ES. O custo foi determinado com base no custo anual de ES de qualidade por aluno e por hora de aula. A relação custo-efeito da ES de qualidade foi determinada com base no custo evitado por caso de VIH, IST e gravidez indesejada prevenidos devido à implementação da ES de qualidade (UNESCO, 2011).

Importa identificar e comentar algumas das muitas dificuldades que se levantaram em termos de avaliação do impacto no estudo referido: primeiro constatou-se uma grande dificuldade metodológica de mensuração dos comportamentos sexuais; e, segundo, é difícil estabelecer qual o número de casos evitados devido, única e exclusivamente, à ES de boa qualidade. Acresce que também é possível constatar que só os comportamentos sexuais são (com mais ou menos dificuldade) avaliados, ou seja, não parece que tenham estabelecido indicadores para os objetivos relacionados com a informação, atitudes, competências, etc., que constituem uma parte não menos importante da ES, apesar de não ter custos aparentes em termos de saúde pública.

No entanto, isto não invalida que esta avaliação (apesar das limitações que evidencia) não tenha contemplado os impactos da ES, concluindo que os programas holísticos de ES têm grande eficácia, uma boa relação custo-efeito e reduzem os custos, apesar destas vantagens estarem relacionadas com o contexto da implementação e determinadas características do programa, como este ser implementado numa dinâmica

curricular, ser abrangente, nacional e desenvolvido em cooperação com serviços sensíveis às necessidades dos jovens.

Concluindo, é crucial compreender que, apesar das condições privilegiadas que os investigadores tiveram para proceder à avaliação, avaliar o impacto da ES é difícil, pelo que estes propõem que o estudo que apresentam seja considerado exploratório.

2.4.8. Impacto da educação sexual em meio escolar nos comportamentos, conhecimentos e atitudes

Os efeitos da ES em contexto escolar foram amplamente estudados por Kirby, Laris e Rolleri (2007). Esta meta-análise incluiu 83 estudos (de várias países do mundo) e pretendeu avaliar o impacto da ES nos comportamentos sexuais e nos conhecimentos e atitudes, entre outros, dos adolescentes e adultos jovens.

Relativamente aos comportamentos sexuais, os resultados mostraram um impacto positivo (entenda-se protetor) dos programas de ES avaliados: 42% atrasaram significativamente o início da primeira relação sexual em pelo menos 6 meses; 48% aumentaram o uso do preservativo; e 40% aumentaram o uso de contraceção no geral.

No que diz respeito ao nível de conhecimentos e às atitudes dos jovens, os resultados indicaram um impacto positivo dos programas de ES ainda mais expressivo: 90% aumentaram o conhecimento acerca dos meios de transmissão do VIH/SIDA; 100% desenvolveram atitudes mais positivas em relação aos portadores de VIH/SIDA; e 64% melhoraram as atitudes face ao preservativo. Verificaram, ainda, entre outras melhorias, que cerca de dois terços dos programas avaliados melhoraram a autoeficácia e a intenção do uso do preservativo e a comunicação com pais ou outros adultos sobre relações sexuais, preservativos e contraceção; e mais de metade melhorou a autoeficácia para recusar ter relações sexuais não desejadas. No entanto, nenhum dos 3 programas que pretendia reduzir o consumo de álcool ou drogas antes das relações sexuais teve qualquer impacto comprovado nesse comportamento de risco.

Segundo os investigadores dessa meta-análise (Kirby, Laris & Rolleri; 2007), uma das características dos programas que demonstrou um impacto positivo foi o programa estar assente numa teoria suportada em investigação empírica. Dez por cento dos programas investigados de ES em meio escolar tinham como teoria de base o modelo MIMAC.

No geral, esta investigação concluiu que a ES em meio escolar teve um impacto positivo nos comportamentos, conhecimentos e atitudes e, não menos importante, que não produziu quaisquer efeitos negativos. Um outro aspeto interessante que esta investigação verificou foi que os efeitos da ES em meio escolar estavam garantidos, mesmo quando os programas de sucesso eram replicados em comunidades com características diferentes, apesar de reconhecer a importância destes serem adaptados à população alvo. Não foi possível atestar o efeito da ES em meio escolar nas prevalências de gravidez na adolescência ou jovens adultos, bem como nas prevalências de IVG, VIH/SIDA ou ISTs, provavelmente, segundo os investigadores, devido ao curto espaço de tempo decorrido entre a implementação dos programas e a avaliação dos mesmos.

Quanto à influência da ES no consumo de álcool ou drogas associado a comportamentos sexuais em particular, uma investigação envolvendo adolescentes de 4 países europeus e dos Estados Unidos verificou um efeito positivo da variável que avaliava uma ligação forte à escola na redução de comportamentos sexuais sob o efeito de álcool ou drogas (Madkour et al., 2010).

Apesar das grandes dificuldades que se colocam à avaliação de programas de ES, vários investigadores têm tentado fazê-lo, mesmo que de um modo bastante incompleto, limitando a avaliação apenas relativamente a alguns dos efeitos pretendidos.

Mueller, Gavin e Kulkarni (2008) tentaram atestar o impacto da ES, demonstrando por exemplo que os adolescentes que tiveram ES em meio escolar mais frequentemente afirmaram estar a tomar pílula contraceptiva aquando da primeira relação sexual e menos frequentemente reportaram gravidez não planeada.

Em Portugal, segundo o estudo mais abrangente relativamente ao impacto da ES em meio escolar (Vilar & Ferreira, 2008), e já anteriormente referido, os alunos com mais conhecimentos acerca dos temas da sexualidade (variável que determinou um melhor nível de ES) revelaram mais comportamentos preventivos e maior capacidade de pedir ajuda, quando necessário. Acresce que este estudo não se limitou a avaliar os efeitos da ES em questões preventivas, tendo avaliado, inclusive, a influência desta na vivência da sexualidade, verificando que os alunos com melhor nível de ES em meio escolar também reportaram uma vivência mais gratificante da sexualidade. Este último aspeto, para além de ser mais difícil de avaliar, é de extrema importância uma vez que a

ES não se deve limitar à abordagem preventiva, devendo ser igualmente importante a promoção de uma sexualidade gratificante.

2.4.9. Apontamento final

Desde a amplitude do conceito de educação sexual, passando pelos diferentes modelos em que esta pode ser concretizada até às diferentes formas de realizar uma educação para a sexualidade, verifica-se o quão complexas são as questões ligadas à sexualidade. Por outro lado, também se observa através do enquadramento histórico - legislativo da ES, numa dimensão sociopolítica, que este tema tem sido polémico ao longo de décadas e a sua controvérsia ocorre nas várias dimensões, biológica, psicossocial e ética. O motivo pelo qual se justifica esta controvérsia prende-se com a vertente valorativa da sexualidade, pois esta está subjacente a todas as suas dimensões porquanto cada indivíduo existe numa família, numa pequena comunidade, num país, num continente mas também numa sociedade global e multicultural e é entre todos estes níveis que forma o seu código de valores, pessoal e intransmissível (Sampaio, 1987, p.24). Segundo Lawrence Klein (1971 citado por Sampaio, 1987, p. 24), são três as áreas de divergência em relação à ES: o entendimento da natureza da sexualidade humana, a questão da autoridade da escola para ensinar ES, e os valores morais em ES.

Os estudos científicos sobre ES em Portugal têm sido desenvolvidos em diferentes áreas do saber, como a educação, a psicologia e a sexologia. No entanto, são unânimes em admitir uma urgente necessidade de se concentrarem esforços na formação inicial e contínua dos professores na área de ES.

Apesar de ser um tema atual, que provoca debate e discussão na esfera social, política e educativa, e não obstante da recente legislação ter reiterado o fator obrigatoriedade e de hoje, ano de 2013, se ter uma visão mais alargada e uma abordagem multidimensional da ES, esta continua a ser muito controversa, pois, como Nunes (2005, p. 8-9) assinala: “a educação sexual, no seu sentido mais profundo, não é uma mera questão técnica, mas sim uma questão social, estrutural, histórica. [...] Todos nós estamos submetidos a uma educação sexual desde que nascemos, e hoje mais do que nunca.”

Capítulo 3 - Metodologia

Neste capítulo abordaram-se os aspetos metodológicos gerais, comuns aos estudos apresentados. Inicialmente, apresentou-se uma breve exposição do estudo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) que inclui os estudos dirigidos aos órgãos de gestão, professores e alunos das escolas participantes, seguindo-se o estudo Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes Universitários (HBSC/SSREU). Posteriormente, descreveu-se o instrumento de pesquisa HBSC e HBSC/SSREU, adotado para a recolha nacional dos dados, e a metodologia preconizada no protocolo de aplicação do instrumento. O presente capítulo encerrou com uma breve explicação dos objetivos e da escolha das variáveis de investigação selecionadas.

3.1. - O estudo HBSC e o estudo HBSC/SSREU

HBSC

O *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) é um estudo desenvolvido em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (WHO). Este estudo teve o seu início nos anos de 1983/1984, com a participação de três países: Finlândia, Noruega e Inglaterra. Desde então, o estudo tem sido realizado de 4 em 4 anos por uma rede europeia de profissionais ligados à saúde e à educação (Aarø, Wold, Kannas, & Rimpelä, 1986), contando neste momento com a participação de 43 países europeus e não-europeus. Portugal integrou o estudo em 1994 como membro convidado (Matos, Simões, & Canha, 2000), através da equipa Aventura Social/Faculdade de Motricidade Humana, em parceria com o Centro da Malária e Doenças Tropicais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Em 1997/1998, a equipa Aventura Social levou a cabo o primeiro estudo nacional (Matos, Simões, Reis & Canha, 2000). O segundo estudo nacional ocorreu no ano de 2002 (Matos & Equipa Aventura Social, 2003), o terceiro em 2006 (Matos et al., 2006) e o quarto em 2010 (Matos et al., 2011; 2012).

O HBSC é um estudo de investigação e monitorização, com o objetivo de informar e dar suporte a políticas de promoção e educação para a saúde, nos programas e intervenções dirigidos a adolescentes, tanto a nível nacional como internacional.

A finalidade original do estudo tem-se mantido ao longo dos anos, enquadrando-se numa abordagem dos estilos de vida dos adolescentes, de forma a aumentar a compreensão dos respetivos comportamentos de saúde/bem-estar, na sua relação com os diversos contextos sociais, através da recolha de dados entre os países. Deste modo é possível comparar os dados não só entre regiões do país como entre os vários países participantes como ao longo do tempo (Roberts et al., 2007). Com o decorrer dos diversos estudos, foram formulados vários objetivos. Como principais objetivos do estudo HBSC destacam-se (Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000; Currie et al., 2004; Matos et al., 2006):

- Iniciar e manter uma pesquisa nacional e internacional sobre os comportamentos de saúde e contextos sociais nos adolescentes em idade escolar;
- Contribuir para o desenvolvimento teórico, conceptual e metodológico em áreas de pesquisa dos comportamentos de saúde e do contexto social da saúde nos adolescentes;
- Recolher dados relevantes junto dos adolescentes de forma a monitorizar a saúde e os comportamentos de saúde nos adolescentes dos países membros;
- Contribuir para uma base de conhecimento dos comportamentos de saúde e do contexto social da saúde nos adolescentes;
- Identificar resultados para audiências relevantes, incluindo investigadores, políticos de saúde e de educação, técnicos de promoção da saúde, professores, pais e adolescentes;
- Fazer a ligação com os objetivos da WHO especialmente na monitorização dos objetivos principais do HEALTH XXI no que respeita aos comportamentos de saúde dos adolescentes.

O estudo HBSC dispõe de um protocolo de pesquisa, seguido pelas equipas de investigação de todos os países participantes, que inclui aspetos como a ordem das

questões, as questões obrigatórias e facultativas, orientações de tradução, orientações sobre procedimentos de amostragem e recolha de dados. Este protocolo de pesquisa facilita a posterior análise transnacional dos dados (Currie, Samdal, & Boyce, 2001). Este estudo cumpre estritamente as regras de Helsínquia e foi aprovado por uma comissão de ética.

HBSC/SSREU

O estudo nacional “Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes Universitários” (HBSC/SSREU) realizou-se pela primeira vez em 2010, e é uma extensão do estudo HBSC. Pretendeu-se alargar o estudo HBSC, devido à escassez de estudos nacionais no que diz respeito ao tema da saúde sexual e reprodutiva nos alunos do ensino superior português.

Os objetivos do estudo Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes Universitários (HBSC/SSREU) visam uma compreensão aprofundada dos comportamentos sexuais dos estudantes portugueses do ensino superior, bem como o estudo dos conhecimentos, das atitudes, das normas, das intenções, do conforto e das competências face à sexualidade, à contraceção, às ISTs e ao VIH/SIDA. Pretendeu-se também compreender a importância da educação sexual para estes jovens.

O HBSC/SSREU foi sujeito a um painel de especialistas e a um pré-teste. Teve a aprovação de uma Comissão Científica, da Comissão de Ética do Hospital São João do Porto, da Comissão Nacional de Proteção de Dados, do Conselho Consultivo da Equipa Aventura Social e seguiu rigorosamente todas as recomendações de Helsínquia para a implementação da investigação.

Esta pesquisa nacional foi realizada em 2010 para o Ministério da Saúde e para a Coordenação Nacional para a Infeção do VIH/SIDA.

3.2. - O instrumento de pesquisa HBSC e HBSC/SSREU

HBSC

O questionário internacional do HBSC/OMS é desenvolvido numa lógica de cooperação pelos investigadores dos países que integram a rede. A aplicação do

questionário é realizada de quatro em quatro anos, e, para além de identificar e acompanhar a evolução dos padrões de comportamentos de saúde dos adolescentes na relação com os contextos, fornece estímulos à reflexão dos investigadores participantes do estudo para posteriormente melhorarem o instrumento de pesquisa, bem como o protocolo que o acompanha, no sentido de existir uma atualização constante face às próprias mudanças dos comportamentos dos adolescentes (Currie et al., 2001).

O protocolo de investigação inclui informações detalhadas e instruções abrangendo os seguintes aspetos (Roberts et al., 2007): quadro conceptual para o estudo; justificações científicas para cada uma das áreas temáticas do inquérito; versão internacional dos questionários e instruções para uso; orientações sobre metodologia de pesquisa, incluindo amostragem, recolha de dados, procedimentos e instruções para a preparação de bases de dados nacionais; exportação para o Banco Internacional de Dados sediado na Universidade de Bergen; e regras relativas à utilização de dados HBSC e publicações internacionais.

Os dados recolhidos em cada país são integrados numa base de dados internacional, o que possibilita comparações entre os resultados do questionário e o estudo de tendências de comportamentos que podem ser avaliados tanto a nível nacional como a nível internacional.

O estudo seguiu todas as normas para pesquisa com seres humanos, neste caso particular, com menores, a saber: foi aprovado por uma comissão de ética (Hospital São João - Porto), pela Comissão Nacional de Proteção de Dados, pelo Ministério da Educação, pelas Direções Regionais de Educação, pelas escolas participantes e aplicado mediante o consentimento informado dos pais e encarregados de educação, requerido através da associação de pais de cada escola.

O questionário de tipo autopreenchimento é constituído por quatro módulos: questões obrigatórias, questões específicas, questões de monitorização e questões de comportamento sexual, atitudes e conhecimentos face ao VIH/SIDA. Este estudo inclui ainda dois módulos adicionais com questões sobre promoção e educação para a saúde, sendo um módulo dirigido aos órgãos de gestão das escolas e o outro a professores.

Do vasto grupo de questões do questionário HBSC, utilizaram-se, nesta investigação, apenas, as questões consideradas mais apropriadas para responder aos objetivos específicos.

HBSC/SSREU

O instrumento de investigação do HBSC/SSREU (Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes Universitários) é constituído por um questionário de autopreenchimento, que resultou do protocolo internacional do HBSC no que diz respeito às questões aplicáveis (atendendo às diferenças na população) a nível demográfico, bem como nas relacionadas com o comportamento sexual, atitudes e conhecimentos face ao VIH/SIDA. Para além dessas, acrescentaram-se outras questões, nomeadamente no que diz respeito aos conhecimentos e atitudes face à contraceção, às atitudes sexuais, às normas subjetivas, às intenções comportamentais, às competências relativas ao preservativo e aos comportamentos de risco; e acrescentaram-se, também, questões sobre educação sexual.

Dos itens do questionário HBSC/SSREU, foram utilizadas as questões em comum com o questionário do HBSC e consideradas mais adequadas aos objetivos específicos formulados no artigo 5, que visa comparar os jovens do 3º ciclo, do ensino secundário e do ensino universitário quanto a conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais, bem como compreender se a ES influenciou esses conhecimentos, atitudes e comportamentos.

3.3. - Metodologia utilizada HBSC e HBSC/SSREU

HBSC

A metodologia utilizada em todos os anos em que foram realizados os estudos esteve de acordo com o protocolo internacional de Currie e colaboradores (2001).

As escolas participantes foram selecionadas de forma aleatória e a amostra estratificada pelas cinco regiões de Portugal continental. O órgão de gestão de cada escola foi contactado telefonicamente de forma a confirmar a sua disponibilidade.

A recolha dos dados foi feita através de um questionário enviado para as escolas participantes, por correio. A acompanhar os questionários foram enviadas: uma

carta dirigida ao Presidente do Conselho Executivo, apresentando o estudo, uma cópia da autorização da Direção Regional de Educação correspondente, um questionário dirigido aos órgãos de gestão da escola com o objetivo de avaliar as práticas de promoção e educação para a saúde, uma carta com os procedimentos de aplicação do questionário destinada ao professor da turma selecionada, e ainda um questionário acerca da promoção e educação para a saúde a ser preenchido pelo professor que acompanhou o processo de recolha de dados na turma.

Os questionários dos alunos foram aplicados à turma na sala de aula. Os grupos escolhidos para aplicação do questionário frequentavam os 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade, de forma a enquadrar o maior número possível de jovens com 11, 13 e 15 anos de idade, conforme estabelecido no protocolo internacional.

Após a aplicação dos questionários, solicitou-se à escola que procedesse ao reenvio destes questionários pelo correio.

HBSC/SSREU

As universidades participantes foram selecionadas de forma aleatória e a amostra estratificada pelas cinco regiões de Portugal continental. Após a seleção das instituições de ensino superior, estas foram contactadas, através de correio eletrónico, no sentido de confirmar a sua disponibilidade para colaborar no estudo. Após confirmação da participação, os coordenadores dos cursos/departamentos selecionados agendaram a data de aplicação do questionário.

A recolha de dados foi efetuada pela investigadora responsável através de um questionário de autopreenchimento que foi aplicado às turmas em sala de aula. Os grupos escolhidos para aplicação dos questionários podiam frequentar qualquer ano do ensino superior, de forma a enquadrar o maior número possível de jovens do ensino superior. A participação foi voluntária, confidencial e anónima e o preenchimento do questionário durou entre 60 a 90 minutos.

3.3.1. - A amostra HBSC

Nesta investigação foram utilizadas diferentes amostras, consoante o estudo em causa. Assim, apresentam-se as diferentes amostras HBSC para os respetivos estudos dos anos 2002, 2006 e 2010.

De modo a obter amostras representativas da população escolar portuguesa, foram selecionadas aleatoriamente cerca de 10% das escolas públicas do ensino regular, da lista oficial fornecida pelo Ministério da Educação, estratificada pelas regiões educativas do país (cinco regiões escolares), tendo sido ainda incluída a região da Madeira na amostra relativa ao estudo de 2010. As escolas incluíram EBI/JI (Escola Básica Integrada/Jardim de Infância), EBI (Escola Básica Integrada), EB2 (Escola Básica do 2º Ciclo), EB2,3 (Escola Básica do 2º e 3º Ciclo), EB3 (Escola Básica do 3º Ciclo), ES (Escola Secundária), EB2,3/ES (Escola Básica do 2º e 3º Ciclo /Escola Secundária) e EB3/ES (Escola Básica do 3º Ciclo /Escola Secundária).

O quadro seguinte apresenta as particularidades de cada amostra para os anos em estudo, no que respeita à distribuição por regiões, género e ano de escolaridade.

Tabela 1. Descrição das amostras HBSC em estudo

	Amostra 2002 N=6131	Amostra 2006 N=4877	Amostra 2010 N=5050
Escolas por região			
Norte	38,5%	43,7%	40%
Centro	18,5%	15,4%	15,2%
Lisboa e Vale do Tejo	32,6%	28,8%	30,1%
Alentejo	5,2%	6,9%	6,3%
Algarve	5,2%	5,2%	4,9%
Madeira	-	-	3,5%
Género			
Rapaz	49%	49,6%	47,7%
Rapariga	51%	50,4%	52,3%
Ano de escolaridade			
6º ano	38,6%	31,7%	30,8%
8º ano	35,6%	35,7%	31,6%
10º ano	25,8%	32,6%	37,6%

3.3.2. – A amostra HBSC/SSREU

De modo a obter uma amostra representativa da população que frequenta o ensino superior em Portugal, efetuou-se uma seleção aleatória, estratificada por regiões do país, das universidades e institutos politécnicos, quer do ensino público quer do privado. Dos 144 institutos/universidades de Portugal continental, procedeu-se à recolha de cinco instituições na região Norte (26.8%), quatro instituições na região Centro (24.4%), cinco na região de Lisboa e Vale do Tejo (28.0%), duas no Alentejo (13.4%) e três no Algarve (7.4%).

A técnica de recolha da amostra foi o “cluster sampling”, considerando-se a turma o “cluster”. Assim, recolheram-se questionários em 124 turmas, num total de 3278 alunos, com maioria do género feminino (69.7%), entre os 18 e os 35 anos, com média de idade igual a 21 anos, inscritos no ano letivo de 2009/2010, com a seguinte distribuição por anos de ensino: 1º ano – 38.3%; 2º ano – 30.3%; 3º ano – 22.0%; 4º ano/1º ano Mestrado – 7.6%; e 5º ano/2º ano Mestrado – 1.8%.

3.3.3. – Análise de dados HBSC e HBSC/SSREU

Após receção, os questionários foram digitalizados, traduzidos e interpretados através do programa “Eyes and Hands – Forms”, versão 5. Estes dados foram, de seguida, transferidos para uma base de dados no programa “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS, versão 19.0 para Windows) e procedeu-se à sua análise e tratamento estatístico.

3.4. – Objetivos e variáveis da investigação

De acordo com o objetivo geral, foram estabelecidos objetivos específicos para cada estudo, no sentido de aprofundar o conhecimento. Os estudos realizados neste âmbito foram já publicados ou submetidos em revistas internacionais e nacionais. Seguem-se os objetivos específicos:

Estudo 1: Apresentar a situação da promoção da saúde em meio escolar em Portugal em 2006 e 2010 e fazer uma reflexão sobre as alterações nos últimos 4 anos.

Estudo 2: Avaliar a promoção da educação para a saúde (PES) e da ES nas escolas portuguesas, a partir das perceções de professores e pais.

Estudo 3: Aprofundar o conhecimento acerca dos comportamentos sexuais preventivos dos adolescentes em Portugal, incluindo conhecimentos e atitudes sobre o VIH/SIDA, bem como avaliar as alterações decorridas entre 2002 e 2010.

Estudo 4: Avaliar a importância da ES em meio escolar e os seus efeitos nos comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face a portadores de VIH nos adolescentes portugueses.

Estudo 5: Analisar os conhecimentos, as atitudes e os comportamentos sexuais e identificar se a ES em meio escolar influencia os jovens do 3º ciclo, do ensino secundário e do ensino universitário.

Estudo 6: Descrever tendências na prevalência de relações sexuais, iniciação sexual muito precoce e o uso de preservativo na última relação sexual nos adolescentes de 15 anos, entre 2002 e 2010, em 20 países das 4 regiões europeias, e descrever as variações nas tendências em rapazes e raparigas, quer ao nível do país, quer ao nível da região.

De acordo com a finalidade de cada estudo, natureza da amostra e o desenho conceptual da investigação, foram definidas variáveis que, em alguns casos, tiveram que ser agregadas e recodificadas com vista a obter os resultados mais esclarecedores possíveis, identificadas em cada artigo. As tabelas que se seguem pretendem expor as variáveis e respetivas opções de resposta, indicando ainda a que estudo respeitam.

Tabela 2 - Descrição das variáveis relativas ao questionário HBSC dirigido aos órgãos de gestão e professores das escolas participantes

Questões HBSC (Órgão de Gestão/Professores)	Opções de resposta	Estudos
Tipo de escola	a) Básica integrada b) Básica c) Básica e Secundária d) Profissional e) Outra	1 2
A escola está em agrupamento?	a) Sim b) Não	1 2
É sede de agrupamento?	a) Sim b) Não	1 2

Quantos graus de ensino existem na escola?	a) Jardim infantil b) 1º ciclo c) 2º ciclo d) 3º ciclo e) Secundário f) Outros	1 2
Qual o número médio de alunos por turma?	Opção de resposta aberta	2
Assinale as instalações que existem na sua escola:	a) Cantina b) Pavilhão desportivo c) Sala polivalente d) Gabinete de apoio ao aluno e) Clubes de actividades f) Outras	1 2
Se indicou a opção “Gabinete de apoio ao aluno”, a equipa que o constitui é interdisciplinar?	a) Sim b) Não c) Não sei	2
Qual/Quais os profissionais envolvidos no atendimento aos alunos?	a) Professor b) Psicólogo c) Enfermeiro d) Assistente Social e) Médico f) Outro	2
O Projecto Educativo de Escola contempla a área da “Educação para a Saúde”?	a) Sim b) Não	1 2
Existe professor coordenador para a Educação para a Saúde/Sexual?	a) Sim b) Não c) Não sei	2
Na sua disciplina existem conteúdos de Educação Sexual?	a) Sim b) Não	2
Já teve formação específica na área da “Promoção e Educação para a Saúde”?	a) Sim b) Não	2
O Projecto Educativo prevê mecanismos de avaliação para a área da “Educação para a Saúde”?	a) Sim b) Não	1
Assinale o nível que melhor corresponde à sua opinião nas seguintes afirmações: a) A adesão dos professores ao trabalho na área da “Promoção e Educação para a Saúde” é: b) A adesão dos alunos ao trabalho na área da “Promoção e Educação para a Saúde” é: c) A adesão dos pais ao trabalho na área da “Promoção e Educação para a Saúde” é:	a) 1 – Má b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 - Excelente	1 2
Tipo de conteúdos de “Educação para a Saúde” abordados na escola:	a) Consumo de substâncias b) Alimentação c) Actividade física d) Higiene/Imagem corporal e) Sexualidade/DST’s f) Outros	1 2
Assinale o nível que melhor corresponde à sua opinião na seguinte afirmação: a) O envolvimento dos pais na escola é fraco e há dificuldades em manter um diálogo educativo com os pais	b) 1 – Nunca acontece c) 2 d) 3 e) 4 f) 5 – Está sempre a acontecer	2

Acha que os conteúdos ligados à “Promoção e Educação para a Saúde” deveriam ser levados a cabo através de:	a) Área de projecto b) Participação das famílias c) Gabinete de apoio ao aluno d) Acções/conferências e) Outros	2
Como avalia o clima/atmosfera social da sua escola?	a) Muito bom b) Bom c) Razoável d) Bastante mau e) Mau f) Muito mau	1 2
Até que ponto sente dificuldade em lidar com a família de cada aluno, na sua escola?	a) 1 – Muita dificuldade b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 – Nenhuma dificuldade	2
Tipo de estratégias utilizadas em “Educação para a Saúde”:	a) Metodologias activas participativas b) Metodologia de projecto c) Exposição/aula teórica d) Acções/Conferências e) Internet/Biblioteca	1
Disciplina(s) onde conteúdos de “Promoção e Educação para a Saúde” são abordados:	a) Português b) Língua estrangeira c) Artes d) Educação física e) História/Geografia f) Ciências naturais/Biologia g) Outras	1
Reforços de conteúdos ligados à “Promoção e Educação para a Saúde”, através de:	a) Formação cívica b) Área de projecto c) Estudo acompanhado d) Disciplina de opção escola e) Participação das famílias f) Outros	1
Há garantias de que todos os alunos da escola têm formação nestas matérias?	a) Sim b) Não	1
Como é avaliado esse conhecimento?	Opção de resposta aberta	1
Há orçamento específico para projectos na área da saúde na vossa escola?	a) Sim b) Não	1
Saliente um exemplo de “boas práticas”, na área da “Promoção e Educação para a Saúde”, na sua escola:	Opção de resposta aberta	1
Saliente um exemplo de “más práticas”, na área da “Promoção e Educação para a Saúde”, na sua escola:	Opção de resposta aberta	1

Tabela 3 - Descrição do guião da entrevista efetuada a professores e pais (Estudo 2)

Questões - Professores
a) Na vossa opinião, os professores aderem muito ou pouco à ES em meio escolar? Por que razões acham que os professores aderem muito/pouco à ES em meio escolar? E os pais? Por que razões acham que os pais aderem muito/pouco à ES em meio escolar?

b) De uma lista de 8 temas (consumo de substâncias, alimentação, atividade física, higiene, imagem corporal, sexualidade, ISTs e VIH, e violência), os professores consideraram que a sexualidade era o tema em que sentiam mais dificuldade em abordar com os alunos. Que motivos consideram que o justifica?
c) Que papel tem a família e a escola na adoção de uma sexualidade saudável? É o mesmo papel? Têm papéis contraditórios? Têm papéis complementares?
d) Enquanto professor já teve oportunidade de se informar dos conteúdos da PES? E da ES? E analisou o(s) seu(s) programa(s) para verificar quais estão contemplados? E até que ponto os lecionou também com esse objetivo?
Questões – Pais
a) Na vossa opinião, os pais aderem muito ou pouco à ES em meio escolar? Por que razões acham que os pais aderem muito/pouco à ES em meio escolar? / E os professores? Por que razões acham que os professores aderem muito ou pouco à ES em meio escolar?
b) Até Da lista de 8 temas que se segue (consumo de substâncias, alimentação, atividade física, higiene, imagem corporal, sexualidade, ISTs e VIH, e violência), quais os temas que consideram mais fáceis para os pais de abordar com os filhos? E os mais difíceis? Que motivos consideram que o justifica?
c) Que papel tem a família e a escola na adoção de uma sexualidade saudável? É o mesmo papel? Têm papéis contraditórios? Têm papéis complementares?
d) Enquanto pais/mães envolvem-se regularmente nas atividades de PES e ES dinamizadas pela escola? Até que ponto as aproveitam para criar momentos de educação em família?

Tabela 4 - Descrição das variáveis relativas ao questionário HBSC dirigido a alunos

Questões HBSC e HBSC/SSREU (Alunos)	Opções de resposta	Estudos
Já alguma vez tiveste relações sexuais?	a) Sim b) Não	3 4 5 6
Quantos anos tinhas quando tiveste a tua primeira relação sexual?	a) Nunca tive relações sexuais b) 11 anos ou menos c) 12 anos d) 13 anos e) 14 anos f) 15 anos g) 16 anos h) 17 anos ou mais	3 4 6

<p>A primeira vez que tiveste relações sexuais, que método(s) contraceptivo(s) tu ou o teu parceiro usaram?</p> <p>a) Pilula b) Preservativo c) Espermicida d) Coito interrompido e) Outro</p>	<p>a) Sim b) Não</p>	<p>3 4</p>
<p>A última vez que tiveste relações sexuais, que método(s) contraceptivo(s) tu ou o teu parceiro usaram?</p> <p>a) Pilula b) Preservativo c) Espermicida d) Coito interrompido e) Outro</p>	<p>a) Sim b) Não</p>	<p>3 4 6</p>
<p>A última vez que tiveste relações sexuais, tu ou o teu parceiro usaram preservativo?</p>	<p>a) Nunca tive relações sexuais b) Sim c) Não</p>	<p>3 4 6</p>
<p>Já tiveste relações sexuais, porque tinhas bebido álcool demais ou tomado drogas?</p>	<p>a) Sim b) Não</p>	<p>3 4 5</p>
<p>Nos últimos anos, os professores que tiveste abordaram Educação Sexual nas aulas?</p>	<p>a) Não b) Sim</p>	<p>4 5</p>
<p>Em que disciplinas os teus professores abordaram Educação Sexual?</p>	<p>a) Ciências Naturais/Biologia b) Formação Cívica/Área de Projecto/Estudo Acompanhado c) Outras disciplinas d) Acções/Conferências e) Outros</p>	<p>4</p>
<p>Relativamente aos temas de educação sexual abordados na escola, sentiste que ficaste:</p>	<p>a) Muito esclarecido b) Esclarecido c) Razoavelmente esclarecido d) Pouco esclarecido e) Nada esclarecido</p>	<p>4</p>
<p>A educação sexual serve para te ajudar a:</p>	<p>a) Ter mais informação b) Não ter SIDA c) Saber relacionar-te com outra pessoa d) Tirar as dúvidas que tens e) Não engravidar f) Outra</p>	<p>4</p>
<p>Diz como te sentes a falar de educação sexual com:</p> <p>a) Os teus amigos b) Os teus pais c) Os teus colegas d) Os teus professores</p>	<p>a) Nada à vontade b) Pouco à vontade c) À vontade d) Muito à vontade</p>	<p>4</p>
<p>Por favor diz o teu grau de concordância ou discordância acerca das afirmações seguintes:</p> <p>a) Seria desconfortável comprar preservativos numa loja b) Seria desconfortável trazer contigo preservativos c) Trazer um preservativo contigo significa que estás a planear ter relações sexuais d) Seria desconfortável adquirir preservativos no centro de saúde</p>	<p>a) Discordo completamente b) Discordo c) Não concordo nem discordo d) Concordo e) Concordo completamente</p>	<p>5</p>

<p>Qual a tua opinião em relação a cada uma das seguintes afirmações:</p> <p>a) Eu deixaria de ser amigo duma pessoa que estivesse infectada com o VIH.</p> <p>b) Deve ser permitido aos jovens infectados com o VIH frequentar a escola</p> <p>c) Eu era capaz de assistir a uma aula ao lado de um colega infectado com o VIH</p> <p>d) Eu visitaria um amigo(a) que estivesse infectado(a) com o VIH</p> <p>e) As pessoas infectadas com o VIH deveriam viver à parte do resto da população</p>	<p>a) Concordo totalmente</p> <p>b) Concordo</p> <p>c) Não tenho a certeza</p> <p>d) Discordo</p> <p>e) Discordo totalmente</p>	<p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
<p>Achas que:</p> <p>a) Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH se usar uma agulha e/ou seringa já utilizada por outra pessoa?</p> <p>b) Se alguém infectado com o VIH tosse ou espirra perto de outras pessoas, estas podem ficar também infectadas?</p> <p>c) Se uma mulher infectada com o VIH estiver grávida, o seu bebé pode ficar infectado?</p> <p>d) Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH por abraçar alguém que está infectado?</p> <p>e) Tomar a pílula pode proteger uma mulher de ser infectada pelo VIH?</p> <p>f) Uma pessoa pode ficar infectada pelo VIH se tiver relações sexuais sem utilizar preservativo, mesmo que seja só uma vez?</p> <p>g) Uma pessoa pode parecer muito saudável e estar infectada com o VIH?</p> <p>h) Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH por usar utensílios para comer ou beber (pratos, talheres, copos) já usados por outra pessoa?</p> <p>i) Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH com uma transfusão de sangue, num hospital, em Portugal?</p>	<p>a) Sim</p> <p>b) Não</p> <p>c) Não sei</p>	<p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
<p>Se estivesses preocupado ou quisesses aprender mais sobre o VIH/SIDA ou outras infecções sexualmente transmissíveis:</p> <p>a) Procuravas em livros e revistas</p> <p>b) Lias um folheto sobre esse assunto</p> <p>c) Ouvias um programa de rádio sobre esse assunto</p> <p>d) Vias um programa de televisão sobre esse assunto</p> <p>e) Ias a uma consulta no centro de saúde/médico de família ou atendimento a jovens</p> <p>f) Ligavas para uma linha de informação</p> <p>g) Ias ver na <i>Internet</i></p> <p>h) Falavas com um dos teus pais</p> <p>i) Falavas com o(a) teu(tua) namorado(a) ou com um(a) amigo(a)</p> <p>j) Falavas com outro familiar</p> <p>k) Falavas com um professor</p> <p>l) Falavas com um padre ou grupo religioso</p> <p>m) Não falavas com ninguém</p> <p>n) Outro</p>	<p>a) Sim</p> <p>b) Não</p> <p>c) Talvez</p>	<p>4</p>

Uma vez que a ES em meio escolar está inserida numa área mais abrangente – a PES – o primeiro estudo teve como objetivo apresentar a situação da PES em meio escolar em Portugal em 2006 e 2010, bem como fazer uma reflexão sobre as alterações nos últimos 4 anos (estudo 1 – Condições ambientais, pedagógicas e psicossociais nas escolas: uma visão da gestão escolar e sua evolução em 4 anos). Ainda na linha da PES, mas acrescentando o foco de atenção na ES, estudou-se a PES e a ES, a partir das perceções de professores e pais (estudo 2 – Perceções de professores e pais sobre Educação para a Saúde e Educação Sexual na família e nas escolas portuguesas). Centrou-se, de seguida, a investigação na perspetiva dos adolescentes portugueses de 8.º e 10.º anos de escolaridade com o objetivo de aprofundar o conhecimento acerca dos comportamentos sexuais preventivos dos adolescentes, incluindo conhecimentos e atitudes sobre o VIH/SIDA, bem como a evolução destes entre 2002 e 2010 (estudo 3 - Trends in adolescent sexual behavior and the impact of information and attitudes about HIV/AIDS: state of art and changes in a eight year period in Portugal).

Apurou-se a análise pretendendo-se avaliar a influência da ES (em meio escolar) em termos de comportamentos sexuais, conhecimento e atitudes em relação ao VIH em 2010 (estudo 4 – Sex education among Portuguese adolescent students). Procedeu-se, ainda, a um refinamento da análise, alargando-se esta comparação aos alunos de 1º ano da universidade (estudo 5 – Sexual Safety across Educational Stages: Highlights from Middle, High School and University Students in Portugal).

Com o objetivo de comparar a situação portuguesa com a de outros países europeus, selecionaram-se os principais indicadores a nível de SSR (em comum com os outros países participantes do estudo HBSC), como são a experiência sexual, a idade da primeira relação sexual e o uso do preservativo na última relação sexual, e procedeu-se a uma comparação entre a evolução desses indicadores entre os adolescentes europeus de 15 anos, de 20 países participantes, das quatro regiões europeias do estudo HBSC, entre 2002 e 2010, descrevendo-se as variações nas tendências em rapazes e raparigas, quer ao nível do país, quer ao nível da região (estudo 6 – Trends in early and very early sex and condom use in 20 European countries 2002 – 2010).

Capítulo 4 – Estudos

Estudo 1 – Condições ambientais, pedagógicas e psico-sociais nas escolas: uma visão da gestão escolar e sua evolução em 4 anos¹

Resumo

Uma das estratégias para promover a saúde e o bem-estar é a educação e promoção da saúde em meio escolar, pelo que o objectivo deste artigo é apresentar a situação da mesma em Portugal em 2006 e 2010, bem como fazer uma reflexão sobre as alterações nos últimos 4 anos. No âmbito do estudo HBSC/OMS realizado em Portugal em 2006 e em 2010 (Currie et al, 2004; Matos et al, 2006 a; Matos et al no prelo) foi enviado para escolas seleccionadas aleatoriamente e incluídas no estudo nacional, um questionário destinado aos Conselhos Executivos/Direcções, com o objectivo de fazer um levantamento sobre as medidas que têm sido tomadas relativamente à promoção e educação para a saúde. Participaram 77 escolas em 2006 e 84 em 2010. A adesão à Educação para a Saúde (ES) é considerada como média para Professores e Pais e média/boa no caso dos alunos. É nas disciplinas de Ciências Naturais e Educação Física que mais frequentemente abordam conteúdos da ES e nas áreas curriculares não disciplinares Formação Cívica e Área de Projecto que se reforça a abordagem. A única dificuldade que se repete passados 4 anos é o fraco envolvimento dos pais. Os resultados sugerem que as escolas devem insistir na implementação de estratégias que promovam inclusão, com o objectivo de desenvolver o conhecimento, autonomia, responsabilidade, capacidade de fazer escolhas individuais e propensão para a participação social.

Palavras-chave: Promoção, envolvimento, Educação para a Saúde, Conselhos Executivos /Direcções, avaliação

¹ Matos, M.G., Ramiro, L., Ferreira, M., Tomé, G., Camacho, I., Reis, M., Baptista, I., Gaspar, T., Simões, C., & Diniz, J.A. (2011). Condições ambientais, pedagógicas e psico-sociais nas escolas: uma visão da gestão escolar e sua evolução em 4 anos. *Revista de Psicologia da criança e do adolescente/Journal of child and adolescent Psychology da Universidade Lusíada*, 3, 111-125.

Abstract

One of the strategies to promote health and well-being is the promotion of health in school, so the aim of this article is to describe the situation of health promotion in school in Portugal in 2006 and 2010 as well as assessing the transformations that occurred in that 4 year period. During the 2006 and the 2010 waves of the HBSC/WHO Portuguese survey (Currie et al, 2004; Matos et al, 2006a; Matos et al, in press), an extra questionnaire was sent to schools, randomly chosen to be included in the national study, in order to inquire about local policy regarding Health promotion and Education. 77 schools participated in 2006 and 84 in 2010. Teachers' and parents' adherence to Health Promotion was moderate and students' was moderate/good. Natural Sciences and Physical Education are the subjects where it is more frequently addressed and Project Area and Civic Education are the non-disciplinary curricular areas which most often dedicate an extra time to it. The only difficulty mentioned in both surveys is a weak family involvement. Results suggest that schools should develop strategies to promote inclusion, to aim to develop students' knowledge, autonomy, responsibility, ability to make sound individual choices and propensity for social participation.

Keywords: Promotion, adherence, Health Education, school board, evaluation

Introdução

Há muitos factores que contribuem para o modo como uma escola pode realçar a saúde e o bem-estar dos seus estudantes. Nos últimos vinte anos este tema tem-se mantido na ordem do dia e assinala como mais eficazes os programas que são integrados, holísticos e estratégicos (para uma revisão ver Matos, 2005; Matos et al., 2008; GTES, 2005, 2007a; 2007b; Simões, 2007; Baptista et al., 2008). Uma das estratégias para promover a saúde e o bem-estar é a educação e promoção da saúde em meio escolar, pelo que o objectivo deste artigo é apresentar a situação da mesma em Portugal em 2006 e 2010 bem como fazer uma reflexão sobre as alterações nos últimos 4 anos.

Vários estudos têm mostrado que a percepção de um ambiente escolar que os estudantes percebem como bom e seguro, o sentimento de pertença à escola, bem como a percepção de ligação com os colegas e com os professores são factores de protecção importantes uma vez que têm impacto não só no sucesso escolar, mas também no bem-estar (Samdal, Dur, & Freeman, 2004; Matos, 2005; Simões 2007).

O estudo da rede europeia HBSC/OMS estuda estas questões e mostra que são as raparigas e os estudantes mais novos quem mais gosta da escola. São também as raparigas e os estudantes mais novos que afirmam mais frequentemente que a escola é um bom lugar para se estar, que sentem que pertencem à escola, e também que mais frequentemente referem que ir à escola não é aborrecido, sendo os rapazes e os estudantes mais novos que mais frequentemente acham que os estudantes da sua escola participam na decisão das regras da escola (Matos & Aventura Social, 2000, 2003, 2006a; no prelo).

O estudo do HBSC/OMS em Portugal mostrou também que os adolescentes que referem ter problemas de saúde (deficiência ou doença crónica), e que frequentam o ensino regular, referem mais frequentemente ser vítimas de *bullying*, sentirem-se isolados na escola, sentirem-se menos felizes e terem mais sintomas físicos e psicológicos.

Estes aspectos só poderão ser revistos se tivermos em conta que a Escola, enquanto forma institucionalizada de educação, deve ser autónoma. A Lei da autonomia (Dec. - Lei n.º115-A/98 de 04/05 e legislação subsequente) reforça esta possibilidade e

necessidade, sendo sabido que, em matéria de educação é muito difícil gerar a inovação e a mudança (Tedesco, 2000).

Cada vez mais a escola é chamada a promover a integração e a coesão social. Assim, envolver adolescentes na definição da cultura da escola, e conceber projectos educativos diferenciados implica uma clara identificação de recursos, e um diagnóstico preciso do contexto em que se insere e do público que a frequenta. A educação deixa de ser da responsabilidade de apenas um sector para passar a ser da responsabilidade de todos as forças vivas da sociedade ou do contexto em que a escola está inserida.

Um modelo de escola possível é aquele cuja escola assume esta posição reivindicativa do seu espaço e do seu projecto, negociando e concertando com os principais intervenientes da comunidade; no fundo, um modelo que muitas escolas do país já adoptaram, apesar de não ser ainda rotineiro para muitas outras.

O estudo HBSC (Health Behaviour in School aged Children)

1. O estudo HBSC (Health Behaviour in School aged Children) estuda os comportamentos de saúde dos alunos e é realizado de 4 em 4 anos. Actualmente é realizado em colaboração com a Organização Mundial de Saúde e integra 44 países (Currie et al., 2004). Em Portugal, realizaram-se já 4 estudos nacionais, em 1998, 2002, 2006 e 2010 (Matos et al., 2001; 2003; 2006; no prelo).
2. As escolas foram seleccionadas aleatoriamente de entre as escolas públicas do ensino regular, entre as 1194 escolas de todo o país (Portugal Continental), a partir de uma lista nacional, estratificada por regiões do país (cinco regiões escolares) de modo a obter-se uma amostra representativa da população escolar portuguesa. Em 2006 aceitaram fazer parte do estudo 136 escolas. Em 2010, foram 130 as escolas participantes.

Para cada escola foram enviados quatro tipos de questionários, correspondentes a quatro estudos diferentes:

- 1) Questionário do Estudo Internacional HBSC/OMS, destinado a adolescentes que frequentam o 6º, 8º e 10º anos de escolas públicas de ensino regular.
- 2) Questionário Kidscreen/CE, destinado a crianças e adolescentes que frequentam o 5º e 7º anos de escolas públicas de ensino regular (Matos et al, 2006b).

3) Questionário destinado aos Conselhos Executivos/Direcções, com o objectivo de identificar as medidas que têm sido tomadas relativamente à promoção e educação para a saúde em meio escolar.

4) Em 2010 foi, ainda, enviado um questionário aos professores das turmas sorteadas com o objectivo de avaliar a percepção que estes têm sobre o grau de implementação da educação para a saúde nas escolas onde leccionam bem como o grau de envolvimento destes na promoção da educação da saúde.

O objectivo do presente artigo é divulgar uma análise das respostas dos Conselhos Executivos em 2006 e das Direcções em 2010. Todos estes trabalhos estão disponíveis *on-line* (www.aventurasocial.com).

Método

Amostra

Os questionários foram enviados pelo correio em 2006 para os Conselhos Executivos e em 2010 para as Direcções de escolas das cinco regiões do país. Da totalidade de questionários dirigidos aos Conselhos Executivos / Direcções foi obtida em 2006 uma taxa de resposta superior a 2010 de entre as escolas que tinham aceite participar (N= 136; 95.1%; N=130; 90.9%, respectivamente) (tabela 5).

Tabela 5 - Número de escolas incluídas no estudo e que responderam ao questionário dos Conselhos Executivos / Direcções – 2006 e 2010

	Enviados 2006	Respostas 2006	Enviados 2010	Respostas 2010
Total	136	77	130	84
%		56.6%		64.6%

Instrumento

O instrumento que serviu de base a este estudo é um questionário de auto administração aplicado a um membro do Conselho Executivo/Direcção que se responsabilizou pela divulgação da informação sobre as estratégias utilizadas pela

escola para a promoção e educação para a saúde, bem como os recursos e estratégias pedagógicas da mesma.

O questionário era constituído por uma parte relativa à caracterização da escola (tipo de escola e instalações disponíveis), e outra relativa às medidas implementadas pela escola para a promoção da educação para a saúde, tais como a contemplação da mesma no Projecto Educativo, a percepção dos Conselhos Executivos / Direcções sobre a adesão dos diversos intervenientes ao trabalho na área da promoção e educação para a saúde, os conteúdos abordados em educação para a saúde, as estratégias usadas, as disciplinas onde esses conteúdos são abordados, e como é feito o reforço dos mesmos. Nessa parte também se solicitou que salientassem um exemplo de boa e má prática na promoção e educação para a saúde.

No ano de 2010 o questionário inicial foi complementado no sentido de se efectuar uma avaliação mais detalhada das escolas em termos gerais (maiores problemas nas imediações, problemas relacionados com o ensino e clima de escola); e em termos de Educação para a Saúde (formação do corpo docente, necessidades de formação, cumprimento da carga horária estipulada na lei, existência de mecanismos de avaliação e nomeação de professor coordenador) para verificar em que medida as escolas estão a implementar as directivas emanadas desde 2006.

Uma vez que o questionário foi avaliado por um painel de especialistas, foi assumida validade facial.

Procedimento

Recolha e análise de Dados

Após a selecção das escolas, estas foram contactadas telefonicamente no sentido de confirmar a sua disponibilidade para colaborar no estudo e mediante a aceitação das mesmas os questionários foram enviados pelo correio.

O presente estudo é transversal, realizado em dois momentos (2006 e 2010).

Resultados

O presente trabalho apresenta frequências e percentagens para variáveis nominais dos Conselhos Executivos/Direcções nas 77 e 84 escolas que responderam a

esta parte do estudo (2006 e 2010, respectivamente), num total de 136 e 130 escolas que inicialmente aceitaram participar (2006 e 2010, respectivamente).

Caracterização dos Estabelecimentos de ensino

No que concerne ao tipo de Escola, verifica-se uma maior prevalência de Escolas Básicas/Secundárias (40.3% em 2006 e 46.4% em 2010), seguida de Escolas Básicas (35.1% em 2006 e 34.5% em 2010) e Secundárias (13% em 2006 e 11.9% em 2010). Este facto tem a ver com os objectos do estudo principal que se centra na saúde dos adolescentes e visa alunos do 5º ao 10º anos de escolaridade.

Das escolas em estudo, observa-se que 40.3% em 2006 e 59.5% em 2010 afirmam estar incluídas em Agrupamento de Escolas, e 36.4% e 53% são sede de Agrupamento em 2006 e em 2010, respectivamente. Quanto às instalações disponíveis, a grande maioria das escolas refere ter cantina (93.5% e 95.2%), pavilhão desportivo (74% e 79.8%), espaços para clubes de actividades (72.7% e 79.8%), sala polivalente (55,8% e 71,4%) e gabinete de saúde (24.7% e 71.4%), registando-se uma melhoria nas instalações desde 2006. Apenas 24.7% das escolas possuía gabinete de saúde em 2006. No entanto, em 2010, são já 71,4% que o indicam, verificando-se um aumento significativo (tabela 6).

Tabela 6 – Caracterização das escolas – 2006 e 2010

Tipo de escola	2006 (%)	2010 (%)
Escola Básica/Secundária	40.3	46.4
Escola Básica	35.1	34.5
Escola Secundária	13.0	11.9
Agrupamento	2006 (%)	2010 (%)
Escola em Agrupamento	40.3	46.4
Escola Não Agrupada	35.1	34.5
Instalações disponíveis na escola	2006 (%)	2010 (%)
Cantinas	93.5	95.2
Pavilhão Desportivo	74.0	79.8
Clubes de Actividades	72.7	79.8
Sala Polivalente	55.8	71.4
Gabinete de Saúde	24.7	71.4

Promoção e Educação para a Saúde

Em 2006 verificou-se que 78.9% das escolas contemplava a área de Educação para a Saúde no Projecto Educativo, actualizando-se essa percentagem para 88.1% em 2010. A adesão à Educação para a Saúde é considerada pelos Conselhos Executivos/Direcções como média para Professores (45.5%) e Pais (43.1%), e, no caso dos alunos reparte-se de igual forma como média (45.5%) e boa (45.5%). Em 2010 registou-se uma melhoria em todos estes indicadores (média: 54.4%; média: 40.5%; e média/boa: 39.2% / 53.2% respectivamente) (quadro 3).

Relativamente ao tipo de conteúdos abordados na área de Educação para a Saúde, em 2006 verificou-se que a Alimentação figurava em primeiro lugar (87%) seguindo-se a Sexualidade (85.7%), a Actividade Física (66.2%) e o Consumo de Substâncias (63.6%). Em 2010 reforçou-se a priorização destes temas: 96.4%, 86.7%, 80.7% e 81.9%, respectivamente.

Em 2006, as estratégias utilizadas eram ainda maioritariamente o recurso a Acções e Conferências por agentes externos à Escola (N=88.3%). No fim da lista surgia a metodologia de projecto com uma taxa de utilização de apenas 37.7%, ao invés das recomendações nacionais que posteriormente foram propostas pelo Grupo de Trabalho de Educação Sexual/para a Saúde/ Ministério da Educação (GTES, 2005, 2007a, 2007b) que privilegiaram as estratégias participativas e inseridas nas estruturas e recursos de cada escola, de acordo com os conhecimentos científicos e pedagógicos actuais (para uma revisão ver Matos, 2005; Simões, 2007; Matos et al., 2008). Esta situação aparece muito optimizada em 2010 com as escolas a diversificarem a sua oferta.

Em 2006 é na disciplina de Ciências Naturais (89.6%) e Educação Física (64.9%) que a maioria dos conteúdos relativos à Educação para a Saúde são abordados, em 2010 estas disciplinas perdem ligeiramente a centralidade (84.1%; 61%) pois outras vão reforçar a abordagem.

Em 2006, como em 2010, os reforços dos conteúdos relacionados com a área de Educação para a Saúde, nas áreas curriculares não disciplinares fazem-se sobretudo através da Formação Cívica (68.8% e 78.3% respectivamente), seguindo-se a Área de Projecto (66.2% e 78.3% respectivamente), tal como preconizado posteriormente por um grupo de especialistas na área da educação para a saúde (GTES). Note-se que a maior rentabilização destas áreas pode constituir a justificação para o menor investimento verificado nas áreas disciplinares, conforme anteriormente mencionado.

Os Conselhos Executivos em 2006 referiam que apenas em 44,9% dos casos tinham garantias que os alunos recebiam formação na área de Educação para a Saúde, situação esta posteriormente melhorada (GTES, 2007b) e em 2010 este número subiu para 47,6%. Verifica-se que em 2006, na grande maioria das escolas (95,5%), não existe um orçamento específico na área da Saúde. Esta situação foi posteriormente contemplada e foi considerado que as escolas deveriam estar dotadas de um investimento orçamental para este tipo de formação (GTES, 2007b), no entanto em 2010 ainda 70,2% das escolas diz não dispor de um orçamento específico (tabela 7).

Tabela 7 – Promoção e Educação para a Saúde (ES) – 2006 e 2010

Inclusão da ES no Projecto Educativo	2006				2010			
	%				%			
Sim	78.9				88.1			
Não	21.1				11.9			
Adesão da Comunidade educativa à ES	2006				2010			
%	Fraca	Média	Boa	Excelente	Fraca	Média	Boa	Excelente
Professores	9.1	45.5	40.9	4.5	6.4	54.4	32.9	6.3
Alunos	4.5	45.5	45.5	4.5	2.5	39.2	53.2	5.1
Pais	38.4	43.1	18.5	-	39.2	40.5	18.9	1.4
Tipo de conteúdos abordados em ES	2006				2010			
	%				%			
Alimentação	87.0				96.4			
Sexualidade	85.7				86.7			
Actividade Física	66.2				80.7			
Consumo de Substâncias	63.6				81.9			
Estratégias utilizadas em ES	2006				2010			
	%				%			
Ações e Conferências por agentes externos	88.3				96.4			
Metodologias activas participativas	63.6				68.7			
Exposição/Aula Teórica	61.0				65.1			
Internet/Biblioteca	49.4				62.7			
Metodologia de Projecto	37.7				71.1			

Disciplinas onde são abordados os conteúdos de ES (> 50%)	2006 %	2010 %
Ciências Naturais	89.6	84.1
Educação Física	64.9	61.0
Reforços dos conteúdos relacionados com ES (>25%)	2006 %	2010 %
Formação Cívica	68.8	78.3
Área Projecto	66.2	78.3
Estudo Acompanhado	27.3	27.7
Garantia de implementação de ES	2006 %	2010 %
Existe	44.9	47.6
Não existe	55.1	52.4
Existência de orçamento específico na área de ES	2006 %	2010 %
Existe	4.5	29.8
Não existe	95.5	70.2

Boas Práticas e Más Práticas na área da “Promoção e Educação para a Saúde”

Quanto a Boas Práticas na escola na área da Educação para a Saúde, em 2006 destacam-se as acções de formação/dinamização/sensibilização, campanhas e dias comemorativos (36.2%).

Posteriormente, nas reflexões do GTES aponta-se para a necessidade de tornar estas acções de formação e sensibilização em práticas sustentadas e enraizadas na rotina escolar, com inclusão das famílias, um forte apelo à participação dos alunos e recurso privilegiado à educação entre pares (tabela 8).

Tabela 8 - Boas e Más práticas na Área da Educação para a Saúde – 2006 e 2010

Exemplos de “Boas Práticas” na escola na área da Educação para a Saúde (> 20%)	2006 %	2010 %
Acções de Formação/ Dinamização/ Sensibilização, Campanhas, “Dias comemorativos”	36.2	28.6
Projectos / programas específicos	33.8	36.4
Apoio ao aluno/ Gabinetes	20.7	20.7
Protocolos com o centro de saúde	-	23.4

Exemplos de “Más Práticas” na escola na área da Educação para a Saúde (>10%)	2006	2010
	%	%
Má Alimentação/ Consumo de Substâncias na escola	51.9	-
Falta de avaliações, projectos e envolvimento nesta área	22.2	-
Fraca participação dos pais	11.1	15.6
Falta de formação	-	16.9
Falta de dinheiro, recursos, espaços, equipamentos	-	13

Quanto às más práticas na área da Educação para a Saúde, em 2006 destacaram-se para além da má alimentação e o consumo de substâncias na escola (51.9%), a falta de avaliações dos projectos (22.2%). A primeira tinha sobretudo a ver com a oferta alimentar, que foi já posteriormente a este inquérito alvo de legislação regulamentadora não sendo possivelmente por esse motivo citada em 2010. Quanto ao consumo de substâncias e à avaliação de projectos, talvez seja por influência da crescente sensibilização que tem sido mobilizada para o efeito e pelas orientações ministeriais.

A situação das escolas em 2010

Em 2010 foram acrescentadas várias questões de forma a aprofundar os conhecimentos obtidos através do questionário de 2006.

Destas, salientam-se as necessidades de formação sentidas, tendo sido identificadas como prioritárias a sexualidade (57.1%) e o consumo de substâncias (15.6%). E pelo contrário, a violência, e a alimentação, antes priorizadas, nem foram citadas. Estas informações são cruciais para os centros de formação, que devem envidar esforços para identificar os formadores especializados nos domínios identificados em cada área educativa para assim cumprirem a sua função.

Ainda relativamente à formação do corpo docente, as Direcções referem que apenas 35% dos professores que leccionam na área da educação sexual têm formação específica. Esta situação carece de revisão urgente uma vez que a falta de formação específica está relacionada com alguma resistência, antagonismo ou falta de motivação por parte de professores, pais e alunos. Quando a escola não consegue garantir por si só que os alunos têm oportunidade para ter educação para a saúde em meio escolar, é necessário recorrer a técnicos externos.

As Direcções também identificaram os maiores problemas nas imediações das escolas, destacando-se como problema grave acima dos 10% apenas o “isolamento geográfico” (12%). Quanto aos problemas relacionados com o ensino, referiram que o “absentismo” é problema grave em 3,6% das escolas, o “insucesso escolar” é problema grave em 6,1% das escolas, a “indisciplina” em 7,1%, os “conflitos entre alunos” em 4,8%, o “vandalismo” em 2,4% das escolas, o “consumo de álcool” em 10,7% das escolas, o “consumo de tabaco” em 1,2% das escolas e finalmente o “consumo de drogas” é problema grave em 1,2% das escolas.

À primeira vista parece que, apesar do destaque da comunicação social na violência escolar, no bullying etc., estes estão longe de ser as preocupações centrais das escolas.

Em 2010 as Direcções referem que 88,1% das escolas têm um projecto educativo que contempla a educação para a saúde, 63,4% cumprem a carga horária estipulada na lei, e 53,1% têm mecanismos de avaliação previstos. Este último ponto carece de reflexão, pois sem avaliação é impossível saber o rumo do decurso deste processo.

Em 92,9% das escolas está já nomeado um professor coordenador para a saúde, as escolas que ainda o não nomearam referem que a lei é recente e veio depois da distribuição de serviço, que não há horas para distribuir ou que o coordenador é da direcção.

E quanto ao clima da escola, segundo as Direcções, apenas 1,2% considera que é “mau”, sendo que a maioria (77,8%) classifica-o de bom ou muito bom (tabela 9).

Tabela 9 – A situação das escolas em 2010

Necessidade de formação	%
Sexualidade	57.1
Consumo de substâncias	15.6
Formação do corpo docente	%
Formação específica	35.0

Maiores problemas nas imediações das escolas	É problema grave %	Não é problema %
Tensão racial /étnica no ambiente da escola	1.2	74.7
Lixo e sujeidade	2.4	71.1
Uso de substâncias	1.2	32.5
Violência	1.2	57.8
Trânsito na zona da escola	4.8	28.9
Edifícios abandonados	1.2	71.1
Crime	7.2	66.3
Isolamento geográfico	12.0	67.5
Pobreza	4.8	22.9

Maiores problemas relacionados com o ensino	É problema grave %	Não é problema %
Absentismo dos alunos	3.6	32.1
Falta de pontualidade dos alunos	6.2	21.4
Insucesso escolar	6.1	11.9
Falta de apoio para os alunos com dificuldades de aprendizagem	1.2	31.0
Falta de apoio para os alunos com necessidades especiais	4.8	36.9
Falta de apoio para os alunos com doenças crónicas	2.4	42.9
Falta de apoio a alunos em dificuldades económicas	2.4	31.0
Indisciplina	7.1	10.7
Conflitos entre alunos	4.8	21.4
Vandalismo	2.4	33.3
Consumo de álcool	10.7	42.9
Consumo de tabaco	1.2	17.9
Consumo de drogas	1.2	41.7

Educação para a Saúde	%
Cumprimento da carga horária de ES estipulada na lei	63.4
Existência de mecanismos de avaliação	53.1
Nomeação de professor coordenador para a saúde	92.9

Clima de escola	%
Bom / muito bom	77.8
Mau	1.2

Principais reflexões

Ao incluir a Promoção e Educação para a Saúde no seu projecto educativo, a escola está a contribuir para o reforço destas competências e, a longo prazo, está a contribuir para a formação de gerações saudáveis e intervenientes.

Alguns aspectos merecem pois ser realçados:

1- O facto de a escola envolver a comunidade educativa para a abordagem do tema (Quadro 3) significa que a escola ganha consciência do seu papel no contexto em que se insere e que é “com todos” e não isoladamente que o Projecto Educativo se constrói e se concretiza. Constata-se tanto em 2006 como em 2010 que a adesão de professores e alunos é maioritariamente “BOA”, o que pode levar a inferir que, tendencialmente, professores e alunos se encontram vinculados a estas matérias, podendo contribuir assim para a vivência de “uma cultura de escola”;

2- Relativamente aos conteúdos abordados na Educação para a Saúde, e como as necessidades prioritárias no campo da saúde têm uma natureza essencialmente dinâmica, se em 2006 a “actividade física” e o “consumo de substâncias” estavam na lista de prioridades mas sem grande expressividade comparativamente com temas como a “alimentação” e a “sexualidade”, em 2010 estes vão elevar-se ao nível daqueles.

A violência entre pares e os novos contornos da violência no espaço escolar trouxeram o assunto para primeiro plano, tendo-se verificado (GTES, 2007b) que ao passo que as estratégias para lidar com as questões da alimentação, sexualidade e prevenção dos consumos eram sobretudo educativa, formativa e de mudança de atitudes; a estratégia para lidar com a violência era sobretudo de controlo e visando apenas a relação entre professor - aluno e entre alunos, quanto seria desejável incluir medidas firmes, partilhadas e integradas na cultura da escola. Este facto foi na altura salientado (GTES, 2007b), no entanto em 2010 a tão mediatizada violência em meio escolar continua sem aparecer registada nem nas respostas dos alunos ao questionário HBSC de 2010 (Matos et al., no prelo) nem nos questionários aos Conselhos Executivos, nem como boa prática, nem como necessidade de formação ou de intervenção, nem como problema, nem como área prioritária.

Quanto ao tema do consumo de substâncias, este aparece em 2010 como uma necessidade identificada que não aparecera em 2006.

3- Neste estudo, e este facto foi confirmado posteriormente (GTES, 2007b), os professores de Ciências da Natureza e de Educação Física aparecem na primeira linha da frequência, motivação e competência para assegurarem a dinamização da Educação para a Saúde. No entanto, em outros grupos disciplinares se perfilam professores com competência e apetência nesta área, como já é evidente em 2010.

4- Sublinha-se de novo a importância da escola reivindicar o seu espaço e o seu projecto, construir a sua “cultura” particular, negociando e concertando com os principais intervenientes da comunidade. Este modelo já presente em algumas escolas e possibilitado pela legislação da autonomia das escolas, pode tornar-se o modelo de todas as escolas portuguesas. De salientar aqui o grande desenvolvimento dos gabinetes de saúde nas escolas, tal como preconizado no relatório final do GTES (2007b)

De realçar também que em 2010 a maior parte dos problemas têm sobretudo a ver com questões logísticas a carecer de organização local e de viabilização junto das chefias: horários, espaços, dinheiros, formação.

Uma “Escola para todos” é necessariamente uma escola de qualidade, capaz de se tornar tão abrangente que consiga levar a cabo, serena, firme e competentemente o seu projecto educativo, tendo em conta as diferentes características dos diferentes actores envolvidos. Tornar a excelência uma rotina, como já salientámos em 2006 (Matos et al., 2006; Baptista et al., 2008), é um custo (barato, desejável e inadiável) do desenvolvimento.

Referências

- Baptista I. et al. (2008). Condições ambientais, pedagógicas e psico-sociais nas escolas: uma visão de gestão escolar, *NOESIS*, nº75, p.50-58.
- Currie, C., Smith, R., Boyce, W., & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: Research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.
- GTES (2005). Educação para a saúde nas escolas: relatório preliminar, em www.dgicd.min-edu.pt retrieved 30/11/2005
- GTES (2007a). Educação para a saúde nas escolas: relatório intercalar, em www.dgicd.min-edu.pt retrieved 30/1/2007
- GTES (2007b). Educação para a saúde nas escolas: relatório final, em www.dgicd.min-edu.pt retrieved 30/1/2007
- Matos, M.G. & Equipa do Projecto Aventura Social (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses: Estudo nacional da rede europeia HBSC / OMS (1998)*: FMH/PEPT.
- Matos, M.G., & Equipa do Projecto Aventura Social (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses - Quatro anos depois (The health of Portuguese adolescents_ four years after)*. Lisboa: Edições FMH
- Matos, M.G., & Equipa do Projecto Aventura Social (2006a). *A saúde dos adolescentes portugueses: Hoje em 8 anos, em* <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf>
- Matos, M.G., & Equipa do Projecto Aventura Social. (2006b). *Kidscreen: Qualidade de vida em crianças e adolescentes*, Retrieved 20-12-2006, from <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf>
- Matos M.G. & Equipa do Projecto Aventura Social, (2008); Gestão Escolar, Saúde e Necessidades Especiais – Inquérito no âmbito do estudo HBSC/OMS ; in www.aventurasocial.com
- Matos, M.G., & Equipa do Projecto Aventura Social (in press). *A saúde dos adolescentes portugueses em 12 anos (2010)*
- Matos, M.G. (2005) *Comunicação e gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: CDI/FMH.

- Matos, M.G., Baptista, I., Sampaio, D., Simões, C., Diniz, J.A., & Gaspar, T. et al. (2008). *From research to practice: promoting adolescents' positive health in Portuguese schools*; WHO: Venice.
- Samdal, O. (1998). *The school environment as a risk or resource for students' health-related behaviours and subjective well-being*. Research Center for Health Promotion, Faculty of Psychology - University of Bergen, Norway.
- Samdal, O., Dur, W., & Freeman, J. (2004). Life circumstances of young people - School. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V. B. Rasmussen (Eds.), *Young people's health in context: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2001 survey* (pp. 42-51). Copenhagen: World Health Organization.
- Simões, C. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: FCG/FCT.
- Tedesco, J.C. (2000). *O novo pacto educativo*, V Nova de Gaia, 2ª edição.

Estudo 2 – Perceções de professores e pais sobre Educação para a Saúde e Educação Sexual na família e nas escolas portuguesas²

Resumo

A escola deve contribuir para a saúde e o bem-estar dos seus estudantes. São objetivos deste artigo avaliar a promoção da educação para a saúde (PES) nas escolas, a partir das perceções de professores e pais. Utilizou-se uma metodologia mista: um estudo quantitativo com uma amostra de 329 professores que participaram no estudo HBSC e no estudo KDSCREEN em 2010; e um estudo qualitativo com grupos focais com 72 professores e 65 pais. O estudo quantitativo mostrou 1) a inclusão da PES no Projeto Educativo das escolas, 2) a existência de professor coordenador de PES/ES e um gabinete de apoio ao aluno, constituído por uma equipa interdisciplinar. Os professores referiram ter pouca formação específica, não reportaram conteúdos de ES nas suas disciplinas e consideraram a adesão dos pais à escola média/fraca e a dos professores média/boa. O estudo qualitativo revelou que tanto pais como professores percecionam a adesão dos pais à ES como fraca. O envolvimento dos professores é bom segundo os pais, mas insuficiente segundo os professores. A educação sexual em meio familiar ainda é incipiente. É necessário priorizar a formação específica no âmbito da sexualidade quer para pais quer para professores. O estudo descreve o estado da arte em Portugal em 2010, antes das mais recentes medidas que retiraram o carácter prioritário à Educação para a Saúde em meio escolar, sendo pois de temer um retrocesso neste momento (2013).

Palavras-chave: Perceções; Educação para a Saúde / Educação Sexual; Professores; Pais

² Ramiro, L., Reis, M., Matos, M.G., & Diniz, J.A. (submetido) Perceções de professores e pais sobre Educação para a Saúde e Educação Sexual na família e nas escolas portuguesas. *Saúde Reprodutiva Sexualidade e Sociedade*.

Abstract

School must contribute to the health and well being of its students. The goals of this paper are to evaluate the promotion of health education (PHE) in schools and the perceptions that teachers and parents have about PHE and sexual education (SE). A mixed methodology was used: a quantitative study with a sample of 329 teachers from HBSC and KDSCREEN 2010, and a qualitative focus group study with 72 teachers and 65 parents. The quantitative study showed the inclusion of PHE in schools' Educational Project, the existence of a coordinator teacher of PHE / SE and a students' office, constituted by an interdisciplinary team. Teachers reported having little specific training, revealed no knowledge of the contents of SE in their school subjects and considered parents' involvement in PHE/SE average/weak, and teachers' as average/good. The qualitative study revealed that both parents and teachers considered parents' involvement in SE as weak, while teachers' involvement was good according to parents, but weak according to teachers. Sex education in the family is still incipient. It is crucial to prioritize specific training in sexuality, both for parents and teachers. The study describes the state of the art in Portugal in 2010, before the latest measures that “de-prioritized” Health Education in schools, and thus a setback is foreseeable for 2013.

Key-words: Perceptions, Health and Sexual Education, Teachers, Parents

Introdução

A escola deve contribuir para a saúde e o bem-estar dos seus estudantes. Nas últimas décadas, tem-se dedicado muitos estudos a esta questão, identificando os programas que assentam numa vertente holística como os mais eficazes (Baptista et al., 2008; GTES, 2005, 2007a; 2007b; Matos et al., 2008; Matos et al., 2013). Uma das estratégias com mais provas dadas para promover a saúde e o bem-estar dos jovens é a educação e a promoção da educação para a saúde (PES) em meio escolar, pelo que um dos objetivos deste artigo é apresentar a situação da mesma em Portugal em 2010.

A este propósito, consideremos que a PES integra várias áreas, de entre elas alimentação e atividade física, sexualidade, ISTs e VIH, consumo de substâncias psicoativas e violência em meio escolar/saúde mental, tendo a área da sexualidade, ISTs e VIH sido identificada como uma das prioritárias (GTES, 2007b), dada a relevância da mesma em termos de saúde sexual e reprodutiva, o que lhe garantiu um suporte legislativo e a criação de estruturas e mecanismos que pretendem fomentar a obrigatoriedade da sua implementação, bem como regulamentar e supervisionar a qualidade da mesma. Assim, de acordo com a legislação portuguesa, a educação sexual (ES) é obrigatória em todos os níveis de ensino, tem conteúdos mínimos, uma carga horária anual mínima estipulada, deve ser dinamizada em termos disciplinares (através de uma abordagem transversal) e em termos de rentabilização de uma das áreas curriculares não disciplinares, deve ser organizada segundo uma metodologia de projeto; além disso, cada escola deve nomear um professor coordenador de educação para a saúde (na qual se integra a área da ES) e criar um gabinete de apoio ao aluno, entre outros (Lei 60/2009 e legislação subsequente).

Os programas eficazes de ES têm em consideração as características e as necessidades específicas dos jovens a que se destinam (IPFF, 2007), o que se traduz nas adaptações necessárias a cada escola, em conformidade com a lei da autonomia das escolas (Dec. - Lei n.º115-A/98 de 04/05 e legislação subsequente), que estipula que cada escola deve elaborar o seu Projeto Educativo e desenvolver toda a sua ação em função deste. Um modelo de escola eficaz tem por base uma posição reivindicativa do seu espaço e do seu projeto, negociando e articulando esforços com os principais intervenientes da sua comunidade.

A acrescentar a tudo isto, a educação sexual é um processo contínuo e permanente de socialização que deve dotar os jovens dos conhecimentos, atitudes e competências necessárias para fazerem escolhas responsáveis e garantir a possibilidade destes viverem a sua sexualidade de uma forma feliz (IPFF, 2007).

Vários autores (Anastácio, Raposo, & Carvalho, 2001; Bowden, Lanning, Pippin, & Tanner, 2003; Sampaio, 1990) identificam o professor como um ator central no sucesso da ES em meio escolar. A adesão, a formação inicial e contínua na área, a experiência anterior, a intenção de se envolver na ES, o conforto na abordagem dos temas, a importância que lhe atribuem, e a eficácia que antevêm são fatores que explicam a adesão dos professores à ES (Ramiro & Matos, 2008; Serrão, 2009). No entanto, apenas cerca de um terço dos professores apresentou intenções de se envolverem na ES, apesar de considerarem ter conhecimentos e um nível de conforto suficientes na área (Ramiro & Matos, 2008).

Não obstante o que foi referido anteriormente, e apesar de se aceitar que a escola é uma instituição com responsabilidades no que diz respeito à PES e à ES, reconhece-se na família o contexto privilegiado para o desenvolvimento de atitudes e competências saudáveis, quer em termos gerais, quer em termos de vivência da sexualidade. Por esse motivo, o Grupo de Trabalho de Educação Sexual propôs que as várias fases do processo de ES nas escolas fossem desenvolvidas com a participação dos pais (GTES, 2007b). Segundo o guia para o desenvolvimento de políticas sobre saúde sexual e reprodutiva de jovens na Europa, deveriam ser os pais, as mães e os outros adultos responsáveis pela educação dos jovens (onde se incluem também os professores) a principal fonte de informação e educação sobre sexualidade dos jovens mas, frequentemente, não o são por não se sentirem preparados ou confortáveis (IPFF, 2007).

Muito embora a família seja a primeira instituição de educação e formação que os adolescentes conhecem, isso não significa que a influência dos pais nos filhos seja sempre positiva ou suficiente. Atualmente, os pais estão reféns de objetivos profissionais exigentes que lhes ocupam o tempo de família, acabando este por ser cada vez mais reduzido (Vilar, 2003). Cabe à escola, enquanto parceira educativa, assumir responsabilidades acrescidas nesta educação, não no sentido de substituir os pais, mas no de compensar o que estes eventualmente não conseguem cumprir, seja por falta de tempo, preparação ou outro motivo.

Dada a importância da adesão dos professores e dos pais à PES e à ES, são objetivos deste artigo avaliar 1) as perceções dos professores acerca do grau de adesão de pais e dos próprios à PES e à ES e 2) a perceção que os pais têm sobre ES, quer em meio escolar, quer em meio familiar.

Método

Foi utilizada uma metodologia mista, com recolha e análise de dados quantitativos e qualitativos. O estudo teve dois momentos distintos: numa primeira fase foram analisados os dados do estudo nacional quantitativo (professores) HBSC (Matos & Equipa Aventura Social, 2011a) e KIDSCREEN 2010 (Matos & Equipa Aventura Social, 2012). Tendo como base os resultados apurados, este estudo foi complementado, numa segunda fase, através de grupos focais com professores e pais.

Participantes

Estudo Quantitativo

A avaliação quantitativa foi realizada mediante a análise da base de dados do estudo HBSC e do estudo KIDSCREEN 2010 – versão professores – que teve uma amostra de 329 professores que lecionavam em 2009/2010 nas várias regiões do país. Quanto ao tipo de escola, verificou-se uma maior prevalência de escolas básicas/secundárias (39,8%), seguida de escolas básicas (39,5%). Das escolas em estudo, observou-se que 68,7% afirmaram estar incluídas em Agrupamento de Escolas, e 59,3% eram sede de Agrupamento. Todos os graus de ensino foram abrangidos, apesar de a maioria de professores lecionar em escolas em que existia 3º ciclo (91,5%). Quanto ao tamanho das turmas, o número de alunos médio foi 23 (DP=3,59), registando-se um clima social percecionado como bom e muito bom pelos professores (53,9%). (Ver tabela 10.)

Estudo Qualitativo

Na análise qualitativa, foram organizados 12 grupos focais (6 grupos focais com professores, N=72; e 6 grupos focais com pais, N=65), com 14 professores e 58 professoras, e 12 pais e 53 mães, em 2 escolas públicas da área de Lisboa e Vale do Tejo. As idades dos professores eram compreendidas entre os 27 e os 55 anos e as dos pais entre os 34 e os 52 anos. Os grupos eram homogéneos, para garantir que não se verificassem constrangimentos entre os participantes, bem como para facilitar o discurso da população que se pretendeu investigar (Morgan; 1998). (Ver tabela 11.)

Tabela 10 – Caracterização das escolas dos professores inquiridos – Estudo quantitativo (n= 329)

	N		%			
Região do país						
Norte	142		43,2			
Lisboa e Vale do Tejo	81		24,6			
Centro	66		20,1			
Alentejo	22		6,7			
Algarve	18		5,5			
Tipo de escola	N		%			
Escola Básica integrada	41		12,5			
Escola Básica	130		39,5			
Escola Básica e Secundária	131		39,8			
Escola Secundária	23		7,0			
Escola Profissional	2		0,6			
Outra	2		0,6			
Agrupamento	N		%			
Escola em Agrupamento	226		68,7			
Escola Não Agrupada	103		31,3			
Graus de ensino existentes na escola (% de “sim”)	N		%			
Jardim infantil	47		14,3			
1º Ciclo	93		28,3			
2º Ciclo	219		66,6			
3º Ciclo	301		91,5			
Secundário	157		47,7			
Outros (e.g. CEFs, EFAs)	42		12,8			
Tamanho das turmas na escola	M		DP			
Número de alunos médio por turma	22,97		5,87			
Clima social na escola (n=315)	(Muito Bom)		Razoável		(Bastante Mau)	
	N	%	N	%	N	%
	170	53,9	137	43,5	8	2,4

Tabela 11 – Caracterização dos grupos focais com professores e pais – Estudo qualitativo (n= 137)

	Identificação do grupo focal	N			Grau de ensino
		M ¹	F ²	Total	
Professores	1	2	10	12	2º Ciclo
	2	4	8	12	3º Ciclo
	3	1	11	12	3º Ciclo
	4	2	10	12	Secundário
	5	3	9	12	Básico e secundário
	6	2	10	12	Secundário
Subtotal		14	58	72	
Pais	1	3	7	10	2º Ciclo
	2	1	11	12	2º Ciclo
	3	3	9	12	3º Ciclo
	4	2	9	11	3º Ciclo
	5	1	9	10	Secundário
	6	2	8	10	Secundário
Subtotal		12	53	65	
Total	12	26	111	137	

¹ Masculino

² Feminino

Procedimento

Estudo quantitativo

O estudo HBSC (Health Behaviour in School aged Children, www.hbsc.org), realizado em colaboração com a Organização Mundial de Saúde, estuda os comportamentos de saúde dos alunos dos 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade e é realizado de 4 em 4 anos. Atualmente integra 43 países, maioritariamente europeus. Em Portugal já foram realizados 4 estudos nacionais, em 1998, 2002, 2006 e 2010 (Matos & Equipa Aventura Social, 2000; 2003; 2006; 2011a).

O estudo KIDSCREEN é um estudo financiado pela União Europeia e pretende avaliar a qualidade de vida relacionada com a família em crianças e seus pais (www.kidscreen.com). Integra atualmente 13 países e inclui alunos dos 9 aos 16 anos (em

Portugal alunos dos 5.º e 7.º anos de escolaridade). Em Portugal foram realizados dois estudos nacionais, respetivamente em 2006 e 2010 (Matos et al., 2012).

Os procedimentos são iguais nos dois estudos. A amostra dos alunos é recolhida por escolas, selecionadas aleatoriamente de entre as escolas públicas do ensino regular do país, com base numa lista nacional estratificada por regiões (cinco regiões escolares), de modo a obter-se uma amostra representativa dos alunos dos 5.º, 6.º, 7.º, 8.º e 10.º anos do ensino português. Em 2010, participaram 130 escolas.

Para cada escola são enviados questionários para alunos. Em 2012 incluiu-se neste estudo um questionário para órgãos de gestão (Matos et al., 2011b), e ainda um outro dirigido aos professores das turmas de alunos participantes, com o objetivo de avaliar a perceção que estes têm sobre o grau de implementação da educação para a saúde/sexual nas escolas onde lecionavam, bem como o seu grau de adesão à promoção da educação da saúde.

Na secção quantitativa do presente estudo analisam-se as respostas destes professores.

Os questionários foram enviados por correio para 465 turmas de 130 escolas das cinco regiões do país que aceitaram participar nos estudos. Em cada turma, o professor preencheu também um questionário específico. Da totalidade de questionários dirigidos aos professores foi obtida uma taxa de resposta de 83,7%.

Cada turma sorteada recebeu um envelope contendo os questionários dirigidos aos alunos, um questionário dirigido ao professor que devia acompanhar a aplicação (qualquer professor que se disponibilizasse ou fosse nomeado para tal pelo órgão de gestão) e a respetiva folha de procedimentos. Durante a aplicação dos estudos HBSC e KIDSCREEN às turmas, cada professor deveria preencher o seu questionário, que seria fechado conjuntamente com o dos alunos, imediatamente após conclusão destes, no respetivo envelope, e devolvido à equipa de investigação responsável. A participação foi anónima e voluntária.

O instrumento que serviu de base a este estudo (HBSC/KIDSCREEN – versão professor) foi um questionário de autorrelato, constituído por uma parte relativa à caracterização das escolas onde os professores participantes lecionavam no ano letivo de 2009/2010 (região do país onde a escola se situa, tipo de escola, situação de agrupamento, graus de ensino existentes, tamanho médio das turmas e perceção de clima social), e uma segunda parte em que se pretendia avaliar as perceções dos professores sobre questões

específicas de promoção e educação para a saúde/educação sexual relativas a) à escola (inclusão da mesma no Projeto Educativo, nomeação de professor coordenador, estratégias que consideram que deviam ser implementadas, e existência, constituição e interdisciplinaridade da equipa do gabinete), b) à comunidade educativa (adesão à temática), e c) ao próprio (formação específica na área, reconhecimento de conteúdos da área nas disciplinas lecionadas, identificação de conteúdos da área difíceis de abordar e situações difíceis de lidar na área). Através desta segunda parte (por meio das perceções dos professores) também se pretendia avaliar as principais medidas e estratégias de PES e ES nas escolas portuguesas.

As questões incluídas no protocolo pretendiam avaliar o estado da PES nas escolas portuguesas (com base nas diretivas emanadas do Ministério da Educação desde 2006), a perceção que os professores têm sobre as principais medidas e estratégias de PES e ES nas escolas onde lecionam, e o grau de adesão de pais e dos próprios à PES e à ES.

O questionário foi avaliado por um painel de especialistas.

Estudo Qualitativo

Os grupos focais, ou grupos de discussão centrados num tema, são formas qualitativas de investigação que se traduzem em debates orientados através de entrevistas semiestruturadas. Este método de investigação permite a obtenção de informações sobre determinado assunto (foco), onde todas as opiniões proferidas pelos participantes são consideradas válidas. A técnica do grupo focal procura obter um conhecimento mais vasto da perspetiva de cada grupo, explorando as ideias e pontos de vista, opiniões, crenças, valores, discurso e compreensão dos participantes sobre a investigação (Edmunds, 1999; Morgan, King, & Krueger, 1998; Vogt, King, & King, 2004). Os materiais utilizados foram: um gravador áudio e um bloco de notas, onde foram sendo registadas as intervenções dos participantes.

Os participantes foram selecionados através de contactos privilegiados com escolas participantes nos estudos HBSC e KISCREEN 2010 – versão alunos – da área de Lisboa e Vale do Tejo. Para além de professores, também se decidiu selecionar pais, uma vez que algumas informações trabalhadas no questionário dos professores (estudo quantitativo) se referiam às perceções que os professores tinham da adesão dos pais à PES e à ES. Após autorização dos órgãos de gestão para realização do estudo qualitativo, o contacto com os professores e/ou com os pais foi feito através do psicólogo escolar ou do coordenador de educação para a saúde. O único critério de seleção dos professores era lecionar uma ou

mais turmas nessa escola, enquanto o dos pais era ter um ou mais filhos(as) matriculados nessa escola. Em ambos os casos, o investigador que conduziu o estudo qualitativo ofereceu uma sessão de esclarecimento sobre PES /ES, que aconteceu imediatamente a seguir à dinamização do grupo focal. A participação no estudo foi voluntária, anónima e confidencial. No caso dos professores, os grupos focais realizaram-se às quartas-feiras à tarde; e no caso dos pais, ao fim da tarde ou início da noite, conforme solicitação destes. O procedimento relativo à condução de cada grupo focal foi idêntico. A entrevista decorreu à volta de uma mesa, num gabinete de trabalho da escola, com a presença exclusiva dos participantes (professores ou pais) e do investigador. Antes de se dar início à entrevista, foram apresentados novamente os objetivos do estudo, esclarecendo que não havia respostas corretas ou incorretas, apenas se pretendia conhecer as perceções dos sujeitos sobre aspetos vários relacionados com a PES, e mais especificamente com a ES. Foram também informados que a entrevista era anónima.

Durante a entrevista, o investigador introduziu os vários pontos constantes do guião da entrevista, numa sequência pouco rígida, uma vez que os grupos entrevistados tinham características muito diversas. Os pontos propostos para os professores foram os seguintes:

- a) Na vossa opinião, os professores aderem muito ou pouco à ES em meio escolar? Por que razões acham que os professores aderem muito/pouco à ES em meio escolar? E os pais? Por que razões acham que os pais aderem muito/pouco à ES em meio escolar?
- b) De uma lista de 8 temas (consumo de substâncias, alimentação, atividade física, higiene, imagem corporal, sexualidade, ISTs e VIH, e violência), os professores consideraram que a sexualidade era o tema em que sentiam mais dificuldade a abordar com os alunos. Que motivos consideram que o justifica?
- c) Que papel tem a família e a escola na adoção de uma sexualidade saudável? É o mesmo papel? Têm papéis contraditórios? Têm papéis complementares?
- d) Enquanto professor já teve oportunidade de se informar dos conteúdos da PES? E da ES? E analisou o(s) seu(s) programa(s) para verificar quais estão contemplados? E até que ponto os lecionou também com esse objetivo?

Os pontos propostos para os pais foram os que se seguem:

- a) Na vossa opinião, os pais aderem muito ou pouco à ES em meio escolar? Por que razões acham que os pais aderem muito/pouco à ES em meio escolar?/E os professores? Por que razões acham que os professores aderem muito ou pouco à ES em meio escolar?
- b) Da lista de 8 temas que se segue (consumo de substâncias, alimentação, atividade física, higiene, imagem corporal, sexualidade, ISTs e VIH, e violência), quais os temas que consideram mais fáceis para os pais de abordar com os filhos? E os mais difíceis? Que motivos consideram que o justificam?
- c) Que papel tem a família e a escola na adoção de uma sexualidade saudável? É o mesmo papel? Têm papéis contraditórios? Têm papéis complementares?
- d) Enquanto pais/mães envolvem-se regularmente nas atividades de PES e ES dinamizadas pela escola? Até que ponto as aproveitam para criar momentos de educação em família?

As questões incluídas no guião pretendiam avaliar: o estado da PES nas escolas portuguesas; a percepção que os professores têm sobre o grau de adesão de pais e dos próprios à PES/ES; e a percepção que os pais têm sobre ES, quer em meio escolar, quer em meio familiar.

Os guiões dos grupos focais foram avaliados por um painel de especialistas.

A duração dos grupos focais situou-se entre os 40 e os 60 minutos.

Análise de dados

No estudo quantitativo, apresenta-se uma estatística descritiva com frequências e percentagens para as variáveis nominais, e média e desvio padrão para as variáveis contínuas. No estudo qualitativo, descreveram-se os principais resultados e procedeu-se à transcrição das partes dos grupos focais consideradas relevantes.

Resultados

Estudo quantitativo

Promoção e educação para a saúde (PES) e educação sexual (ES)

Neste âmbito foram colocados três tipos de questões: relativas à escola, à comunidade educativa e ao professor. Quanto à escola, 98,2% referiram a inclusão da PES no Projeto Educativo; 82,1% confirmaram a nomeação de um Professor coordenador de PES/ES (mas 12,8% admitiram não ter conhecimento acerca do assunto); 69,9% mencionaram a existência de gabinete de apoio ao aluno, e 59,1% a interdisciplinaridade da respetiva equipa (com professores – 74,8% de ciências naturais, biologia e educação física; psicólogos – 63,5%; enfermeiros – 17,4%; assistentes sociais – 7,8%; e em alguns casos médicos – 0,9%; e alunos, elementos da CPCJ e nutricionistas – 10,9%). Em termos de estratégias que consideraram dever ser implementadas para dinamizar os conteúdos ligados à PES, 88,1% destacaram as ações e conferências por agentes externos (centro de saúde etc.). Quanto à comunidade educativa, os participantes avaliaram a adesão dos pais ao trabalho à área da PES como fraca (39,7%) ou média (46,1%), dos docentes como média (43,5%) ou boa (37,9%), e dos alunos como média (38,6%) ou boa (45,3%). E, quanto ao professor, a maioria referiu não ter formação específica na área (25,8%) e apenas cerca de um terço (39,5%) afirmou ter conhecimento da existência de conteúdos de ES na(s) disciplina(s) lecionada(s). Questionados acerca dos conteúdos de PES que consideravam difíceis de abordar, de entre uma lista de oito, destacaram a sexualidade com 47,4%, uma percentagem bem distante da segunda escolha – consumo de substâncias, com uma percentagem de 24%. Em termos de situações, 67,4% consideraram ter bastante ou muita dificuldade em lidar com as famílias, e 35,9% bastante ou muita dificuldade na dinamização de sessões de ES. (Ver tabela 12.)

Tabela 12 – Promoção e Educação para a Saúde (PES) e Educação Sexual (ES) – Estudo quantitativo (n=329)

Questões relativas à escola		
Inclusão da PES no Projeto Educativo (% de sim)	N	%
Sim	323	98,2
Nomeação de Professor coordenador de PES/ES	N	%
Sim	270	82,1
Não	17	5,2
Não sei	42	12,8

Estratégias que devem ser implementadas em PES (% de sim)	N	%						
Ações e conferências por agentes externos (Centro de saúde etc.)	290	88,1						
Participação das famílias	236	71,7						
Gabinete de apoio ao aluno	206	62,6						
Área de Projeto	205	62,3						
Outras (Abordagem transdisciplinar, formação interpares etc.)	38	11,6						
Existência de gabinete (% de sim)	N	%						
Sim	230	69,9						
Interdisciplinaridade da equipa do gabinete	N	%						
Sim	136	59,1						
Não	23	10,0						
Não sei	71	30,9						
Constituição da equipa do gabinete (% de sim)	N	%						
Professor (especialmente de Ciências Naturais, Biologia e Línguas)	172	74,8						
Psicólogo	146	63,5						
Enfermeiro	40	17,4						
Assistente social	18	7,8						
Médico	2	0,9						
Outro (especialmente alunos, elementos da CPCJ e nutricionistas)	25	10,9						
Questões relativas à comunidade educativa								
Adesão da Comunidade educativa à PES	Fraca		Média		Boa		Excelente	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Professores (n=317)	36	11,3	138	43,5	120	37,9	23	7,3
Alunos (n=316)	35	11,0	122	38,6	143	45,3	16	5,1
Pais (n=310)	123	39,7	143	46,1	40	12,9	4	1,3
Questões relativas ao professor								
Formação específica de PES pelo próprio (% de sim)	N	%						
Sim	85	25,8						
Existência de conteúdos de ES na(s) disciplina(s) lecionada(s) pelo próprio (% de sim)	N	%						
Sim	130	39,5						
Conteúdos de PES considerados difíceis de abordar pelo próprio (% de sim)	N	%						
Sexualidade	156	47,4						
Consumo de Substâncias	79	24,0						
ISTs e VIH	69	21,0						
Imagem corporal	62	18,8						
Higiene	60	18,2						
Atividade Física	51	15,5						
Violência	49	14,9						
Alimentação	18	5,5						

Situações de PES/ES consideradas difíceis de lidar	Bastante / Muita dificuldade		Alguma dificuldade		Pouca dificuldade		Nenhuma dificuldade	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Relação com as famílias (n=316)	213	67,4	77	24,4	22	7,0	4	1,3
Dinamização de sessões de ES (n=304)	109	35,9	88	28,9	64	21,1	43	14,1

Estudo qualitativo – Professores

Adesão dos professores à ES em meio escolar

Na opinião dos professores participantes, em geral, os professores aderem pouco à ES em meio escolar, o que acontece por não estarem bem preparados em termos gerais, terem receio de não possuírem conhecimentos suficientes sobre os temas ou de surgirem perguntas que não saibam responder, não se sentirem confortáveis com os temas (“Eu fico sempre vermelha quando falo nestes assuntos...”), receio de perderem o controlo da turma (“É muito fácil os alunos começarem com risotas e a dizer piadas ou ordinarices e num instante temos uma série de problemas para resolver e que podiam ser evitados se não falarmos nesses temas”, “Assim que o assunto é sexualidade há logo risadas ou indiretas para os colegas causando muitas vezes situações graves de falta de respeito.”), receio da reação dos pais (“...muitos pais não concordam com a ES pois acham que vai despertar nos filhos a curiosidade pelo sexo.”) e não haver um manual estruturado que seja possível seguir.

Perceção dos professores sobre a adesão dos pais à ES em meio escolar

Os professores consideram que, no geral, também os pais aderem pouco à ES em meio escolar, por não terem tempo (devido às obrigações profissionais), por encararem a ES (à semelhança de qualquer outra área de educação) como obrigação da escola, por não se sentirem confortáveis nem com eles próprios nem com os filhos, e por receio de não estarem bem preparados.

Dificuldades na abordagem da sexualidade em meio escolar

Em relação à sexualidade ter sido identificada (no estudo quantitativo) como o tema mais difícil, de entre oito, a abordar com alunos, referiram que os motivos para tal se prendiam com o que já tinham mencionado a propósito dos professores na questão anterior (falta de preparação técnico-científica, desconforto, potencial desagrado dos pais e falta de recursos).

Papel da Família na ES

Relativamente ao papel da família e da escola na adoção de uma sexualidade saudável, foram da opinião que estes se complementam, pois a família deve transmitir valores (compreensão, generosidade, etc.) e modelos (pela forma como comunicam os seus sentimentos, pelas suas atitudes e comportamentos, especialmente enquanto casal); por sua vez, a escola deve transmitir conhecimentos (face ao VIH/SIDA, preservativo, métodos contraceptivos, etc.) e competências (por exemplo relacionadas com aquisição e uso do preservativo).

A ES nos currículos das disciplinas

Quanto a conteúdos da PES e da ES, além de estarem familiarizados com estes, identificaram os que tinham correspondência nos seus programas e lecionaram-nos com clara consciência de estarem a dinamizar a PES e a ES. (Ver tabela 13.)

Tabela 13 – Promoção e Educação para a Saúde (PES) e Educação Sexual (ES) – Grupos Focais com Professores (n=72) – Estudo qualitativo

	≥ metade dos participantes
Adesão dos professores e pais à ES e motivos	<p>Professores</p> <ul style="list-style-type: none"> - aderem pouco; - não estarem bem preparados no geral, - receio de não possuírem conhecimentos suficientes; - receio de haver perguntas que não saibam responder; - não se sentem confortáveis; - receio de perderem o controlo da turma; - receio da reação dos pais; - não haver manual estruturado que seja possível seguir; <p>Pais</p> <ul style="list-style-type: none"> - aderem pouco; - não têm tempo; - consideram que a escola tem (todas as) obrigação; - não se sentem confortáveis nem com eles nem com os filhos; - receio de não estarem bem preparados;
Temas mais difíceis de abordar com alunos – sexualidade - motivos	(mesmos motivos da questão anterior no que diz respeito aos professores)
Papel da família e da escola na adoção de sexualidade saudável – igual / contraditório / complementar	<ul style="list-style-type: none"> - Família deve transmitir valores e modelos; a escola deve transmitir conhecimentos e competências; - Os papéis são complementares (não se substituem)

O professor conhece os conteúdos da PES e da ES, analisou seus programas para identifica-los, leciona-os também com esse objetivo	- professores participantes conhecem conteúdos da PES e da ES (são/foram membros do gabinete de apoio ao aluno ou coordenadores da PES/ES), analisaram respetivos currículos e lecionam esses conteúdos também com esse objetivo
--	--

Estudo qualitativo – Pais

Adesão dos pais à ES em meio escolar

Na opinião dos pais participantes, em geral, os pais aderem pouco à ES em meio escolar, o que acontece por não se sentirem confortáveis nem com eles próprios nem com os filhos, receio de não estarem bem preparados, e não terem tempo (devido às exigências da vida profissional).

Adesão dos professores à ES em meio escolar

No entanto, consideram que, no geral, os professores aderem bastante à ES em meio escolar, por estarem melhor preparados (têm muita informação e materiais de fácil acesso) e porque o contexto de grupo turma é mais confortável para lidar com assuntos difíceis (“Tratam os temas em grupo, ninguém pode falar nele ou nela, por isso os assuntos ficam mais gerais, mais fáceis.”).

Dificuldades na abordagem da sexualidade em meio escolar

Em relação ao grau de dificuldade na abordagem com os filhos de oito temas (consumo de substâncias, alimentação, atividade física, higiene, imagem corporal, sexualidade, ISTs e VIH, e violência), referiram que a alimentação, o consumo de substâncias e a violência são os mais fáceis - o primeiro porque é uma necessidade diária, e uma má alimentação tem implicações na saúde, constatando-se sempre oportunidades; e os outros, porque são preocupações constantes; a sexualidade e as ISTs são os mais difíceis devido a envolverem a intimidade e os sentimentos. Acrescentaram ainda não abordar normalmente a atividade física, a higiene (“Desde que em criança eles aprenderam os hábitos de higiene, nunca mais falei nisso.”) e a imagem corporal (“Ela anda sempre a dizer que está gorda mas eu levo isso para a alimentação e nunca me lembrei de falar no corpo.”).

Papel da Família na ES

Relativamente ao papel da família e da escola na adoção de uma sexualidade saudável, foram da opinião que estes se complementam, pois a família deve transmitir valores (compreensão, generosidade, etc.) e modelos (pela forma como comunicam os

seus sentimentos, pelas suas atitudes e comportamentos, especialmente enquanto casal), constituindo o principal suporte dos filhos, ao passo que a escola deve transmitir conhecimentos (face ao VIH/SIDA, preservativo, métodos contraceptivos, etc.) e competências (por ex. relacionadas com aquisição e uso do preservativo).

Envolvimento dos pais nas atividades de PES/ ES na escola

Em termos de adesão enquanto pai ou mãe às atividades de PES e ES em meio escolar, consideram que sempre que há uma solicitação por parte da escola e têm disponibilidade, envolvem-se nas atividades propostas, apesar de apenas às vezes aproveitarem a oportunidade para abordar o assunto também em contexto familiar (“Pois, devia aproveitar para falar melhor no assunto e dizer a minha opinião, mas especialmente se o tema for a sexualidade, acho que já está abordado e já não é preciso mais nada.”) (Ver tabela 14.)

Tabela 14 – Promoção e Educação para a Saúde (PES) e Educação Sexual (ES) – Grupos Focais com Pais (n=65) – Estudo qualitativo

	≥ metade dos participantes
Adesão dos pais e professores à ES e motivos	Pais - aderem pouco; - não se sentem confortáveis nem com eles nem com os filhos; - receio de não estarem bem preparados; - não têm tempo; Professores - aderem bastante; - estão melhor preparados (têm muita informação e materiais de fácil acesso); - O contexto de grupo turma é mais confortável para lidar com assuntos difíceis
Temas mais fáceis e mais difíceis de abordar com filhos - motivos	Mais fáceis – alimentação, consumo de substâncias e violência Não abordam normalmente - atividade física, higiene e imagem corporal Mais difíceis – sexualidade e ISTs Motivos A alimentação é uma necessidade diária, há sempre oportunidades e a má alimentação implica a saúde; o consumo de substâncias e violência porque são preocupações constantes; A sexualidade e as ISTs envolvem a intimidade e os sentimentos
Papel da família e da escola na adoção de sexualidade saudável – igual / contraditório / complementar	- Família deve transmitir valores e modelos, é o principal suporte dos filhos; a escola deve transmitir conhecimentos e competências; - Os papéis são complementares (não se substituem)

Envolvimento enquanto pai / mãe nas atividades de PES e ES dinamizadas pela escola – criação de momentos de família	Envolvimento na ES em meio escolar - Sempre que são chamados e é possível participarem; - Às vezes o assunto é rentabilizado em casa (exceto sexualidade e ISTs)
--	--

Discussão/Conclusão

Promoção da PES e da ES nas escolas portuguesas

As perceções dos professores possibilitaram constatar que, atualmente, a inclusão da PES no Projeto Educativo das escolas, a existência de um professor coordenador de PES/ES e de um gabinete de apoio ao aluno, constituído por uma equipa interdisciplinar, são práticas correntes, o que vai ao encontro das recomendações ministeriais (Lei 60/2009). Apesar disso, os professores, em geral, referiram ter pouca formação específica na área e não revelaram conhecimento dos conteúdos de ES nas disciplinas que lecionavam à data da recolha, o que contraria o espírito das linhas orientadoras (ME&MS, 2000) e as recomendações do GTES (GTES, 2005, 2007a, 2007b), que priorizam a formação na área da ES e que propõem que a ES seja (também) implementada através de uma dinâmica transversal às várias disciplinas. Por conseguinte, destaca-se a importância da formação específica (complementar) na área e sugere-se que os centros de formação de professores procurem dinamizá-la. Note-se que, embora o estudo qualitativo não confirme o desconhecimento dos professores quanto aos seus conteúdos programáticos de ES, deve ser tido em conta que os sujeitos inquiridos eram quase todos professores que, ou já haviam sido, ou eram, naquele momento, parte da equipa do gabinete do aluno, ou coordenadores de educação para a saúde/educação sexual nas suas escolas, não sendo consequentemente representativos dos docentes em geral.

No que diz respeito às perceções dos professores sobre medidas e estratégias de PES / ES nas escolas, os resultados salientaram a eleição de ações ou conferências por agentes externos à escola, entre outras medidas como Área de Projeto (área curricular não disciplinar), participação das famílias e gabinete de apoio ao aluno. Se, por um lado, é de notar que esta medida não está incluída nas estratégias participativas e inseridas nas estruturas e recursos de cada escola, como é privilegiado pelo GTES/ES/ME (Matos, 2005; Simões, 2007; Matos et al., 2008), por outro importa referir que estes resultados reportam apenas perceções dos professores, não refletindo necessariamente a prioridade das escolas onde estes lecionam. Provavelmente, os dados recolhidos espelham apenas a adesão destes professores em particular à PES/ES.

Grau de adesão dos pais à PES/ES - Percepções dos professores e dos pais

Quer através do estudo quantitativo, quer do qualitativo, observou-se que a percepção dos professores relativa à adesão dos pais à PES/ES na escola é média/fraca em geral. O estudo qualitativo apontou como razões para aderirem pouco: a falta de tempo dos pais, a crença de que toda a educação é uma obrigação da escola, a falta de conforto na abordagem destes temas com os filhos, e a falta de formação científica. Estes resultados foram reforçados pelas percepções dos pais, inclusive quanto à maioria dos motivos da pouca adesão; apenas não referiram a transferência da obrigação educativa para a escola. Outros aspetos reforçaram igualmente a ideia de pouca adesão dos pais à PES/ES: por um lado, a percepção dos professores que a relação com as famílias é bastante (ou muito) difícil de ultrapassar (dificuldade já identificada no estudo efetuado com os órgãos de gestão do HBSC: Matos et al, 2011b); por outro, os pais participantes no estudo qualitativo referiram que, apesar de se envolverem na PES na escola quando são chamados e têm disponibilidade, só às vezes rentabilizam a oportunidade de fazer PES com os filhos em contexto familiar (e quando o assunto não é sexualidade ou ISTs). Assim, destaca-se a necessidade de fomentar a formação na área da educação sexual para pais, no sentido destes melhorarem as suas competências e poderem rentabilizar melhor as oportunidades de ES com os filhos.

Grau de adesão dos professores à PES/ES - Percepções dos professores e dos pais

Segundo os resultados do estudo quantitativo e das percepções dos pais (estudo qualitativo), o envolvimento ou adesão dos professores à PES/ES é médio/bom, apesar do estudo quantitativo destacar que estes têm dificuldade em dinamizar sessões de ES e em abordar conteúdos de sexualidade. De acordo com as percepções dos pais, os professores envolvem-se bastante na ES porque estão bem preparados cientificamente, têm acesso fácil aos recursos necessários e abordam a ES no contexto do grupo-turma, evitando o desconforto de uma abordagem mais personalizada. Os professores que foram entrevistados nos grupos focais apresentaram uma percepção diferente da adesão dos professores no geral, considerando que esta era insuficiente e apresentando como razões para isso: a falta de formação técnico-científica, a falta de conforto na abordagem do tema, o potencial desagradado dos pais, e a falta de recursos como um manual escolar. Estas diferenças quanto à percepção da adesão dos professores, podem ser resultantes de uma postura mais exigente, em relação à classe docente, por parte dos professores que

integraram os grupos focais, pelo facto de estes poderem ter (tido) uma posição privilegiada (membros de gabinetes de apoio ao aluno ou professores coordenadores) e de isso lhes ter naturalmente proporcionado maior sensibilização face à importância da educação sexual e, conseqüentemente, terem mais experiência e serem mais exigentes face aos outros.

Em termos gerais, professores e pais têm percepções semelhantes relativamente aos papéis complementares da família e da escola no que diz respeito à ES, cabendo à família as questões dos valores e modelos, e à escola os conhecimentos e as competências.

De salientar que este estudo descreve o estado da arte em Portugal em 2010, antes das mais recentes medidas que eliminaram a Educação para a Saúde como prioritária em meio escolar, sendo pois de temer um retrocesso neste momento (2013).

Considerações finais

- 1- Em 2010, as escolas implementavam já as principais estratégias de PES e ES, esperando-se que esse comprometimento contribua para a vivência de “uma cultura de escola” e para a perpetuação de boas práticas.
- 2- Relativamente aos conteúdos abordados na PES, os resultados destes estudos reafirmam a necessidade de se priorizar a formação complementar específica no âmbito da sexualidade.
- 3- Os resultados sugerem que a educação sexual em meio familiar ainda é incipiente, pelo que a promoção da formação complementar específica para pais é igualmente crucial.
- 3.1 - O reconhecimento de que a educação sexual em meio escolar constitui uma oportunidade para que se verifique educação sexual em meio familiar (López & Fuertes, 1999) constitui um motivo acrescido para se priorizar a ES na escola.
- 4- Face à crise financeira que o país atravessa e às alterações que o ME implementou nas escolas (por exemplo a exclusão da Área de Projeto do currículo nacional), medidas estas posteriores à data deste estudo, admite-se que o estado da PES e da ES volte a sofrer um desinvestimento no futuro próximo.
- 5- A investigação mostra que não se pode deixar de investir em áreas que têm estado a apresentar resultados de sucesso, correndo-se o risco de se registar um retrocesso

em termos de saúde pública (IPFF, 2007), nomeadamente maior número de jovens infetados com VIH/SIDA, mais gestações não desejadas entre os jovens, mais interrupções voluntárias de gravidez entre os jovens, mais jovens envolvidos em práticas sexuais não desejadas, e mais jovens com uma vivência negativa da sexualidade, por exemplo.

- 6- Tornar a excelência rotina é um custo aceitável do desenvolvimento (Matos et al., 2006; Baptista et al., 2008), enquanto que abandonar ou reduzir o investimento feito é um custo inaceitável. Os estudos HBSC e KIDSCREEN em 2014 permitirão acompanhar a evolução da promoção da educação para a saúde e da educação sexual em Portugal.

Referências

- Anastácio, Z., Raposo, J., & Carvalho, G.S. (2001). Educação Sexual como contributo para a promoção e educação para a saúde. Actas do 1º Encontro Nacional de Promoção e Educação para a Saúde. Beja: Instituto Politécnico de Beja e Núcleo de Saúde Pública do Campo Branco.
- Baptista I. et al. (2008). Condições ambientais, pedagógicas e psico-sociais nas escolas: uma visão de gestão escolar, *NOESIS*, nº75, p.50-58.
- Bowden, R.G., Lanning, B.A., Pippin, G.R., & Tanner, J.F. Jr. (2003). Teachers' attitudes towards abstinence – only sex education curricula. *Education*, 123(4), 780-788.
- Edmunds, H. (1999). *The Focus Group Research Handbook*. London: McGraw-Hill Professional.
- GTES (2005). Educação para a saúde nas escolas: relatório preliminar, em www.dgicd.min-edu.pt retrieved 30/11/2005
- GTES (2007a). Educação para a saúde nas escolas: relatório intercalar, em www.dgicd.min-edu.pt retrieved 30/1/2007
- GTES (2007b). Educação para a saúde nas escolas: relatório final, em www.dgicd.min-edu.pt retrieved 30/1/2007
- IPPF (2007). O projeto SAFE. Um guia para o desenvolvimento de políticas sobre direitos e saúde sexual e reprodutiva de jovens na Europa. APF - Associação para o Planeamento Familiar.
- López, F. & Fuertes, A. (1999). Para compreender a sexualidade. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Matos, M.G. & Equipa do Projecto Aventura Social (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses: Estudo nacional da rede europeia HBSC / OMS (1998)*: FMH/PEPT.
- Matos, M.G., & Equipa do Projecto Aventura Social (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses - Quatro anos depois (The health of Portuguese adolescents_ four years after)*. Lisboa: Edições FMH
- Matos, M.G., & Equipa do Projecto Aventura Social (2006). *A saúde dos adolescentes portugueses: Hoje em 8 anos, em* <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf>

- Matos M.G. & Equipa do Projecto Aventura Social, (2008a); Gestão Escolar, Saúde e Necessidades Especiais – Inquérito no âmbito do estudo HBSC/OMS; in www.aventurasocial.com
- Matos, M.G.; Simões, C.; Tomé, G.; Camacho, I.; Ferreira, M.; Ramiro, L.; Reis, M.; & Equipa Aventura Social (2011a). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório do Estudo HBSC 2010*. ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.
- Matos, M.G. (2005) *Comunicação e gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: CDI/FMH.
- Matos, M.G., Baptista, I., Sampaio, D., Simões, C., Diniz, J.A., & Gaspar, T. et al. (2008b). *From research to practice: promoting adolescents' positive health in Portuguese schools*; WHO: Venice.
- Matos, M.G., Ramiro, L., Ferreira, M., Tomé, G., Camacho, I., & Reis, M. et al. (2011b). Condições ambientais, pedagógicas e psico-sociais nas escolas: uma visão da gestão escolar e sua evolução em 4 anos. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 3:111-126. Lisboa: Universidade Lusíada.
- Matos, M.G., Sampaio, D., Baptista, I. & Equipa Aventura Social (2013). Adolescents' health and promotion in Portugal: a case study of planning for sustainable practice. *In The Implementation of Health Promoting Schools – Exploring the theories of what, why and how*. Routledge.
- Ministério da Educação, & Ministério da Saúde (Eds.). (2000). *Educação sexual em meio escolar – linhas orientadoras*. Lisboa: ME/MS/APF/CAN.
- Morgan, D., King, J, & Krueger, R. (1998). *Focus Group Kit*. London: Sage Publications.
- Ramiro, L., & Matos, M.G. (2008). Percepções dos Professores Portugueses sobre Educação Sexual. *Revista de Saúde Pública*, 42(4), 684-692.
- Sampaio, M. (1990). A Educação Sexual e o Sistema Educativo. *Planeamento Familiar*, 47/48, 3-5.
- Serrão, C. (2009). *Práticas de Educação Sexual em contexto escolar – Fatores preditores do envolvimento dos professores na promoção da ES*. Dissertação de doutoramento. Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. (manuscrito não publicado)
- Simões, C. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: FCG/FCT.

Vilar, D. (2003). *Falar Disso: A Educação Sexual nas Famílias dos Adolescentes*. Porto: Edições Afrontamento.

Vogt, D., King, D., & King, L. (2004). Focus groups in psychological assessment: Enhancing content validity by consulting members of the target population *Psychological Assessment, 16*, 3, 231–243.

Estudo 3 – Trends in adolescent sexual behavior and the impact of information and attitudes about HIV/AIDS: state of art and changes in a eight year period in Portugal³

Abstract

There is a recent decline in HIV incidence in a significant number of countries due to the adoption of preventive sexual behaviors, which demonstrates that reducing sexual transmission of HIV is possible. The goal of this research was to deepen knowledge of preventive sexual behavior in Portuguese adolescents, including knowledge and attitudes about HIV/AIDS, and assessing whether they changed from 2002 to 2010. Data were collected through a self-administered questionnaire from the Portuguese sample of the Health Behavior in School-aged Children (HBSC), a collaborative WHO study. The study provided national representative data of 10587 Portuguese adolescents, randomly chosen from those attending 8th and 10th grade and the opportunity to examine trends in sexual behavior on a national level. In terms of preventive behaviors, results showed an increasing trend regarding the percentage reporting first sexual intercourse at 14 years old or more and condom use at last sexual intercourse and a stabilized trend in what having had sexual intercourse, contraceptive pill use at last sexual intercourse and having had sexual intercourse under the influence of alcohol or drugs is concerned. Nevertheless, in terms of knowledge and attitudes about HIV/AIDS, results showed a systematic decreasing trend. This suggested that sex education programs implemented in Portugal are still too limited to teaching sessions, strongly homogenized in their content and consequently inadequate to enhance the level of knowledge and attitudes regarding HIV, let alone personal and social skills of different target groups.

Keywords: Preventive behaviors, knowledge, attitudes, STI, young people, sex education classes

³ Ramiro, L., Reis, M., Matos, M.G., Diniz, J.A.(in press).Trends in adolescence sexual behavior, impact of information and attitudes about HIV/AIDS: state of art and changes in a eight year period in Portugal. *Psychology, Health and Medicine*. (IF= 1.178)

Introduction

According to UNAIDS¹, at the end of 2010 there were about 34 million people living with HIV infection in the world and 42% of the newly HIV/AIDS infected occur in young people aged between 15 and 24 years old.

In Portugal, according to the latest available report from the national monitoring center of sexually transmitted diseases², there was a proportional increase in the number of cases of heterosexual transmission among the 20-49 year old cohort (which means that some were infected during adolescence), confirming the epidemiological pattern recorded annually since 2000².

There has been a recent decline in HIV incidence in a significant number of countries due to the adoption of preventive sexual behaviors, which demonstrates that reducing sexual transmission of HIV is possible. In fact, literature claims that prevention is the best way to control STIs and condom use is generally accepted as the best preventive behavior regarding STIs among sexually active individuals. Nevertheless, young people still are a major concern as their risk for infections is higher than in adults³, mainly because of their physical, emotional and cognitive immaturity. In addition, young people are particularly vulnerable to STIs and subsequent health problems because they don't have the necessary information regarding STIs prevention, are more reluctant to search for information and are more frequently involved in risky sexual behaviors, such as engaging in sex without condom and having multiple sequential partners⁴. For those reasons, early sexual initiation has been identified as a crucial indicator for sexual health^{3,5,6}.

Though there are several HIV prevention interventions currently being put into practice, the majority aren't theory-based and instead focus (almost) completely on information and do not invest in training motivation and behavioral skills. As a consequence, these interventions do not have a relevant impact on young people's behaviors. Therefore, it is critically important to implement interventions based on theories that have empirically demonstrated to decrease sexual risk behaviors⁷.

According to literature, if young people have information and motivation on preventive sexual behaviors, they may change their attitudes and their behaviors^{8,9}.

The information-motivation behavioral skills (IMB) model¹⁰ has been validated over the years with several populations. According to this model, HIV prevention

information, motivation, and behavioral skills are fundamental determinants of HIV preventive behaviors. As for information, it contemplates information regarding HIV transmission and prevention; as for motivation, it refers to the engagement in HIV preventive behaviors, as well as personal motivation (positive attitudes towards the performance of HIV preventive actions) and social motivation (perceived social support for engaging in these actions); and as for behavioral skills, it refers to the specific skills one needs so as to perform HIV preventive actions, which includes the sense of self-efficacy for doing them^{10,11,12,13}. Hence, according to the IMB model there are three prerequisites to have HIV preventive behaviors: information, motivation and behavioral skills. The three of them together determine individuals' ability to have preventive behaviors.

According to WHO's recommendations⁴, in the absence of an effective cure for HIV/AIDS, and taking into account the particular epidemiology of the disease, the prevention of AIDS depends largely on the adoption and maintenance of safe behaviors, therefore the educational strategies that modify or eliminate risk behaviors are central to prevent the spread of this pandemic.

Since adolescence is the stage of transition between childhood and adulthood, and this stage is characterized by a plasticity and vulnerability of the personality, adolescents are naturally more prone to understand the concepts that will lead them to a healthier physical, psychological and sexual maturity. It is crucial that they realize that their sexuality can be experienced in a healthy and happy way, and that to protect from STIs, including HIV/AIDS, they have to use condoms always (for it is the only way of protection against HIV/AIDS and other STIs among sexually active individuals)¹⁴.

As such, it is crucial to educate young people *before* they engage in sexual behaviors as it is easier to adopt than change behaviors. To be successful, the prevention must involve not only working on information but also motivation and behavioral skills^{15,16}.

In order for a IMB-based model HIV intervention to be effective for Portuguese adolescents, their specific information, motivation and behavior skills deficits must be addressed, which requires identifying them previously to intervention. As a result, this article aims to deepen knowledge of preventive sexual behavior in Portuguese adolescents, including knowledge and attitudes about HIV/AIDS, and assessing whether they have changed and how they have changed from 2002 to 2010.

This analysis is important in terms of surveillance and epidemiological trends of risky sexual behaviors. Further, study findings provide insights into the relations between adolescents' sexual behaviors and sex education, which is likely to moderate the effects of individual risk factors on sexual behaviors.

Method

Data were collected through a self-administered questionnaire from the Portuguese sample of the Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study of 2002, 2006 and 2010^{7,17,18}. The HBSC study has been conducted every four years in 43 countries in collaboration with the World Health Organization (WHO) with the aim to describe young people's health and health behaviors as well as understand how they relate to different social contexts.

The study as such provided national representative data of 10587 Portuguese adolescents, randomly chosen from those attending 8th and 10th grade of high school and the opportunity to examine trends in sexual behavior on a national level. The sample included 52.7% girls and 47.3% males, whose mean age was 15.04 years (standard deviation 1.33). The majority of adolescents were of Portuguese nationality (93.8%), 52.1% attended the 8th grade and 47.9% attended the 10th grade and were distributed proportionally by all the educational Portuguese regions (North, Center, Lisbon and Tagus Valley, Alentejo and the Algarve) in the mainland (see table 15).

Table 15 – Socio demographic characteristics for the total sample.

	2002 (N=3762)		2006 (N=3331)		2010 (N=3494)		Total ¹ (N=10587)	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Gender								
Male	1806	48.0	1579	47.4	1622	46.4	5007	47.3
Female	1956	52.0	1752	52.6	1872	53.6	5580	52.7
Grade								
8th grade	2181	58.0	1740	52.2	1594	45.6	5515	52.1
10th grade	1581	42.0	1591	47.8	1900	54.4	5072	47.9
Nationality								
Portuguese	3382	93.3	3101	94.1	3145	94.2	9628	93.9
African + Brazilian	116	3.2	111	3.4	94	2.8	321	3.1
Other	127	3.5	82	2.5	101	3.0	310	3.0
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Age	15.12	1.35	15.07	1.34	14.94	1.30	15.04	1.33

¹The total numbers differ considering that some participants have not replied to some variables.

The sampling unit used in this survey was the class. The 139 schools in the sample were randomly selected from the official national list of public schools, stratified by region. In each school, classes were randomly selected in order to meet the required number of students for each grade, according to the international research protocol⁷.

This study had the approval of a scientific committee, an ethical national committee and the national commission for data protection and followed strictly all the guidelines for human rights protection.

In the questionnaire, which covered a wide range of questions about behaviors and lifestyles in adolescence, it was selected issues that relate to socio-demographic characteristics, sexual behavior, information regarding HIV/AIDS transmission / prevention and attitudes towards people living with HIV/AIDS. Further information about the survey procedures can be found elsewhere^{19,20}

Data analysis

Analyses and statistical procedures were carried out in the *Statistical Package for Social Sciences* program (SPSS, version 20.0 for Windows). Overall, structured self-reported questionnaires were responded by 10587 participants. The total numbers differed considering that some participants have not replied to some questions. Means, standard deviations, frequencies and other descriptive statistics were performed to characterize the sample. The level for statistical significance was set at $p < .001$ due to the size of the sample.

Sexual behaviors. Sexual behaviors were measured through the following behaviors - ever had sexual intercourse (Yes/No), age of first sexual intercourse (11 years or less/12-13 years/14 years or more), male condom use at last sexual intercourse (Yes/No), contraceptive pill use at last sexual intercourse (Yes/No) and having had sexual intercourse after having drunk too much alcohol or taken drugs (Yes/No). The questions regarding male condom and contraceptive pill use included both the participant and the partner so that boys could answer about the contraceptive pill use and girls could answer about male condom use. The female condom was not considered because at the time the questionnaire was revised it wasn't available in Portugal. Chi-squared analyses were used to examine sexual behaviors according to base year. Upward or downward trends were determined through the comparison of the module that corresponded to an adjusted residual $\geq |1.9|$.

Information regarding HIV/AIDS transmission/prevention. Participants were asked to respond to nine statements about HIV/AIDS transmission/prevention²¹. The Portuguese version of the scale was used²². Young people were asked to respond to nine statements about HIV/AIDS transmission/prevention: 1.“it is possible to become infected with HIV/AIDS by sharing needles”; 2.“it is possible to become infected with HIV/Aids from coughing and sneezing”; 3.“an **HIV**-infected pregnant woman may pass the virus to her baby”; 4.“it is possible to become infected with HIV/AIDS by hugging someone infected”; 5.“the oral contraceptive can protect against HIV/AIDS infection”; 6.“it is possible to become infected with HIV/AIDS by engaging in unprotected sexual intercourse with someone just once”; 7.“someone who looks healthy can be HIV infected”; 8.“it is possible to become infected with HIV/AIDS by sharing a glass, fork/spoon”; 9.“it is possible to become infected with HIV/AIDS by blood transfusion in a Portuguese hospital”. Items were rated on a three response options (1=Yes, 2= No and 3= I do not know). Only responses that showed correct information scored and so final scores ranged from 0 to 9, with high scores suggesting more positive knowledge/more information. These items were shown to have adequate reliability (Cronbach's alpha of 0.81).

Chi-squared analyses were used to examine information regarding HIV/AIDS transmission/prevention, according to base year. Upward or downward trends were determined through the comparison of the module that corresponded to an adjusted residual $\geq |1.9|$. ANOVA tests were used to examine final scores according to base year and upward or downward trends were determined through Scheffe post hoc tests.

Attitudes towards HIV/AIDS - infected people. Young people were asked to respond to five statements about attitudes towards HIV-infected people²¹. The Portuguese version of the scale was used²². Participants were asked to respond to: 1. “I wouldn't be a friend of someone if he had AIDS”, 2. “Adolescents with AIDS should be allowed to go to school”, 3. “I would sit near an infected student in classroom”, 4. “I would visit a friend if he or she had AIDS” and 5. “HIV infected people should live apart of the rest of people”. Items were rated on a 3-point rating scale (1= disagree to 3= agree). After recoding items 1 and 5, final scores ranged from 5 to 15, with high scores suggesting more tolerant attitudes. These items were shown to have adequate reliability (Cronbach's alpha of 0.76).

Chi-squared analyses were used to examine attitudes towards HIV/AIDS - infected people according to base year. Upward or downward trends were determined through the comparison of the module that corresponded to an adjusted residual $\geq |1.9|$. ANOVA tests were used to examine final scores according to base year and upward or downward trends were determined through Scheffe post hoc tests.

Control variables. Analyses were controlled for gender, age and school grade.

Results

Table 16 shows the trends in sexual behaviors between 2002 and 2010.

There was no statistical significant difference for the percentage of young people reporting ever having had sexual intercourse (23.7% in 2002, 22.7% in 2006 and 21.8% in 2010) ($\chi^2(1) = 3.84$; $p = .147$).

Among those who were sexually active, an overall increase was observed in age of first sexual intercourse ($\chi^2(4) = 57.46$; $p < .001$) peaking in 2006 (56.8% in 2002 versus 71.1% in 2006, and 68.9% in 2010 at 14 years or more). From 2002 to 2006 a decreasing trend was observed among those who initiated at 11 years or less as well as among those who initiated between 12 and 13. In both cases it stabilized from 2006 onwards.

Among those who were sexually active, 82.5% reported that they or their partner used a condom the last time they had engaged in sexual intercourse, which means that about 18% are currently at high risk. Considering the three cycles of the study, an increase was observed ($\chi^2(2) = 31.36$; $p < .001$), which was especially strong between 2002 and 2006 (71.8% in 2002, 81.1% in 2006 and 82.5% in 2010).

There was no statistical significant difference neither for the percentage of young people reporting having used the contraceptive pill at last sexual intercourse (40.0% in 2002, 47.1% in 2006 and 53.5% in 2010) ($\chi^2(2) = 11.60$; $p = .003$) nor for having had sexual intercourse under the influence of alcohol or drugs (12.1% in 2002, 14.1% in 2006 and 12.7% in 2010) ($\chi^2(2) = 1.37$; $p = .503$) among those who were sexually active.

Table 16 – Differences between 2002, 2006 and 2010 for questions about sexual behaviors.

	2002		2006		2010		Total ¹		χ^2	P
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Sexual Intercourse									3.835	.147
Yes	862	23.7	723	22.7	748	21.8	2333	22.7		
No	2772	76.3	2464	77.3	2688	78.2	7924	77.3		
Young people who have had sexual intercourse										
	2002		2006		2010		Total ¹		χ^2	P
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Age of 1st sexual intercourse									57.456	.000
11 years or less	143	17.2	68	9.7	54	7.4	265	11.7		
12 – 13 years	217	26.1	134	19.2	173	23.7	524	23.2		
14 or more	473	56.8	497	71.1	504	68.9	1474	65.1		
Condom use at last sexual intercourse									31.364	.000
Yes	595	71.8	555	81.1	591	82.5	1741	78.1		
No	234	28.2	129	18.9	125	17.5	488	21.9		
Contraceptive pill use at last sexual intercourse									11.599	.003
Yes	118	40.0	156	47.1	183	53.5	457	47.2		
No	177	60.0	146	52.9	159	46.5	511	52.8		
Having had sexual intercourse under the influence of alcohol or drugs									1.374	.503
Yes	101	12.1	96	14.1	88	12.7	285	12.9		
No	737	87.9	587	85.9	605	87.3	1929	87.1		

¹The total numbers differ considering that some participants have not replied to some variables.
In bold – values that correspond to an adjusted residual $\geq |1.9|$

Table 17 shows the trends in information regarding HIV/AIDS transmission / prevention between 2002 and 2010 for the total sample.

According to results, from 2002 to 2010, young people more often said that coughing, sneezing and hugging someone infected with HIV/AIDS could be a means of transmission and that the contraceptive pill could protect a woman from being infected. In 2010, young people less often claimed that a person could become infected with HIV/AIDS if he/she used a needle and / or a syringe already used by an infected person, that an infected pregnant woman could infect her baby and that one could become infected by engaging in unprotected sexual intercourse with someone just once. Results showed a decreasing trend in five out of nine statements concerning information regarding HIV/AIDS transmission/prevention.

A slight increase in knowledge was observed peaking in 2006 but decreasing substantially in 2010 in two of the remaining statements: respondents disagreed that the oral contraceptive could protect against HIV/AIDS infection ($\chi^2(4) = 102.058$; $p < .001$)

and agreed that someone who looked healthy could be HIV infected ($\chi^2(4) = 151.145$; $p < .001$) (9.8% in 2002, 11.3% in 2006 and 13.5% in 2010; and 76.0% in 2002, 78.2% in 2006 and 67.0% in 2010, respectively).

The only statement with which young people presented more accurate knowledge was about the impossibility of becoming infected with HIV/AIDS by blood transfusion in Portugal.

Overall, from 2002 to 2010 there was a systematic decrease in information regarding HIV/AIDS transmission/prevention. The *Post-hoc* comparisons by the *Scheffe* method indicated that young people reported having more knowledge regarding HIV/AIDS transmission/prevention in 2002 than in 2006 and in 2010.

Table 18 shows the trends in attitudes towards HIV/AIDS infected people between 2002 and 2010 for the total sample.

It was found that in 2002 young people agreed more often that adolescents with AIDS should be allowed to go to school, that they would be able to attend a class next to a colleague infected with HIV/AIDS, and that they would visit a friend that was infected, and more adolescents disagreed that HIV infected people should live apart of the rest of the people.

Overall, from 2002 to 2010, results showed a decreasing trend in four out of five statements concerning positive attitudes towards people with HIV/AIDS: adolescents with AIDS should be allowed to go to school ($\chi^2(4) = 72.083$; $p < .001$); I would sit near an infected student in classroom ($\chi^2(4) = 117.797$; $p < .001$); I would visit a friend if he or she had AIDS ($\chi^2(4) = 201.713$; $p < .001$); and HIV infected people should live apart of the rest of the people ($\chi^2(4) = 144.506$; $p < .001$). The *Post-hoc* comparisons by the *Scheffe* method indicated that young people reported having more positive attitudes towards people with HIV/AIDS in 2002 than in 2006 and in 2010.

Separate analyses for control variables (gender, age and school grade) were conducted regarding all variables under study. The same patterns were found in each of the three survey years concerning a) information regarding HIV/AIDS transmission / prevention, b) attitudes towards HIV infected people, and c) pill use at last sexual intercourse. Nevertheless, regarding sexual intercourse, age of first sexual intercourse, condom use and having had sexual intercourse under the influence of alcohol or drugs results were confounded by the control variables. Due to space reasons the results of these analyses weren't presented here.

Table 17 – Differences between 2002, 2006 and 2010 for information regarding HIV/AIDS transmission/prevention for the total sample.

	2002		2006		2010		Total ¹		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	N	%		
It is possible to become infected with HIV/AIDS by sharing needles										
Yes	3500	94.1	2831	89.8	2558	79.9	8889	88.2	360.893	.000
No	93	2.5	74	2.3	159	5.0	326	3.2		
I do not Know	128	3.4	249	7.9	484	15.1	861	8.6		
It is possible to become infected with HIV/Aids from coughing and sneezing										
Yes	454	12.2	445	13.9	464	14.6	1363	13.5	137.908	.000
No	2525	68.0	2002	62.6	1751	54.9	6278	62.2		
I do not Know	732	19.7	753	23.5	972	30.5	2457	24.3		
An HIV-infected pregnant woman may pass the virus to her baby										
Yes	3298	89.0	2564	80.2	2194	68.8	8056	79.8	438.626	.000
No	106	2.9	150	4.7	201	6.3	457	4.5		
I do not Know	302	8.1	485	15.2	792	24.9	1579	15.7		
It is possible to become infected with HIV/AIDS by hugging someone infected										
Yes	114	3.1	175	5.5	254	8.0	543	5.4	464.847	.000
No	3352	90.6	2673	83.6	2262	71.0	8287	82.2		
I do not Know	234	6.3	349	10.9	671	21.1	1254	12.4		
The oral contraceptive can protect against HIV/AIDS infection										
Yes	361	9.8	361	11.3	429	13.5	1151	11.4	102.058	.000
No	2432	65.8	2145	67.0	1792	56.4	6369	63.2		
I do not Know	905	24.5	694	21.7	957	30.1	2556	25.4		
It is possible to become infected with HIV/AIDS by engaging in unprotected sexual intercourse with someone just once										
Yes	3251	87.9	2766	86.7	2414	76.1	8431	83.8	258.596	.000
No	187	5.1	150	4.7	177	5.6	514	5.1		
I do not Know	260	7.0	273	8.6	581	18.3	1114	11.1		
Someone who looks healthy can be HIV infected										
Yes	2800	76.0	2485	78.2	2124	67.0	7409	73.8	151.145	.000
No	313	8.5	177	5.6	251	7.9	741	7.4		
I do not Know	572	15.5	517	16.3	796	25.1	1885	18.8		
It is possible to become infected with HIV/AIDS by sharing a glass, fork/spoon										
Yes	798	21.5	726	22.8	701	22.1	2225	22.1	119.840	.000
No	1986	53.6	1534	48.1	1330	42.0	4850	48.2		
I do not Know	922	24.9	931	29.2	1139	35.9	2992	29.7		
It is possible to become infected with HIV/AIDS by blood transfusion in a Portuguese hospital										
Yes	3138	84.7	2060	64.6	1747	55.0	6945	69.0	748.894	.000
No	153	4.1	339	10.6	387	12.2	879	8.7		
I do not Know	415	11.2	788	24.7	1043	32.8	2246	22.3		
Total scale										
	2002		2006		2010		Total			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	p
Total scale	6.30	1.70	6.16	2.08	5.32	2.60	5.95	2.18	196.117	.000
										a<b<c

¹The total numbers differ considering that some participants have not replied to some variables. ² The a, b, c and < > signs – represent statistically significant differences within

Table 18 – Differences between 2002, 2006 and 2010 for attitudes towards HIV-infected people for the total sample.

	2002		2006		2010		Total ¹		χ^2	p	
	N	%	N	%	N	%	N	%			
I wouldn't be a friend of someone if he had AIDS									13.461	.009	
Agree	226	6.1	222	7.0	235	7.5	683	6.8			
I'm not sure	629	17.0	588	18.5	608	19.3	1825	18.2			
Disagree	2852	76.9	2366	74.5	2308	73.2	7526	75.0			
Adolescents with AIDS should be allowed to go to school									72.083	.000	
Agree	2586	70.1	2188	69.3	1928	61.3	6702	67.1			
I'm not sure	644	17.5	550	17.4	727	23.1	1921	19.2			
Disagree	457	12.4	418	13.2	489	15.6	1364	13.7			
I would sit near an infected student in classroom									117.797	.000	
Agree	2615	70.8	2106	66.6	1835	58.4	6556	65.6			
I'm not sure	775	21.0	749	23.7	927	29.5	2451	24.5			
Disagree	305	8.3	309	9.8	381	12.1	995	10.0			
I would visit a friend if he or she had AIDS									201.713	.000	
Agree	3104	83.9	2540	80.6	2206	70.1	7850	78.5			
I'm not sure	425	11.5	444	14.1	667	21.2	1536	15.4			
Disagree	172	4.6	169	5.4	272	8.6	613	6.1			
HIV infected people should live apart of the rest of people									144.506	.000	
Agree	294	8.0	293	9.3	330	10.5	917	9.2			
I'm not sure	300	8.1	314	9.9	509	16.3	1123	11.2			
Disagree	3103	83.9	2551	80.8	2293	73.2	7947	79.6			
	2002		2006		2010		Total ¹		F	p	Scheffe post hoc ²
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
Total scale	13.47	2.02	13.28	2.13	12.84	2.24	13.21	2.14	76.815	.000	a<b<c

¹The total numbers differ considering that some participants have not replied to some variables.

²The a, b, c and <> signs – represent statistically significant differences within groups for $p < .05$ by the *Scheffe POSTHOC method*. In bold – values that correspond to an adjusted residual $\geq |1.9|$

Discussion

The goal of this study was to document recent trends in preventive sexual behaviors in Portuguese adolescents, including knowledge and attitudes about HIV/AIDS, and assessing whether they have changed and how they have changed from 2002 to 2010.

In terms of preventive behaviors, results showed that in 2010, on average 78.2% (n=7924) of 8th and 10th grade adolescents have not had sexual intercourse. Comparing the data from the 2002, 2006 and 2010 HBSC surveys, results showed an increasing trend regarding the percentage reporting first sexual intercourse at 14 years old or more and condom use at last sexual intercourse (even though the explanation may rely partially on gender, age or school grade) and a stabilized trend in what having had sexual intercourse, contraceptive pill use at last sexual intercourse and having had sexual intercourse under the influence of alcohol or drugs is concerned.

In terms of knowledge and attitudes about HIV/AIDS, results showed that in 2010 on average 8th and 10th grade adolescents have good knowledge and moderately tolerant attitudes towards people with HIV/AIDS. Comparing the data from the 2002, 2006 and 2010 HBSC surveys results showed a systematic decreasing trend.

Therefore, on the one hand, there's an improvement on sexual reproductive health because in 2010 preventive behaviors have either increased or stabilized, which means that there was a bigger chance adolescents could be better informed and motivated, and have better behavioral skills than in 2002 and 2006. Moreover, since age of first sexual intercourse is stabilizing at 14 or more, it seems that adolescents are not anticipating their sexual debut, probably because of all the HIV/AIDS campaigns and structured sex education being implemented in Portugal.

On the other hand, some aspects of sexual reproductive health caused some concern: the systematic reduction of knowledge regarding HIV/AIDS transmission / prevention, and decrease in tolerant attitudes towards people with HIV/AIDS. Though in general, adolescents presented good knowledge about the main HIV/AIDS transmission routes and how to protect themselves from becoming infected, their knowledge decreased and a minority still lacked knowledge about main issues. This conclusion reinforced findings from other studies in this area^{7,15}. In 2010, 13.5% believed the oral contraceptive could protect against HIV/AIDS infection. This may be

the reason why some of them haven't used a condom during last sexual intercourse and, unfortunately, why the incidence of HIV/AIDS continues to be so significant in this age group.

And 18.3% (in 2010 compared to 8.6% in 2006 and 7.0% in 2002) didn't know it is possible to become infected with HIV/AIDS by engaging in unprotected sexual intercourse with someone just once. Though most adolescents admitted knowing that it is possible for a person to have intercourse without a condom once and get infected with HIV/AIDS, it seems that quite a few students may be underestimating the risk in the sense that their risk perception is not consistent with their reports of involvement in potentially risky behaviors such as not having used condom during the last sexual intercourse.

In relation to the percentage reporting condom use during last sexual intercourse, it is important to refer that still about 18% are not using it and thus continue engaging in sex risk behaviors.

There is a residual group of adolescents who engage in unprotected or poorly protected sexual activity. It is imperative to find out why the message doesn't get through to these adolescents and what their particular characteristics are, so that prevention interventions become more successful with this group.

As for the decrease in tolerant attitudes towards people with HIV/AIDS, it is important to say that, in general, respondents did show positive attitudes, they were tolerant and inclusive. Nonetheless, there was a general decrease in their tolerant attitudes, which must be analyzed, mainly because it was not the only area they have shown a setback.

Some authors¹⁴ believe that a few adolescents are no longer concerned about being well informed on prevention and transmission of HIV/AIDS, as long as they use a condom. In this sense they may not be so concerned either about being tolerant towards HIV infected people, they may see it as the consequence of their own irresponsibility, lacking the capacity to consider that condoms aren't 100% effective, so even using a condom at every sexual intercourse there's a chance of becoming infected for condoms can break, tare and slip off.

The results showed a gap between what young people knew about HIV/AIDS and what they expressed in sexual behavior. Thus, we can say that is not knowledge per se, although it is a major prerequisite, which will implement the behavioral changes.

Several studies have emphasized the relativization of the amount of knowledge about HIV/AIDS, both regarding preventive behavioral strategies and decision making about personal risk of infection^{14,23}.

In what the perception of vulnerability is concerned, young people continue underestimating the risk mainly because of the sense of invulnerability among heterosexuals in general and the social representation of the illness onset²⁴. Moreover, adolescents' typical egocentrism also translates into difficulties in realizing their vulnerability²⁵.

Our analyses suggested that formal sex education in school context promotes protective sexual behaviors, but there is still a lot to be done since not all adolescents refer having protective behaviors and that can bring major negative outcomes in terms of public health²⁶. Besides, though adolescents seemed to have focused on preventive behaviors, they seemed to have disregarded knowledge and attitudes in general. This suggested that sex education programs implemented in Portugal are still too limited to teaching sessions, strongly homogenized in their content and consequently inadequate to enhance the level of knowledge and attitudes regarding HIV, let alone personal and social skills of different target groups.

HIV prevention school-based programs have been suggested^{27,28} as a means of effective universal access when targeting adolescents. Schools present a valuable setting because that's where nearly all adolescents spend a significant part of their time; it possesses educational structures and resources that will favor the integration of the HIV theme in the context of sexual health education programs²⁹. However, research emphasizes that few programs achieve positive results. This is probably due to the lack of a theory at the base of the intervention program³⁰.

Since 1986, sex education in Portugal has been compulsory in elementary and middle school and from 2010 onwards in high school too. Moreover, a group of specialists³¹ hired by the Portuguese Ministry of Education produced specific legislation and established support measures for the implementation of sex education in school context. Though the government has done a great effort to regulate all necessary aspects and published a conceptual framework for sex education, not all schools comply with the Portuguese Ministry of Education guidelines just yet.

Moreover, there isn't a program of intervention based on a specific theory as studies show it should³². The guidelines indicate teachers should improve adolescents'

information, not only regarding HIV/AIDS transmission and prevention but also to clarify myths and misconceptions, work on their attitudes, and motivation to condom use, as well as develop their personal and social skills, which are somehow similar to the IMB model (Information, Motivation and Behavior model). But it is necessary that the IMB model, which has demonstrated intervention efficacy, *is* clearly adopted, i.e., identified, explained and then applied and evaluated in Portuguese schools.

The findings of this study must be considered in light of the study's strengths and limitations. The HBSC provides the ability to assess trends through repeated measurements at several frequently spaced points in time, thereby providing a unique opportunity to examine trends. Nevertheless, it relies on self-reported measures and recall bias. Also, the questionnaire doesn't contemplate measures about adolescents' motivation and behavioral skills that are part of the IBM model^{12,13}, so not all variables of the IBM model were assessed.

Authors of this research do not intend to advocate abstinence-only programs. Evidence does not indicate that abstinence-only interventions effectively decrease risk among adolescents^{33,34}.

As a final note, it's important to emphasize adolescents' increasing ability to adopt preventive behaviors, therefore findings are promising.

Key findings

- 1) Young people have more preventive sexual behaviors (have their first sexual intercourse older and use condom and contraceptive pill at their last sexual intercourse)
- 2) Reduction of knowledge regarding HIV/AIDS transmission/prevention and of positive attitudes towards people with HIV/AIDS.
- 3) There is still a residual group of about 18% of adolescents among those sexually active who engage in unprotected or poorly protected sexual activity.

References

1. UNAIDS. (2011). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic.
2. CVEDT – Centro de Vigilância das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Infecção VIH /SIDA. (2011). A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2010. [HIV/AIDS. (2011). The situation in Portugal on December 31, 2010]. Lisboa: INSA.
3. UNAIDS. (2010). Global Report: UNAIDS report on the Global Aids epidemic 2010. Joint United Nations Programme on HIV/Aids. WHO Library Catalogue-in-Publication Data.
4. UNAIDS. (2008). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic.
5. Centers for Disease Control and Prevention. (2010). Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 2009: Surveillance Summaries. Department of Health and Human Services. *MMWR*, 59.
6. WHO. (2010). Position paper on mainstreaming adolescent pregnancy in efforts to make pregnancy safer. Department of Making Pregnancy Safer. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.
7. Currie C., Hurrelmann K., Settertobulte W., Smith R. & Todd J. (2000). *Health and health behavior among young people*. Copenhagen: World Health Organization.
8. Belo, M. & Silva, J. (2004). Knowledge, attitudes, and practices on previous use of contraceptive methods among pregnant teenagers. *Revista de Saúde Pública*, 38 (4): 479-487.
9. Synovitz, L., Herbert, E., Kelley, R. & Carlson, G. (2002). Sexual knowledge of college students in a southern state: relationship to sexuality education results of Louisiana college student study shows need for sexuality programs. *American Journal of Health Studies*. Retrieved from www.findarticles.com
10. Bandura, A. (1989). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. In Mays, V., Albee, G. & Schneider, S. (Eds.), *Primary prevention of AIDS* (pp. 128–141). Newbury Park, CA: Sage.

11. Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In DiClemente, R. & Peterson, J. (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 25–59). New York: Plenum.
12. Fisher, J. & Fisher, W. (1992). Changing AIDS risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111, 455–474.
13. Fisher, W. & Fisher, J. (1993). Understanding and promoting AIDS preventive behavior: A conceptual model and educational tools. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 1, 99–106.
14. Matos, M.G. (ed). (2008). *Sexualidade, Segurança e SIDA*. [Sexuality, Safety and AIDS.] Lisboa: IHMT/FMH/FCT.
15. Eurostat. População e Condições de trabalho – Demografia. . [European Statistics.] 2012. Retrieved from: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Employment_statistics
16. UNFPA – United Nations Population Fund. (2005). *The state of world population 2005 –The unmapped journey: Adolescents, Poverty and Gender*. New York: UNFPA. Retrieved from: <http://www.unfpa.org/swp/2005/english/ch5/index.htm>
17. Matos, M. e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde. (2003). *A Saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois)*. [The health of Portuguese adolescents - four years after.] Lisboa: Edições FMH.
18. Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. A., et al. (2006). A saúde dos adolescentes portugueses: Hoje e em 8 anos, 2006. [The Health of Portuguese adolescents – Today and in 8 years, 2006.] Retrieved from <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf>
19. Roberts, C., Freeman, J., Samdal, O., Schnohr, C., De Looze, M., Nic Gabhainn, S., et al. (2009). The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: methodological developments and current tensions. *International Journal of Public Health*, 54, 140-150.
20. Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O., & Barnekow, V. (eds). (2012). Social Determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. In: WHO policy

- series: Health Policy for Children and Adolescents. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
21. Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.
 22. Matos, M.G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2011). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses - Relatório do Estudo HBSC 2010*. [The Health of Portuguese adolescents – HBSC Study Report 2010.] ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.
 23. UNAIDS. (2009). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Report on the global HIV/AIDS epidemic*.
 24. DiClemente, R., Forrest, K., & Mickler, S. (1990). College student's knowledge and attitudes about AIDS and changes in VIH – Preventive behaviors. *AIDS Education and Prevention*, 2: 201-212.
 25. Boruchovitch, E. (1992). Factores associados a não-utilização de anticoncepcionais na adolescência. . [Factors associated to non use of contraceptive methods in adolescence.] *Revista de Saúde Pública*, 26(6): 137-443.
 26. Ramiro, L., Reis, M., Matos, M.G., Diniz, J., & Simões, C. (2011). Educação Sexual, Conhecimentos, Crenças, Atitudes e Comportamentos nos adolescentes. [Sexual Education, Knowledge, Beliefs, Attitudes and Behaviors among adolescents.] *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29 (1):11-21.
 27. Basen-Engquist, K., Parcel, G., Harrist, R., Kirby, D., Coyle, K., Banspach, S., & Rugg, D. (1997). The Safer Choices Project: Methodological issues in school-based health promotion intervention research. *Journal of School Health*, 67: 365–371.
 28. Thurman, S. (2000, October). Youth and HIV/AIDS 2000: A new American agenda. A message from the Director of National AIDS Policy. In *The body: An AIDS and HIV information resource*. Retrieved from <http://www.thebody.com/whitehouse/youthreport/director.html>
 29. Diclemente R., Wingood G., Crosby R., Sionean, C., Brown, L., Rothbaum, B., Zimand, E., Cobb, B., Harrington, K & Davies, S. (2000). Prospective study of psychological distress and sexual risk behavior among black adolescent females. *Pediatrics*, 108:1–6.

30. Fisher, J. & Fisher, W. (2000). Theoretical approaches to individual-level change in HIV risk behavior. In Peterson, J. & DiClemente, R. (Eds.), *HIV prevention handbook* (pp. 3–55). New York: Plenum.
31. GTES – Grupo de trabalho de educação sexual/educação para a saúde; Sampaio D. (coord.); Baptista, I.; Matos, M.G.; Silva, M.O. (2007). *Relatório final*. [Final Report.] Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Ministério da Educação.
32. Kirby, D., Laris, B.A., & Roller, L. (2007). Sex and HIV education programs: Their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health, 40*, 206-217.
33. Kohler, P., Manhart, L. & Lafferty, W. (2008). Abstinence-Only and Comprehensive Sex Education and the Initiation of Sexual Activity and Teen Pregnancy. *Journal of Adolescent Health, 42*: 344-351.
34. Underhill, K., Operario, D. & Montgomery, P. (2011). Abstinence-only programs for HIV infection prevention in high-income countries: Systematic Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 4*. Retrieved from <http://www.health-evidence.ca/articles/show/20966>

Estudo 4 – Sex education among Portuguese adolescent students⁴

Abstract

The purpose of this study was to assess the importance of sex education in school context and its effects in sexual behaviour, knowledge and attitudes regarding HIV among adolescents. The sample included 5050 Portuguese adolescent students from the Portuguese HBSC study. This study uses a subset of 8th and 10th graders (n=3494). Results showed adolescents who had sex education classes mentioned more often not having had sexual intercourse, better knowledge regarding HIV and more positive attitudes about HIV infected people. This study suggests positive associations between receiving sex education and protective sexual behaviours, knowledge and attitudes.

Keywords: sexual education, knowledge, attitudes, sexual behaviour, adolescents

⁴ Ramiro, L., Reis, M., Matos, M.G., & Diniz, J.A. (2011). Sex education among Portuguese adolescent students. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 29, 493-502

Nota: No âmbito deste artigo realizou-se uma comunicação na International Conference on Education & Educational Psychology – ICEEPSY 2011, 19 a 22 Outubro de 2011, Istambul. Turquia.

Introduction

Adolescence is a stage that involves great changes, development and opportunities. Typically it is also the period when people initiate their sexual activity (Avery & Lazdane, 2010) even though they are still in the process of emotional and cognitive development, which may raise the risk of negative outcomes, such as STI's or unplanned pregnancy (Godeau et al., 2008), especially as a result of misuse or non use of the condom or contraception.

HIV numbers are decreasing in most countries, but young people constitute a major concern because they are at greater risk for infections (UNAIDS, 2010) than adults, mostly due to their physical, emotional and cognitive immaturity. The number of people living with HIV, including young people, is declining in most developed countries because people are adopting more preventive behaviors, namely condom use (UNAIDS, 2010). It is commonly accepted that the condom is the most effective method to prevent an STI. The latest available data concerning adolescents suggest that condom use at last sexual intercourse exceeds sixty percent in western, central and eastern Europe (Avery & Lazdane, 2010) and in the United States (Centers for Disease Control and Prevention, 2010). Regardless, condom use is still inconsistent (Godeau et al., 2008) and is subject to the adolescents' efficacy to use it, to the way he perceives his peer attitudes and his own assertiveness (Baele, Dusseldorp & Maes, 2001; Diiorio et al., 2001; Kirby, van der Sluijs & Currie, 2010; Robin et al., 2004).

In relation to pregnancy, globally about 15 million adolescents give birth every year (WHO, 2010). The contraceptive pill is safe and suitable for women all ages, including adolescents (The Henry J. Kaiser Family, 2000). Reports vary in relation to the contraceptive pill use. Some reports document it as the most commonly contraceptive method used in developed countries (WHO, 2009).

Hence, early initiation of sexual activity has been identified as a crucial indicator in terms of sexual health (Centers for Disease Control and Prevention, 2010; UNAIDS, 2010; WHO, 2010). Additionally, it has been documented that early sexual activity is associated with other risk behaviors, such as substance use (Madkour et al, 2010). Similarly, in Portugal, pregnancy, birth, and STIs rates among adolescents represent a serious public health challenge. Though according to the broadest national study – the

HBSC (Health behavior in school-aged children) – there is an increase in condom and contraceptive pill use from 2002 to 2010 (92.6% in 2002, 94.1% in 2006, and 95.2% in 2010; 40% in 2002, 47.1% in 2006, and 53.5% in 2010, respectively) during last sexual intercourse among 8th and 10th grade students, not all adolescents have sexual preventive behaviors, yet (Matos et al., 2011).

Education is the most effective way to improve adolescents' knowledge, attitudes and ability to protect themselves. Therefore, sex education is essential to the prevention of sexual risk behaviours and their associated negative outcomes.

A research carried out by Mueller, Gavin and Kulkarni (2008) demonstrated that adolescents who reported having had sex education at school more frequently used the pill at first sexual intercourse and less frequently reported unplanned pregnancies. Other researchers (Kirby, Laris & Roller, 2007) have studied the development, implementation and consequences of HIV and sex education programs, mainly in school context. Their research demonstrated that many programs delayed initiation of sex, increased condom and contraceptive use, improved knowledge related to HIV infection, enhanced adolescents' awareness of attitudes about people living with HIV, and increased their efficacy to use condoms and refuse unwanted sex, among others. Hence, school-based sex education cannot be linked to increased sexual activity (Kirby, Laris, & Roller, 2007; Mueller, Gavin, & Kulkarni, 2008).

Improving knowledge related to HIV prevention and attitudes about people living with HIV are other important aims of sex education. Some theories advocate that being well informed about transmission and preventive behaviors regarding HIV and other STIs as well as having a positive attitude towards HIV infected people are essential to change people's behaviors. Nevertheless, it is now broadly accepted that these are not enough. According to the model of information-motivation behavioral skills (Fisher & Fisher, 1993), besides improving knowledge, it is also needed to promote adolescents' motivation (which includes attitudes, behavioral intentions and subjective norms) as well as their behavioral skills in order to expect a transformation in their attitude and subsequently in their sexual behaviour. Kirby, Laris and Roller (2007) identified programs that were based on theory empirically supported as one of the characteristics of successful sex education programs.

Since 1986, sex education in Portugal has been compulsory in elementary and middle school and from 2010 onwards in high school too. Though the government has

done a great effort to regulate all necessary aspects and published a conceptual framework for sex education in 2000, not all schools comply with the Portuguese Ministry of Education guidelines just yet. According to the guidelines, schools should provide sex education as part of a broader area (health education) in a non-disciplinary curriculum area, as well as cross-sectionally by identifying in all curricula sex education contents and creating an office for providing support at individual level. Recently, the non-disciplinary curriculum area, which children and adolescents report (in HBSC 2010) as being the most relevant in terms of sex education (Matos et al., 2011), was extinguished and in next school year it will no longer be part of school subjects.

The purpose of this study was to assess the importance of sex education in school context and its effects in sexual behavior (such as sexual initiation, age of first sexual intercourse and condom and pill use during last sexual intercourse), knowledge regarding HIV/AIDS transmission/prevention and attitudes towards people living with HIV among Portuguese adolescents.

Method

Sample

Data were collected through a self-administered questionnaire from the Portuguese sample of the Health Behavior in School-aged Children (HBSC) of 2010, a World Health Organization (WHO) collaborative cross-national study (Currie *et al.*, 2000; Matos *et al.*, 2011). The study provides national representative data of 5050 Portuguese adolescents, randomly chosen from those attending 6th, 8th and 10th grades of high school. The majority of adolescents are of Portuguese nationality (94.4%), 30.8% attended the 6th grade, 31.6% attended the 8th grade and 37.6% attended the 10th grade and are distributed proportionally by all the educational Portuguese regions. This study uses a subset of 8th and 10th graders (n=3494). This sample included 53.6% girls and 46.4% boys, whose mean age was 14.94 years (standard deviation 1.30).

Procedure

This Nationwide Survey was conducted during 2009/2010 school year by the Technical University of Lisbon for the Ministry of Portuguese Health and for the National Coordination for HIV/AIDS Infection. The sampling unit used in this survey was the class. The 139 schools in the sample were randomly selected from the official

national list of public schools, stratified by region. In each school, classes were randomly selected for each grade, according to the international research protocol (Currie et al., 2000). The questionnaire was carried by school teachers. This study has the approval of a scientific committee, an ethical national committee and the national commission for data protection and followed strictly all the guidelines for human rights protection. In the questionnaire, which covers a wide range of questions about behaviors and lifestyles in adolescence, it was selected issues that relate to socio-demographic characteristics, sexual behavior, knowledge regarding HIV/AIDS transmission/prevention and attitudes towards people living with HIV/AIDS.

Measures

The HBSC questionnaire consists of mandatory items used by all the 44 participating countries and optional items, which are included according to national interest. For the purpose of this study, the following items were used:

(1) five sex education items: did you have sex education classes at school in the last years? (Yes/No), did you feel informed with the issues that were discussed in sex education classes? (well informed, reasonably informed, not at all informed), sex education helps you...have better knowledge / prevent HIV infection / have better relationships with other people / with your uncertainties / prevent pregnancy / another option (multiple choice format), how comfortable do you feel talking about sex education topics with ...your friends, your parents, your colleagues and your teachers? (Not at all comfortable, not very comfortable, reasonably comfortable and very comfortable), and if you were worried or wanted to learn more about HIV/AIDS or other STIs, what would you do? – 14 options (for example: read about it in a book or magazine, searched the web, talked to parents, friend, relative or teacher) were listed and adolescents had to answer all 14 options (Yes/No/Maybe).

(2) four sexual behaviour items: have you ever had sexual intercourse? (Yes/No), how old were you when you had your first sexual intercourse?, which contraceptive method did you use during last sexual intercourse? (condom /pill ...), and have you ever had sexual intercourse because you drank too much alcohol or took drugs? (Yes/No).

(3) Knowledge regarding HIV/AIDS transmission/prevention. Adolescents were asked to respond to nine statements about HIV/AIDS transmission/prevention: 1.“it is

possible to become infected with HIV/AIDS by sharing needles”; 2. “it is possible to become infected with HIV/Aids from coughing and sneezing”; 3. “an HIV-infected pregnant woman may pass the virus to her baby”; 4. “it is possible to become infected with HIV/AIDS by hugging someone infected”; 5. “the oral contraceptive can protect against HIV/AIDS infection”; 6. “it is possible to become infected with HIV/AIDS by engaging in unprotected sexual intercourse with someone just once”; 7. “someone who looks healthy can be HIV infected”; 8. “it is possible to become infected with HIV/AIDS by sharing a glass, fork/spoon”; 9. “it is possible to become infected with HIV/AIDS by blood transfusion in a Portuguese hospital”. Items were rated on a three response options (Yes/No/I do not know). Only responses that showed correct information scored and so final scores ranged from 0 to 9, with the highest score being an indicator of higher knowledge regarding STIs.

(4) Attitudes towards people living with HIV were assessed through 5 items: 1. “I wouldn't be a friend of someone if he or she had AIDS”, 2. “Adolescents with AIDS should be allowed to go to school”, 3. “I would sit near an infected student in classroom”, 4. “I would visit a friend if he or she had AIDS” and 5. “HIV infected people should live apart of the rest of people”. Items were rated on a 3-point rating scale (1= disagree to 3= agree). After recoding items 1 and 5, final scores ranged from 5 to 15, with high scores suggesting more positive attitudes.

Data analysis

The data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 19. Means, standard deviations, frequencies and other descriptive statistics were performed to characterize the sample. Sexual behaviour knowledge and attitudes items were compared between the students who reported having had and not having had sex education using Chi-square (χ^2) tests. In order to identify meaningful differences in knowledge and attitudes scores by having/not having had sex education T-tests were performed. The level for statistical significance was set at $p < .05$.

Results

The findings show that 21.2% of adolescents report having ever had sexual intercourse and had their first sexual intercourse at fourteen or more. Considering those who report having had sexual intercourse, 95% referred having used condom and 52.6%

the contraceptive pill during last sexual intercourse. 11.8% stated they have had sex because they had taken drugs or too much alcohol. Results showed that, in general (72.6%), adolescents consider sex education will help them have better knowledge, 65.9% stated they had already had sex education classes during the last school years, and that they feel well informed by it (63.9%). Nevertheless, they prefer (feel more comfortable) to talk about sex education topics with friends (82.6%) and colleagues (61.6%) than to parents (42.4%) and teachers (29.4%). Regarding the sources of information, 65.8% chose the internet. In terms of deciding when it's the right time to initiate their sexual life, 52% consider the boy and the girl take the decision together. And as for the reasons for initiating their sexual life, they believe it is because they want to try it (50%) and because they are in love (47.1%).

Overall, 2048 adolescents mentioned that they had had sex education classes at school during the last years. Of these, 80% referred that they had never had sexual intercourse. A significant variation was found between having/not having had sex education in terms of having had/not having had their first sexual intercourse ($\chi^2 (1) = 5.13$; $p = .024$) with students who have had sex education reporting a lower rate of having had their first sexual intercourse.

Regarding those who have had their first sexual intercourse, more often the ones who have had sex education classes have initiated their sexual life older (at 14 /15 and at 16 or more) than those who reported not having had sex education classes, though variations are not statistically significant. This is most visible when considering the frequency of adolescents who reported having had their first sexual intercourse at 11 or younger, since significantly less adolescents who have had sex education (5%) reported having done so in comparison to the ones who have not had sex education classes (9.4%).

Also, adolescents who reported having had sex education classes are the ones who have a higher rate of condom use (96.1% – 93.1%) and the pill (53.9% - 50%) at last sexual intercourse. Furthermore, adolescents who had sex education classes reported less sexual intercourse associated to alcohol and drugs (10.1%) than those who had not (14.8%). Nevertheless, these variations are not statistically significant (see table 19).

Table 19 - Differences between having/not having had sex education and sexual behaviour

	Having had sex education (N=2048)		Not having had sex education (N=1061)		Total (N=3109)		χ^2
	N	%	N	%	N	%	
Ever had sexual intercourse (complete sample)							5.125*
Yes	409	20	249	23.5	658	21.2	
No	1639	80	812	76.5	2451	78.8	
Age of 1 st sexual intercourse ¹							5.021
11 or less	20	5	23	9.4	43	6.7	
12 and 13	91	22.8	58	23.7	149	23.1	
14 and 15	230	57.6	132	53.9	362	56.2	
16 or more	58	14.5	32	13.1	90	14.0	
CM used in last sexual intercourse ¹							
Condom	317	96.1	176	93.1	493	95.0	2.181
Pill	110	53.9	52	50	162	52.6	0.425
Having had sexual intercourse under the influence of alcohol or drugs ¹							3.174
Yes	40	10.1	35	14.8	75	11.8	
No	358	89.9	202	85.2	560	88.2	

¹Sample: only those who reported having had their first sexual intercourse

* p< .05; ** p< .01; *** p< .001 / In bold – values that correspond to an adjusted residual $\geq |1.9|$

The mean total score for knowledge regarding HIV/AIDS transmission/prevention was 5.32 (SD= 2.60) with adolescents who reported having had sex education classes at school showing significantly more knowledge (M = 5.81, SD=2.38) than adolescents who reported not having had sex education classes [(M = 4.49, SD=2.74; (t (1771.5) = -12.895, p< 0.000)]. Moreover, these differences were statistically significant for all items (see table 20).

The mean total score for attitudes towards people living with HIV was 12.84 (SD= 2.24) with adolescents who reported having had sex education classes at school showing significantly more tolerant attitudes (M = 13.18, SD=2.10) than adolescents who reported not having had sex education classes [(M = 12.28, SD=2.35; (t (1868.9) = -10.304, p< 0.000)]. Moreover, these differences were statistically significant for all items (see table 21).

Table 20 - Differences between having/not having had sex education and knowledge regarding HIV/AIDS transmission/prevention

	Having had sex education (N=2048)		Not having had sex education (N=1061)		Total (N=3109)		χ^2
	N	%	N	%	N	%	
It is possible to become infected with HIV/AIDS by sharing needles							102.100***
Yes	1760	85.8	748	71.2	2508	80.9	
No	80	3.9	56	5.3	136	4.4	
I do not Know	212	10.3	246	23.4	458	14.8	
It is possible to become infected with HIV/Aids from coughing and sneezing							71.255***
Yes	256	12.5	180	17.3	436	14.1	
No	1247	60.9	468	45.0	1715	55.5	
I do not Know	544	26.6	393	37.8	937	30.3	
An HIV-infected pregnant woman may pass the virus to her baby							85.481***
Yes	1535	75.0	617	59.2	2152	69.6	
No	113	5.5	74	7.1	187	6.1	
I do not Know	399	19.5	352	33.7	751	24.3	
It is possible to become infected with HIV/AIDS by hugging someone infected							93.661***
Yes	141	6.9	95	9.1	236	7.6	
No	1582	77.4	639	61.3	2221	71.9	
I do not Know	322	15.7	308	29.6	630	20.4	
The oral contraceptive can protect against HIV/AIDS infection							97.817***
Yes	263	12.9	147	14.2	410	13.3	
No	1283	62.8	470	45.3	1753	56.9	
I do not Know	498	24.4	420	40.5	918	29.8	
It is possible to become infected with HIV/AIDS by engaging in unprotected sexual intercourse with someone just once							106.729***
Yes	1686	82.7	690	66.5	2376	77.2	
No	90	4.4	66	6.4	156	5.1	
I do not Know	263	12.9	281	27.1	544	17.7	
Someone who looks healthy can be HIV infected							75.185***
Yes	1489	73.1	599	57.8	2088	67.9	
No	137	6.7	96	9.3	233	7.6	
I do not Know	412	20.2	342	33	754	24.5	
It is possible to become infected with HIV/AIDS by sharing a glass, fork/spoon							72.883***
Yes	436	21.4	243	23.4	679	22.1	
No	968	47.5	334	32.2	1302	42.3	
I do not Know	635	31.1	460	44.4	1095	35.6	
It is possible to become infected with HIV/AIDS by blood transfusion in a Portuguese hospital							59.281***
Yes	1210	59.3	504	48.5	1714	55.6	
No	262	12.8	103	9.9	365	11.8	
I do not Know	570	27.9	433	41.6	1003	32.5	

Estudo 4 – Sex education among Portuguese adolescent students

	Having had sex education		Not having had sex education		Total		F
	M	SD	M	SD	M	SD	
Total scale	5.81	2.38	4.49	2.74	5.32	2.60	65.653***

* p< .05; ** p< .01; *** p< .001

In bold – values that correspond to an adjusted residual $\geq |1.9|$

Table 21 - Differences between having/not having had sex education and attitudes towards people living with HIV

	Having had sex education (N=2048)		Not having had sex education (N=1061)		Total (N=3109)		χ^2
	N	%	N	%	N	%	
I wouldn't be a friend of someone if he had AIDS							43.545***
Agree	115	5.6	103	9.9	218	7.1	
I'm not sure	345	16.9	244	23.4	589	19.1	
Disagree	1583	77.5	697	66.8	2280	73.9	
Adolescents with AIDS should be allowed to go to school							55.693***
Agree	1354	66.4	547	52.6	1901	61.7	
I'm not sure	413	20.3	293	28.2	706	22.9	
Disagree	272	13.3	200	19.2	472	15.3	
I would sit near an infected student in classroom							55.328***
Agree	1296	63.6	517	49.7	1813	58.9	
I'm not sure	523	25.7	376	36.2	899	29.2	
Disagree	218	10.7	147	14.1	365	11.9	
I would visit a friend if he or she had AIDS							68.815***
Agree	1542	75.5	638	61.5	2180	70.8	
I'm not sure	371	18.2	274	26.4	645	20.9	
Disagree	129	6.3	125	12.1	254	8.2	
HIV infected people should live apart of the rest of people							72.370***
Agree	191	9.4	130	12.6	321	10.4	
I'm not sure	252	12.4	237	22.9	489	15.9	
Disagree	1595	78.3	667	64.5	2262	73.6	
	Having had sex education		Not having had sex education		Total		F
	M	SD	M	SD	M	SD	
Total scale	13.18	2.10	12.28	2.35	12.84	2.24	47.103***

* p< .05; ** p< .01; *** p< .001

In bold – values that correspond to an adjusted residual $\geq |1.9|$

Conclusion

Findings show that the majority said that they have never had sexual intercourse. Considering the ones who have, the majority referred having used condom and the contraceptive pill during last sexual intercourse and not having had sex because they had taken too much alcohol or drugs.

Researchers (Mueller, Gavin & Kulkarni, 2008) consider that sexual activity during adolescence is a risky behaviour because adolescents are still maturing (physically, emotionally and cognitively) so sex education should aim at postponing sexual initiation. Findings show that adolescents who had sex education classes mentioned less frequently having initiated their sexual life than those who reported not having had sex education classes at school. In addition, when considering age of first sexual intercourse, less 11 year-olds who had sex education classes reported it. These differences are statistically significant. Therefore, sex education may be achieving that particular goal. Researchers also acknowledged the contribution of sex education increasing contraceptive and condom use (Kirby, Laris & Rolleri, 2007; Mueller, Gavin & Kulkarni, 2008) as well as decreasing sexual intercourse associated to alcohol or drugs use (Madkour et al., 2010). Participants who reported having had sex education classes also showed higher rates of condom and pill use during last sexual intercourse and reported less sexual intercourse associated to alcohol and drugs than those who didn't report having had sex education classes. Nevertheless, these differences are not statistically significant, which probably indicates that few years have passed since sex education has been introduced in school context and its contribution to be statistically significant. The frequency of students who reported they haven't had sexual education at school yet seems to confirm this idea. In other words it is probably too soon to evaluate the effects of sex education in school context.

The rates of HIV / AIDS have been a constant worry, particularly in youth, which has made them a target group for prevention (UNAIDS, 2010). Consequently, knowledge about transmission routes and prevention as well as a tolerant attitude towards HIV infected people have been highlighted as important aims of sex education (Kirby, Laris & Rolleri, 2007). This study reveals that adolescents have reasonable knowledge regarding HIV/AIDS transmission/prevention and they also show positive

attitudes towards HIV infected people. In order to assess the effectiveness of sex education, several aspects may be pointed out. Adolescents who reported having had sex education classes had higher median scores of overall knowledge and attitudes, more often chose the correct option in items related to knowledge (statistically significant differences in all items) and more frequently showed positive attitudes towards HIV infected people (statistically significant differences in all items). Moreover, adolescents who stated not having had sex education classes more often reported not knowing the answer to items related to knowledge (statistically significant differences in all items) as well as not being sure of their attitude towards HIV infected people (statistically significant differences in all items). These results seem suggestive of sex education's effectiveness. These results have been found in other studies (Kirby, Laris, & Roller, 2007).

Another aspect in favour of sex education is that in general adolescents consider sex education will help them have better knowledge. The ones that stated having had sex education classes during the last school years reported feeling well informed by it. Regardless, they do not identify teachers as agents who make them feel very comfortable when they need to talk about sex education topics. They choose their friends and colleagues to do so. This may be due to the fact that the sex education topics were not listed in the questionnaire and their major concerns may be related to issues they would prefer to discuss with someone their own age and not adults. Moreover, when asked about their favorite sources of information, most chose the internet. These results have been found in other studies (Goold, Ward & Carlin, 2003). And as for the reasons for initiating their sexual life, they perceive adolescents do it because they want to try it and because they are in love. These questions were answered by all adolescents regardless having or not initiated their sexual life. These results have also been found in previous HBSC studies (Matos et al., 2011).

Overall, sexuality is a theme that needs intervention. Lately, governments have been devoting a great amount of time and money to sexual and reproductive health issues, for which Portugal is no exception. There has been an effort in evaluating the process but not the results of sex education. Sex education should be implemented and evaluated in a more systematic way. Our analyses suggest that formal sex education in school context promotes protective sexual behaviours, but there is still a lot to be done

since not all adolescents refer having protective behaviours and that can bring major negative outcomes in terms of public health (Ramiro, Reis, Matos, Diniz, & Simões, 2011). On the whole, this study suggests that sex education is making a difference in the sexual behaviours of Portuguese youth.

The findings of this study must be considered in light of the study's strengths and limitations. This research was carried out with a nationally representative sample in 2010. Nevertheless it relied on self-reported measures and recall bias. Also, the questionnaire didn't contemplate measures about adolescents' motivation and behavioural skills that are part of the IBM model (Fisher & Fisher, 1993), so not all variables of the IBM model were assessed. It wasn't possible to include those in the questionnaire because it assesses a large scope of subjects related to health, health-related behaviours (such as tobacco use, dietary behaviour, physical activity and alcohol use) and the social contexts of young people's health. Future researches should assess motivation and behavioural skills associated to sexual health too. Another important aspect is that sex education has not been adopted by all schools (despite all governmental efforts) so it is difficult to decide the moment from which it is possible to evaluate it. It's also important to evaluate the curricula and the schools' commitment to the curricula.

This research was carried out with a nationally representative sample in 2010 and aimed to give insight to the benefits of sex education in school context. The findings suggest several positive effects of sex education, namely the ability to effectively postpone sexual debut and improve knowledge and attitudes, therefore findings are promising.

References

- Avery, L.; & Lazdane, G. (2010). What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*; 15(S2): S54-S66.
- Baele, J.; Dusseldorp, E.; & Maes, S. (2001). Condom use self-efficacy: effect on intended and actual condom use in adolescents. *Journal of Adolescent Health*; 28: 421–431.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010). Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 2009: Surveillance Summaries. Department of Health and Human Services. *MMWR*; 59.
- Currie, C.; Hurrelmann, K.; Settertobulte, W.; Smith, R.; & Todd, J. (2000). *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen: World Health Organization.
- Diiorio, C.; Dudley, W.; Kelly, M.; Soet, J.; Mbwarra, J.; & Sharpe Potter, J. (2001). Social cognitive correlates of sexual experience and condom use among 13-through 15-year-old adolescents. *Journal of Adolescent Health*; 29: 208–216.
- Fisher, W. & Fisher, J. (1993). Understanding and promoting AIDS preventive behaviour: A conceptual model and educational tools. *The Canadian Journal of Human Sexuality*; 1, 99–106.
- Godeau, E. ; Vignes, C. ; Duclos, M. ; Navarro, F. ; Cayla, F. ; & Grandjean, H. (2008). Facteurs associés à une initiation sexuelle précoce chez les filles: données Françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)/OMS. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*; 36(2): 176–182.
- Godeau, E.; Nic Gabhainn, S.; Vignes, C.; Ross, J.; Boyce, W.; & Todd, J. (2008). Contraceptive use by 15 year-old students at their last sexual intercourse – results from 24 countries. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*; 162(1): 66–73.
- Goold, P.; Ward, M.; & Carlin, E. (2003). Can the Internet be used to improve sexual health awareness in web-wise young people? *Journal of Family Planning & Reproductive Health Care*; 29(1): 28-30.

- Kirby, D.; Laris, B.A.; & Rolleri, L. (2007). Sex and HIV education programs: Their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health; 40*, 206-217.
- Kirby, J.; Van der Sluijs, W.; & Currie, C. (2010). HBSC Briefing Paper 18b – Attitudes towards condom use. HBSC Briefing Paper Series.
- Kohler, P.K.; Manhart, L.E.; & Lafferty, W.E. (2008). Abstinence-only and comprehensive sex education and the initiation of sexual activity and teen pregnancy. *Journal of Adolescent Health; 42*, 344-351.
- Madkour, A.; Farhat, T.; Halpern, C.; Godeau, E.; & Gabhainn, S. (2010). Early Adolescent Sexual Initiation as a Problem Behavior: A Comparative Study of Five Nations. *Journal of Adolescent Health; 47*(4): 389-398.
- Matos, M.G.; Simões, C.; Tomé, G.; Camacho, I.; Ferreira, M.; Ramiro, L.; Reis, M.; & Equipa Aventura Social (2011). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório do Estudo HBSC 2010*. ACS/FMH/UTL/CMDTUNL.
- Mueller, T.E.; Gavin, L.E.; & Kulkarni, A. (2008) The association between sex education and youth's engagement in sexual intercourse, age at first intercourse, and birth control use at first sexual intercourse. *Journal of Adolescent Health; 42*, 89-96.
- Ramiro, L.; Reis, M.; Matos, M.G.; Diniz, J.; & Simões, C. (2011). Educação Sexual, Conhecimentos, Crenças, Atitudes e Comportamentos nos adolescentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública; 29* (1):11-21.
- Robin, L.; Dittus, P.; Whitaker, D.; Crosby, R.; Ethier, K.; Mezoff, J.; & Pappas-Deluca, K. (2004). Behavioural interventions to reduce incidence of HIV, STD and pregnancy among adolescents: a decade in review. *Journal of Adolescent Health; 34*:3–26.
- The Henry J. Kaiser Family. (2000). Safer sex, Condoms and “the pill”. Sex Smarts. Accessed in:
<http://www.kff.org/entpartnerships/upload/SexSmarts-Survey-Safer-Sex-Condoms-and-the-Pill-Summary.pdf>

UNAIDS. (2010). Global Report: UNAIDS report on the Global Aids epidemic 2010. Joint United Nations Programme on HIV/Aids. WHO Library Catalogue-in-Publication Data.

WHO. (2010). Position paper on mainstreaming adolescent pregnancy in efforts to make pregnancy safer. Department of Making Pregnancy Safer. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

WHO. (2009). A Snapshot of the Health of Young people in Europe. WHO Regional Office for Europe.

Estudo 5 – Sexual Safety across Educational Stages: Highlights from Middle, High School and University Students in Portugal⁵

Abstract

Aim: This study aimed to analyze knowledge, attitudes and sexual risk behaviors related to STIs and identify if sex education classes can influence those in middle, high school and university students.

Methodology: The sample included 4751 students, mean age 16 years old, attending middle, high school and university, in Portugal. Data collection was held within the HBSC and the HBSC/SRHUS surveys.

Conclusions: Results showed that the majority of students was not sexually active. From those who were, most reported having used condom at first sexual intercourse and not having had sexual intercourse under the influence of alcohol or drugs. Their level of knowledge regarding HIV/AIDS transmission was average and the level of positive attitudes towards HIV infected people and condoms were good. Students that reported having had sex education classes showed more accurate knowledge and fewer sexual risky behaviours. University students demonstrated more knowledge and more positive attitudes but fewer preventive sexual behaviors.

Keywords: Sexual risk behaviors, knowledge, attitudes, STI, young people, sex education classes

⁵ Ramiro, L., Reis, M., Matos, M.G., Diniz, J.A., Godeau, E., & Ehlinger, V. (in press). Sexual safety across educational stages: highlights from middle, high school and university students in Portugal. *International Journal of Sexual Health*. (IF= 0.610)

Introduction

According to the World Health Organization, the definition of young people considers all people aged 10 to 19 years of age while the definition of youth reflects on those between 15 and 24 years old, and both comprise adolescence. Since both groups are considered priority in terms of prevention, they will both be addressed in this paper. In the modern society we live in, and more precisely in Portugal where education is compulsory until 18 and where between 30 and 35% of young people go to university (EACEA, 2012), sampling these groups can easily be carried out in middle, high school and university context.

Globally, around 34 million people live with HIV/AIDS and an estimated 2.7 million people were infected in 2010, 42% of which of new HIV infections worldwide occur in the 15-24 year old cohort (UNAIDS, 2011).

According to the latest Portuguese report from the national monitoring center of sexually transmitted diseases, 2010 statistics confirmed the epidemiological pattern recorded annually since 2000, that is, there was a proportional increase in the number of cases of heterosexual transmission among the 20-49 year old cohort (CVEDT, 2011), which means that some were infected during adolescence and youth.

HIV prevalence is diminishing in a significant number of countries because people have less risky sexual behaviors, such as less unprotected sexual intercourse, i.e. less sex without condom (UNAIDS, 2010). Overall, literature claims that prevention is the best way to control STIs and condom use is generally acknowledged as the best preventive behavior regarding STIs among sexually active individuals.

Nevertheless, young people still are a main concern as their risk for infections is higher than in adults (UNAIDS, 2010), mainly because of their physical, emotional and cognitive immaturity.

Moreover, young people are particularly vulnerable to STIs and ensuing health problems as they lack information in relation to STIs prevention, are less prone to search for correct information or treatment (as a result of fear, introversion or inexperience) and are more prone to be involved in risky sexual practices, often with multiple (sequential) sex partners and without using condom. Condom use at the beginning of sexual life is particularly relevant considering it is associated with its ensuing use (Shaffi, Stovel, Davis & Holmes, 2004; Shaffi, Stovel & Holmes, 2007).

Regardless its importance, it is seldom addressed in researches, being often replaced by condom use at last sexual intercourse. Moreover, most of the available data regarding condom use proceeds from researches whose participants' age is seldom younger than 16, making it difficult to study the younger sexually active group.

Besides this general aspects, female adolescents are more vulnerable to STIs (because early sexual experience can cause trauma in vaginal tissue) (UNAIDS, 2008). Thus, early sexual initiation has been pinpointed as an important indicator for sexual health (Centers for Disease Control and Prevention, 2010; UNAIDS, 2010; WHO, 2010). Overall, these vulnerabilities occur because young people lack information and their attitudes and skills are still not mature / developed enough in order to act preventively in a systematic way. Therefore, some strategies to reduce STIs among young people imply tailoring intervention programs that provide information and skills, as well as the support young people need to have to adopt safer sexual behavior. Such programs should be tailored to the needs they have at the stage of life they're experiencing; hence besides being built on up to date knowledge and best practices, it should emphasize greatly on communication and skill-building activities.

Sexual behavior

Many young people and youth engage in sexual intercourse, often with multiple (sequential) sex partners and without using condoms. In 2006, 15.4% of middle school students and 30.6% of high school students in Portugal reported having already had sexual intercourse and 28.8% reported having had sexual intercourse for the first time at 13 or sooner (Reis, Ramiro, Matos, Diniz & Simões, 2011). In a US research (Eaton et al., 2008), 32.8% of 9th graders (proxy for Portuguese middle school students – 8th graders) and 43.8% of 10th graders (proxy for Portuguese high school students – 10th graders) reported having had sexual intercourse. Overall, 7.1% of the American students that participated in the cited research reported having had sexual intercourse for the first time before age 13. The prevalence was higher among 9th graders (9.2%) than 10th graders (6.9%). Some studies also reported that early sexual activity is related to substance use in different cultures (Madkour, Farhat, Halpern, Godeau & Gabhainn, 2010).

Among those sexually active in the US, 22.5% reported having had alcohol or drugs before last sexual intercourse (Eaton et al., 2008).

Moreover, among sexually active adolescents, only 81.3% (Portuguese survey) and 61.5% (U.S. survey) reported using a condom the last time they had sexual intercourse (Reis et al., 2011; Eaton et al., 2008). As for university students (18/19 year olds), according to another Portuguese research (Reis, Ramiro & Matos, 2009), 78.3% reported condom use at first sexual intercourse.

In a US research (Martinez, Copen & Abma, 2011), 73.8% of 15-19 year-old American students reported condom use at first sexual intercourse, while in Brazil the prevalence for 16-19 year olds was 65.2% (Paiva, Calazans, Venturi, Dias & Grupo de Estudos de População, Sexualidade e AIDS, 2008).

Regarding educational stages, 9th graders American students used a condom less frequently (69.3%) than 10th graders (66.1%) (Eaton et al., 2008). In the Portuguese research, middle school students (8th grade) also reported having used a condom during last sexual intercourse less frequently (80.2%) than high school students (81.6%). This shows that there are still a significant number of adolescents who do not use condom. Thus, young people engage in sexual behaviors that place them at risk for acquiring STIs, including HIV.

Knowledge and attitudes

According to literature, improving knowledge on safe sex can motivate young people and youth's preventive attitudes and behaviors (Synovitz, Herbert, Kelley & Carlson, 2002; Thompson, Currie, Todd & Elton, 1999). Therefore, increasing knowledge related to HIV prevention and positive attitudes about people living with HIV as well as attitudes towards condom use are important aims of sexual and reproductive health.

Nevertheless, the Information Motivation Behavior Skills Model (IMB) claims that information is not enough (Fisher & Fisher, 1993). It is also necessary to stimulate people's motivation (which includes attitudes, behavioral intentions and subjective norms) and their behavioral skills so as to expect a change in their attitude and consequently in their sexual behavior.

Sex education

Since young people and youth spend a considerable amount of time in school and in university, and these are institutions where human and material resources for education exist, school education is the most effective way to improve their knowledge,

attitudes and skills to protect themselves. As a result, sex education at school is crucial to the prevention of risky sexual behaviors.

A research carried out by Kirby, Laris and Rolleri (2007) studied the efficacy of HIV and sex education programs, mainly in school context. This study confirmed that many programs succeeded in postponing sex initiation, increasing condom use, enhancing knowledge regarding HIV infection, improving adolescents' understanding of attitudes about people living with HIV, and increasing condom efficacy, among others.

Sex education is compulsory in Portugal. It has been compulsory in elementary and middle school since 1986 and in high school since 2010. The Portuguese Ministry of Education published a conceptual framework and guidelines for sex education in 2000. Accordingly, sex education is integrated in a health education context that should be provided in a non-disciplinary curriculum area as well as cross-sectionally in all the school subjects that contemplate sex education matters. In addition, schools should create an office to provide support to students, at an individual level. Nevertheless, not all schools have implemented the guidelines yet. Besides, in 2010, the non-disciplinary area was removed from the elementary and middle school curricula, decreasing the chances of implementing sex education at school.

The goals of this article are to a) analyze knowledge, attitudes and sexual risk behaviors related to sexually transmitted infections, and b) identify to which degree sex education classes can influence knowledge, attitudes and sexual behaviors in Portuguese middle, high school and university students.

Methods

Study 1: Health Behavior in School-aged Children (HBSC)

The Health Behavior in School-aged Children (HBSC) is a World Health Organization (WHO) collaborative cross-national study (Currie, Roberts, Morgan, & Smith, 2004; Matos, Reis, Ramiro & Equipa Aventura Social, 2011) carried out every 4 years simultaneously in 43 countries or regions of Europe and North America in order to study school-aged behavior regarding health and risk behaviors in adolescence. Portugal is part of this group since 1996 (Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith & Todd, 2000).

Study 2: Sexual and Reproductive Health in University Students (HBSC/SRHUS)

The Sexual and Reproductive Health in University Students (HBSC/SRHUS) is a Portuguese extension of the HBSC study. It is a nationwide study that assesses HIV/AIDS-related knowledge, attitudes, and practices among the population aged 18-35 years old (Matos, Reis, Ramiro & Equipa Aventura Social, 2011a).

Sample

Data were collected through two self-administered questionnaires, one from the Portuguese version of the Health Behavior in School-aged Children (HBSC) of 2010, and the other from the Sexual and Reproductive Health in University Students (HBSC / SRHUS), both nationwide surveys conducted in Portugal for the Ministry of Portuguese Health and for the National Coordination for HIV/AIDS Infection.

Study 1

The 2010 study provides national representative data of 5050 Portuguese adolescents, randomly chosen from those attending 6th grade, 8th grade (middle school) and 10th grade (high school) during the 2009/2010 academic year. The sample included 52.3% girls and 47.7% males, whose mean age was 14.0 years (standard deviation 1.9). The majority of adolescents were of Portuguese nationality (94.4%), 30.8% attended the 6th grade, 31.6% attended the 8th grade and 37.6% attended the 10th grade. This study used a subset of 8th (n=1594) and 10th graders (n=1900) to represent middle school and high school educational stages. The majority was female (middle school, 51.0%; high school, 55.7%), Portuguese (n=94.1% and 94.3%, respectively) and their mean ages were respectively 13.8 and 15.9 (standard deviation 0.8 for both) (table 22).

Study 2

The study provides national representative data of 3278 Portuguese university students, randomly chosen from those attending any graduation degree in university during the 2009/2010 academic year. The sample included 69.7% young women and 30.3% young men, (in similarity with national distribution of genders in university), whose mean age was 21.0 years old (standard deviation 3.0). The majority of students were Portuguese (97.3%), single (95.5%), catholic (71.9%) and heterosexual (96.4%).

This study used a subset of 1st year university students (n=1257) only to represent university educational stage and to maintain the time span as close as possible to the other selected groups (8th and 10th grade) to allow comparisons. The majority was

female (70.5%), Portuguese (n=98.2%) and mean age was 19.8 (standard deviation 2.9) (table 22).

Table 22 – Socio demographic characteristics and sex education of total sample and subsets

	Middle school students (N=1594)		High school students (N=1900)		University students (N=1257)		Total ¹ (N=4751)	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Gender (N=4751)								
Male	781	49.0	841	44.3	371	29.5	1993	41.9
Female	813	51.0	1059	55.7	886	70.5	2758	58.1
Nationality (N=4595)								
Portuguese	1429	94.1	1716	94.3	1235	98.2	4380	95.3
Other	89	5.9	104	5.7	22	1.8	215	4.7
Sex education classes (SEC) (N=4392)								
Having had SEC	827	58.4	1254	72.1	745	60.3	2826	64.3
Not having had SEC	589	41.6	486	27.9	491	39.7	1566	35.7
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Age (N=4751)	13.8	0.8	15.9	0.8	19.8	2.9	16.2	2.8

¹ The total numbers differ considering that some subjects have not replied to some variables.

Procedure

Study 1 and 2

The procedures followed for school and university students were similar. Data were collected through a self-administered questionnaire. In study 1, data were collected from the Portuguese sample of the Health Behavior in School-aged Children (HBSC), and all procedures were followed according to the international research protocol (Currie, Roberts, Morgan, & Smith, 2004). Study 2 - the Sexual and Reproductive Health in University Students (HBSC / SRHUS) – is an extension of the HBSC, following the same procedures.

The sampling unit used in both surveys was the class. The 139 schools/19 university colleges in the samples were randomly selected from the official national list of schools/colleges, stratified by region (North, Center, Lisbon and Tagus Valley, Alentejo and the Algarve) in the mainland. In each school /college, one class was randomly selected for each educational stage according to the international protocol. The surveys are nationwide and were conducted during 2009/2010 school year for the Ministry of Portuguese Health and for the National Coordination for HIV/AIDS

Infection by the Technical University of Lisbon. These studies had the approval of a scientific committee, the National Ethics Committee and the National Commission for Data Protection and followed strictly all the guidelines for human rights protection.

Measures

Study 1

The HBSC questionnaire consists of three levels of questions in order to build national survey instruments: mandatory questions that every country needs to include to create the international dataset; optional packages of questions on specific topic areas from which countries can opt; and country-specific questions regarding issues of national significance. Survey questions cover a wide range of health indicators and health-related behaviors as well as the life circumstances of young people. For this paper, were used the mandatory question regarding sexual début, the optional question about sexual intercourse under the influence of alcohol or drugs, the national question on condom use at first sexual intercourse as well as one scale related to knowledge and two related to attitudes.

Study 2

The HBSC / SRHUS questionnaire is a Portuguese extension of the HBSC, aimed to study specifically sexual health issues in university students; therefore, it is constituted by questions regarding its purpose. It was conducted in 2009 /2010 for the first time. Survey questions cover sexual health topics only.

Measures (Study 1 and 2)

In both studies, questions were validated and piloted (in HBSC at both national and international levels and in HBSC/SRHUS at national level only). Only questions related to the goals of this article are presented here.

Risky sexual behaviour was measured through the following behaviours - ever had sexual intercourse (Yes/No), male condom use at first sexual intercourse (Yes/No) and having had sexual intercourse after having drunk too much alcohol or taken drugs (Yes/No). As documented in literature, having ever had sexual intercourse and having had sexual intercourse after having drunk too much alcohol or taken drugs were considered as risky behaviours, and so was not having used condom at first sexual intercourse.

Knowledge regarding HIV/AIDS transmission/prevention – Adolescents and young adults were asked to respond to nine statements about HIV/AIDS transmission/prevention (Currie, Samdal, Boyce, & Smith, 2001). The Portuguese version of the scale was used (Matos et al., 2011). Participants were asked to respond to nine statements: 1. «it is possible to become infected with HIV/AIDS by sharing needles»; 2. «it is possible to become infected with HIV/Aids from coughing and sneezing»; 3. «an HIV infected pregnant woman may pass the virus to her baby»; 4. «it is possible to become infected with HIV/AIDS by hugging someone infected»; 5. «the oral contraceptive can protect against HIV/AIDS infection»; 6. «it is possible to become infected with HIV/AIDS by engaging in unprotected sexual intercourse with someone just once»; 7. «someone who looks healthy can be HIV infected»; 8. «it is possible to become infected with HIV/AIDS by sharing a glass, fork/spoon»; 9. «it is possible to become infected with HIV/AIDS by blood transfusion in a Portuguese hospital». For each statement, answering categories were 1= Yes, 2= No and 3= I do not know. Only responses that showed correct information were scored and so final scores ranged from 0 to 9, with high scores suggesting more valid knowledge.

Attitudes towards HIV/AIDS infected people. Adolescents and young adults were asked to respond to five statements about attitudes towards HIV-infected people (Currie, Samdal, Boyce, & Smith, 2001). The Portuguese version of the scale was used (Matos et al., 2011). Participants were asked to respond to five statements: 1. «I wouldn't be a friend of someone if he had AIDS», 2. «Adolescents with AIDS should be allowed to go to school», 3. «I would sit near an infected student in classroom», 4. «I would visit a friend if he or she had AIDS» and 5. «HIV infected people should live apart of the rest of people». Items were rated on a 3-point rating scale (1= disagree to 3= agree). After recoding items 1 and 5, final scores ranged from 5 to 15, with high scores suggesting more positive attitudes.

Attitudes towards condom use. Adolescents and young adults were asked to respond to four statements that constitute a subscale of Sexual Risk Behavior Beliefs and Self Efficacy Scales (Basen-Engquist et al., & , 1998). The Portuguese version of the scale was used (Ramiro & Reis, 2009). Participants were asked to respond to four statements: 1. « It would be embarrassing to buy condoms in a store», 2. « It would feel uncomfortable carrying condoms with me.», 3. «It would be wrong to carry a condom with me because it would mean that I am planning to have sex» and 4. « It would feel

uncomfortable to ask for condoms at health care services.» Items were rated on a 3-point rating scale (1= disagree to 3= agree). After recoding all items, final scores ranged from 4 to 12, with high scores suggesting more positive attitudes.

Sex education. Adolescents and young adults were asked if they had sex education classes at school in the last years (Yes / No). The total sample was then divided in two groups according to their answer.

Data analysis

Analyses and statistical procedures were carried out in the *Statistical Package for Social Sciences* program (SPSS, version 20.0 for Windows). Overall, structured self-reported questionnaires were responded by the subset of middle school (8th grade) and high school (10th grade) students from the HBSC (3494 participants) and the subset of first year university students from the HBSC/SRHUS (1257 participants). The total numbers differed according to the sub-sample used (middle school, high school and university students; reporting they have had sex or not), and considering that some participants have not replied to all questions.

Means, standard deviations, frequencies and other descriptive statistics were performed to characterize the sample. Risky sexual behaviors, HIV/AIDS knowledge, attitudes towards HIV-infected people and attitudes towards condoms were then compared between the students who reported having had and not having had sex education using Chi-square (χ^2) and ANOVA tests, Scheffe post hoc and Effect size (Cohen, 1988, p.53).

Results

Differences between educational stages and risky sexual behaviours

There was considerable variation by educational stages since university students (75.3%) more often reported having had sexual intercourse than high (29%) and middle school students (13.2%) ($p < .0001$). Overall, 89.1% of the students who already had sexual intercourse referred having used a condom at the first sexual intercourse. Again, significant variation was observed between educational stages in relation to condom use at first sexual intercourse ($p < .0001$) with sexually active high school students referring more frequent use of the condom (94.6%) than university ones (86.4%). Results showed that the majority (74.7%) of students who reported having had sexual intercourse did

not have it under the effect of alcohol or drugs. Yet, university students did it more frequently (35.3%) than middle (16.5%) and high school students (11.2%) ($p < .0001$), see table 23.

Table 23 - Differences between educational stages and risky sexual behaviors

	Middle school students (N=1594)		High school students (N=1900)		University students (N=1257)		Total ¹ (N=4751)		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Ever had sexual intercourse (N=4693)									1237.17	.000
Yes	206	13.2	542	29.0	947	75.3	1695	36.1		
No	1360	86.8	1328	71.0	310	24.7	2998	63.9		
Only participants who reported having had their first sexual intercourse (N=1695)										
	Middle school students (N=194)		High school students (N=537)		University students (N=947)		Total ¹ (N=1678)		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Condom use at 1st sexual intercourse (N=1492)									20.39	.000
Yes	129	91.5	382	94.6	818	86.4	1329	89.1		
No	12	8.5	22	5.4	129	13.6	163	10.9		
Having had sexual intercourse under the influence of alcohol or drugs (N=1569)									106.39	.000
Yes	32	16.5	56	11.2	309	35.3	397	25.3		
No	162	83.5	443	88.8	567	64.7	1172	74.7		

¹The total numbers differ considering that some participants have not replied to some variables.
In bold – values that correspond to an adjusted residual $\geq |1.9|$

Differences between educational stages and scales of knowledge regarding HIV/AIDS transmission/prevention, attitudes towards HIV-infected people and attitudes towards condoms

Knowledge regarding HIV/AIDS transmission/prevention: the level of general HIV/AIDS knowledge among young people was average, as indicated by a total mean score of 6.02 (SD=2.52) out of 9 points, with university students showing significantly more knowledge (M = 7.76, SD=1.08) than high school and middle school students [(Mean = 6.21, SD=2.27; Mean = 4.21, SD=2.56, respectively) ($p < .0001$)].

Attitudes towards HIV-infected people: the level of general attitudes towards HIV-infected people was good, as indicated by a total mean score of 13.35 (SD=2.13) out of 15 points, with university students showing significantly more positive attitudes (Mean = 14.60, SD=1.07) than middle (Mean = 12.21, SD=2.28) and high school students (Mean = 13.35, SD=2.08; $p < .0001$).

Attitudes towards condoms: the level of general attitudes towards condoms was good, as indicated by a total mean score of 9.10 (SD=2.50) out of 12 points, with university students showing significantly more positive attitudes (Mean = 10.02, SD=2.15) than middle (Mean = 8.21, SD=2.55) and high school students (M = 9.16, SD=2.37); $p < .0001$).

The *Post-hoc* comparisons by the *Scheffe* method indicated that the university students reported having more knowledge regarding HIV/AIDS transmission / prevention, more positive attitudes towards HIV-infected people and more positive attitudes towards condoms when compared with the other two educational stages. (See table 24)

Table 24 – Differences between educational stages and scales of knowledge regarding HIV/AIDS transmission/prevention, attitudes towards HIV-infected people and attitudes towards condoms.

	Middle school students (N=1594)		High school students (N=1900)		University students (N=1257)		Total ¹ (N=4751)		F	p	Scheffe post hoc ²
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
HIV / AIDS Knowledge (N=4288)	4.2	2.56	6.2	2.27	7.8	1.08	6.0	2.52	929.413	.000	a<b<c
Attitudes towards HIV-infected people (N=4340)	12.2	2.28	13.4	2.08	14.6	1.07	13.4	2.13	512.684	.000	a<b<c
Attitudes towards condoms (N=4300)	8.2	2.55	9.2	2.37	10.0	2.15	9.1	2.50	188.915	.000	a<b<c

¹ The total numbers differ considering that some participants have not replied to some variables. / ² The a, b, c and <> signs – represent statistically significant differences within groups for $p < .05$ by the *Scheffe POSTHOC method*.

Differences between reporting not having had and having had sex education classes, educational stages and risky sexual behaviors

In relation to risky sexual behaviors, high school and university students who reported having had sex education classes reported less frequently being sexually initiated (74.9% and 27.9%, $p < .0001$) than those reporting not having had sex education classes (63.4% and 20.8%, respectively, $p < .010$). No statistically significant differences were observed for having had sex education and not having had sex education classes among middle school students ($p = .812$).

Regarding condom use at first sexual intercourse, university students who reported having had sexual intercourse and having had sex education classes showed a higher prevalence of condom use (89.6%) than those not reporting having had sex education classes (83.0%) ($p < .010$). No statistically significant differences were found regarding having had sex education classes in middle ($p = .412$) and high school students ($p = .132$).

Concerning having had sexual intercourse under the influence of alcohol or drugs, high school students who reported having had sex education classes and having had sexual intercourse showed a higher prevalence of not having had sexual intercourse under the influence of alcohol or drugs (91.7%) than those reporting not having had sex education (84.3%) ($p < .050$). No statistically significant differences were found for having had sex education classes and not having had sex education classes in middle school ($p = .629$) and university students ($p = .449$). (See table 25.)

Differences between reporting not having had and having had sex education, educational stages and scales of knowledge regarding HIV/AIDS transmission/prevention, attitudes towards HIV-infected people and attitudes towards condoms

Concerning knowledge regarding HIV/AIDS transmission /prevention, students who reported having had sex education classes showed significantly more knowledge in all educational stages (middle school: Mean = 4.67, SD=2.51; high school: Mean = 6.53, SD=1.99; and university: Mean = 7.82, SD=1.02) than those reporting not having had them (Mean = 3.66, SD=2.54; Mean = 5.47, SD=2.65; Mean = 7.67, SD=1.18; respectively). These differences were statistically significant in all educational stages: middle ($p < .0001$), high school ($p < .0001$) and university students ($p < .050$). Nevertheless, the effect sizes calculated only confirmed that having had sex education classes was responsible for presenting more knowledge regarding HIV/AIDS for middle and high school students. Moreover, the effect of sex education classes was small (0.23; 0.28, respectively), according to Cohen's criteria (Cohen, 1988, p.53).

Regarding attitudes towards HIV-infected people, students who reported having had sex education classes showed significantly more positive attitudes in two educational stages (middle school: Mean = 12.57, SD=2.22 and high school: Mean = 13.56, SD=1.93) than those reporting not having had them (Mean = 11.80, SD=2.28; Mean = 12.85, SD=2.31; respectively). There was statistically significant differences for

having had sex education and not having had sex education classes in middle ($p < .0001$) and high school ($p < .0001$) students but not in the university students group ($p = .118$). The effect sizes calculated confirmed that middle and high school students who reported having had sex education classes presented more positive attitudes towards HIV-infected people, though the effect of sex education was small (0.20 in both groups). As for attitudes towards condoms, only middle school students who reported having had sex education classes showed significantly more positive attitudes (Mean = 8.39, SD=2.46) than those reporting not having had them (Mean = 7.97, SD=2.65) ($p < .010$). Nevertheless, the effect size did not confirm that the difference was due to having had sex education classes (effect size = 0.10). As for the other educational stages, no statistically significant differences were observed in the high school and university students groups ($p = .251$; $p = .821$; respectively). (See table 26.)

Table 25 – Differences between reporting not having had and having had sex education classes, educational stages and risky sexual behaviors.

	Not having had Sex Education (N=1566)		Having had Sex Education (N=2826)		Total (N=4392)		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Ever had sexual intercourse (N=4345)								
Middle school students							.056	.812
Yes	73	12.6	99	12.2	172	12.3		
No	507	87.4	715	87.8	1222	87.7		
High school students							22.42	.000
Yes	176	36.6	310	25.1	486	28.3		
No	305	63.4	924	74.9	1229	71.7		
University students							8.04	.005
Yes	389	79.2	537	72.1	926	74.9		
No	102	20.8	208	27.9	310	25.1		
Only participants who reported having had their first sexual intercourse (N= 1695)								
Condom use at 1st sexual intercourse (N=1419)								
Middle school students							.67	.412
Yes	46	93.9	60	89.6	106	91.4		
No	3	6.1	7	10.4	10	8.6		
High school students							2.27	.132
Yes	126	93.3	234	96.7	360	95.5		
No	9	6.7	8	3.3	17	4.5		
University students							8.43	.004
Yes	323	83.0	481	89.6	804	86.8		
No	66	17.0	56	10.4	122	13.2		
Having had sexual intercourse under the influence of alcohol or drugs (N=1493)								
Middle school students							.23	.629
Yes	9	12.7	15	15.3	24	14.2		
No	62	87.3	83	84.7	145	85.8		
High school students							5.89	.015
Yes	26	15.7	25	8.3	51	10.9		
No	140	84.3	275	91.7	415	89.1		
University students							.57	.449
Yes	131	36.9	173	34.4	304	35.4		
No	224	63.1	330	65.6	554	64.6		

¹ The total numbers differ considering that some participants have not replied to some variables. / In bold – values that correspond to an adjusted residual $\geq |1.9|$

Table 26 – Differences between reporting not having had and having had sex education classes, educational stages and scales of knowledge regarding HIV/AIDS transmission/prevention, attitudes towards HIV-infected people and attitudes towards condoms

	Not having had Sex Education (N=1566)		Having had Sex Education (N=2826)		Total ¹ (N=4392)		F	p	Effect Size (d) ²
	M	SD	M	SD	M	SD			
HIV / AIDS Knowledge (N=4186)									
Middle school students	3.7	2.54	4.7	2.51	4.3	2.57	51.051*	.000	0.23
High school students	5.5	2.65	6.5	1.99	6.2	2.25	78.465*	.000	0.28
University students	7.7	1.18	7.8	1.02	7.8	1.09	5.590	.018	0.07
Attitudes towards HIV-infected people (N=4262)									
Middle school students	11.8	2.28	12.6	2.22	12.3	2.27	38.338	.000	0.20
High school students	12.9	2.31	13.6	1.93	13.4	2.07	40.630	.000	0.20
University students	14.6	1.13	14.7	0.97	14.6	1.03	2.445	.118	0.05
Attitudes towards condoms (N=4243)									
Middle school students	8.0	2.65	8.4	2.46	8.2	2.55	8.793	.003	0.10
High school students	9.1	2.35	9.2	2.36	9.2	2.36	1.319	.251	0.04
University students	10.0	2.25	10.0	2.08	10.0	2.15	.051	.821	0.01

¹ The total numbers differ considering that some participants have not replied to some variables.

² The Effect Sizes estimators are reported in d-type indices for two groups (Cohen, 1988)

Discussion

Overall, sexual health is a matter that calls for intervention. Since AIDS has been identified as pandemic, nations, including the Portuguese, have committed to promote safer sexual health. The implementation of sex education has shown to be an important key to the solution for this problem (Ramiro, & Matos, 2008). Our analyses suggest that overall Portuguese youth have safe sexual behaviors. Nonetheless, there are a minor but relevant number of individuals that referred having some risky behaviors, therefore putting themselves at risk.

As expected, there was significant variation by educational stages: Portuguese middle and high school students reported less being sexually active and having had sexual intercourse under the influence of alcohol or drugs than university students. These results are in the range of those found in a similar nationwide US research conducted at the same time, the Youth Risk Behavior Surveillance, with 64% of young Americans (10 – 24 years old) referring not being sexually active (Centers for Disease Control and Prevention, 2010). For our youngest age group, they compare as well with

the results of the last HBSC survey cycle, where 74% (HBSC average) of 15-year-olds reported not having had first sexual intercourse (Currie et al., 2012).

It is broadly accepted that condoms provide the best protection from STIs, including HIV but they must be used without fail and correctly in every act of intercourse (DGS, 2004). The important contribution that sex education can have in increasing condom use is also acknowledged (Kirby et al., 2007; Mueller, Gavin & Kulkarni, 2008), as well as in preventing other risky sexual behaviors such as sexual intercourse associated to alcohol or drugs (Madkour et al., 2010).

The rates of condom use during first sexual intercourse were very high among Portuguese middle (91.5%), high school (94.6%) and university (86.4%) students. Yet, the rate decreased from high school to university, which may suggest that protective behaviours are abandoned over time. Alternatively it could suggest that younger generations tend to protect themselves more than before. These findings are similar to those of a research conducted in a geographically and culturally similar country, where 96.2% of 13/14 year-old Spanish middle school students and 97.8% of 15/16 year-old Spanish high school students reported having used condom during first sexual intercourse (Teva, Bermúdez & Buela-Casal, 2009).

Results showed that the majority (middle school - 83.5%, high school - 88.8%, university – 64.7%) did not have sexual intercourse under the effect of alcohol and drugs. Nevertheless, 35.3%, which is a relevant percentage of Portuguese university students, reported such a situation. The findings related to Portuguese young people are in line in the YRSB research (Centers for Disease Control and Prevention, 2010), with 78.4% referring not having had sexual intercourse under the effect of alcohol and drugs.

It is imperative to implement successfully demonstrated strategies into present prevention programs besides continuing to find new ways to protect young people and youth and enhance their skills to protect themselves from negative outcomes such as unwanted sexual activity, pregnancy or STI/HIV infections.

Because the rates of HIV/AIDS in young people and youth have always been a major concern (UNAIDS, 2010), raising knowledge about HIV transmission routes and prevention and promoting positive attitudes towards HIV infected people and condom use have equally been identified as sex education prerogatives (Kirby et al., 2007). Our paper suggests that Portuguese young people have reasonable knowledge regarding

HIV/AIDS transmission/prevention and show positive attitudes towards HIV infected people.

University students demonstrated significantly more knowledge and more positive/tolerant attitudes both towards infected people and condoms. So, university students demonstrated lower risk acceptance than middle and high school students. Overall, in most comparable studies the knowledge level about HIV/AIDS prevention was considered moderate / moderately high (Bana et al., 2010; Tavoosi, Zaferani, Enzevaei, Tajik & Ahmadinezhad, 2004), which is similar to this sample. As for attitudes towards HIV infected people, studies with societies culturally similar to the Portuguese were unavailable so it is advisable that investigation is carried out on this subject. In relation to attitudes towards condom use, the Portuguese results were in line with those of the HBSC Scottish sample, where a proactive attitude towards condoms was observed (Kirby, Van der Sluijs, & Currie, 2010).

Students who reported having had sex education classes reported less frequently having ever had sexual intercourse (high school and university students), showed a higher prevalence of condom use at first sexual intercourse (university students) and reported more frequently not having sexual intercourse under the influence of alcohol or drugs (high school students); therefore exhibiting safer sexual behaviors.

Considering condom use at first sexual intercourse is associated with ensuing use, the prevalence of condom use at last intercourse is probably as well lower among university compared to younger educational stages too. Still, sex education classes showed a positive influence in condom use among university students, suggesting its importance. Nevertheless, its effects are greater when implemented *before* people become sexually active, that's probably why middle and high school students' prevalence of condom use is higher. The fact that sex education classes weren't associated to condom use in younger students is probably due to difficulty in assessing behavior change within a period of time smaller than ten years.

Students in the lower educational stages (middle and high school students) who reported having had sex education classes showed significantly more knowledge regarding HIV/AIDS transmission / prevention and more positive attitudes towards HIV-infected people, thus documenting the importance of sex education, similarly to the research carried out by Kirby and collaborators (2007). Since sex education is still in the process of being implemented in Portugal, it is acceptable to consider that

university students have had less opportunity to have sex education classes and that when they reported them, the sex education they have had probably was still not as systematic and effective as nowadays. Another important aspect is that none of the educational stages showed more positive attitudes towards condoms, where sex education classes haven't made a difference, yet. This also seems acceptable since demonstrating a positive attitude towards condom use, and even more using them is much more demanding than demonstrating a positive attitude towards HIV-infected people. Besides, improving one's attitudes towards condom use is much more specific and behavior-related than changing attitudes towards HIV-infected people, where there's a big probability one doesn't know anyone with that condition.

Most of the programs that aim to change young people's sexual risky behaviors directly target young people. However, teachers, parents and peers can also be considered as important agents in youth change. Generally, these programs are tailored to be implemented in school context. Nevertheless, sex education in universities, the place where young people spend the stage of life where they are more sexually active is seldom addressed and statistics show how relevant this issue is.

It is fundamental to understand that primary prevention is the one that aims to promote safe sexual behaviors since it develops cognitive and behavioral skills that are fundamental to promoting and maintaining positive changes. Sex education requires that the agents involved, whether directly or indirectly (especially family, schools and universities) gain awareness of their importance in young people's development.

Although we performed analyses stratified by gender (due to sex ratio differences), there were no substantive differences in results; with one exception: at university educational stage, having had sex education classes is neither associated with having had sexual intercourse nor with having used condom at first sexual intercourse. Overall, there were no differences in results thus we presented combined analyses.

References

- Bana, A., Bhat, V., Godlwana, X., Libazi, S., Maholwana, Y., Marafungana, N., Mona, K., Mbonisweni, A., Mbulawa, N., Mofuka, J., Mohlajoa, N., Nondula, N., Qubekile, Y., & Ramnaran, B. (2010). Knowledge, attitudes and behaviours of adolescents in relation to STIs, pregnancy, contraceptive utilization and substance abuse in the Mhlakulo region, Eastern Cape. *South African Family Practice*, 52, 2:154-158.
- Basen-Engquist, K., Mâsse, L.C., Coyle, K., Kirby, D., Parcel, G., Banspach, S., & Nodora, J. (1998). Sexual Risk Behavior Beliefs and Self-efficacy Scales. *Handbook of Sexuality – Related Measures* (541-544). Thousand Oaks: Sage.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Currie C., Hurrelmann K., Settertobulte W., Smith R., & Todd J. (2000). *Health and health behavior among young people*. Copenhagen: World Health Organization.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., & Smith, R. (2004). Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/02 survey. *In WHO policy series: Health policy for children and adolescents*. Copenhagen: WHO regional office for Europe.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O., & Barnekow, V. (eds). (2012). Social Determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. *In: WHO policy series: Health Policy for Children and Adolescents*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010). *Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2009: Surveillance Summaries*. Department of Health and Human Services. MMWR, 59.
- CVEDT - Centro de Vigilância das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Infecção VIH /SIDA. (2011). A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2010. [HIV/AIDS. (2011). The situation in Portugal on December 31, 2010]. Lisboa: INSA.

- DGS- Direcção Geral de Saúde (2004). *Orientações estratégicas. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos.* [Strategic guidelines. National Health Plan 2004-2010: better health for all.]- Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- EACEA - Education, Audiovisual and Culture Executive Agency (EACEA P9 Eurydice) (2012). Key Data on Education in Europe 2012, Brussels: Education, Audiovisual and Culture Executive Agency. Retrieved from: http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/key_data_series/134EN.pdf
- Eaton, D., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W., Lowry, R., McManus, T., Cheyen D., Lim C., Brener, N., & Wechsler, H. (2008). *Youth risk behavior surveillance, United States, 2007.* MMWR 57(SS-4), 1-136.
- Fisher, W., & Fisher, J. (1993). Understanding and promoting AIDS preventive behaviour: A conceptual model and educational tools. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 1: 99-106.
- Kirby, D., Laris, B.A., & Roller, L. (2007). Sex and HIV education programs: Their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, 40, 206-217.
- Kirby, J., Van der Sluijs, W., & Currie, C. (2010). HBSC Briefing Supplement 18b: Attitudes towards condom use among young people. *Child and Adolescent Health Research Unit.* The University of Edinburgh. HBSC Briefing Paper Series.
- Madkour, A., Farhat, T., Halpern, C., Godeau, E., & Gabhainn, S. (2010). Early Adolescent Sexual Initiation as a Problem Behavior: A Comparative Study of Five Nations. *Journal of Adolescent Health*, 47(4): 389-398.
- Martinez, G., Copen, C. & Abma, J. (2011). Teenagers in the United States: Sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2006–2010 National Survey of Family Growth. National Center for Health Statistics. Vital Health Statistics, 23(31).
- Matos, M.G., Reis, M., Ramiro, L., & Equipa Aventura Social (2011a). *Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes do Ensino Superior - Relatório do Estudo* [Sexual Reproductive Health of Colleague Students - Study Report] HBSC/SSREU. ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.

- Matos, M.G., Simões, C. Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2011b). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses - Relatório do Estudo HBSC 2010*. [The Health of Portuguese adolescents - HBSC Study Report 2010.] ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.
- Mueller, T.E., Gavin, L.E., & Kulkarni, A. (2008) The association between sex education and youth's engagement in sexual intercourse, age at first intercourse, and birth control use at first sexual intercourse. *Journal of Adolescent Health*, 42, 89-96.
- National Survey of Sexual Health and Behavior (NSSHB). (2010). Findings from the National Survey of Sexual Health and Behavior, Centre for Sexual Health Promotion, Indiana University. *Journal of Sexual Medicine*, 7(5).
- Paiva, V., Calazans, G., Venturi, G., Dias, R & Grupo de Estudos de População, Sexualidade e AIDS. (2008). Age and condom use at first sexual intercourse of Brazilian adolescents. *Revista de Saúde Pública*, 42(1).
- Ramiro, L., & Matos, M.G. (2008). Perceptions of Portuguese teachers about sex education. *Revista de Saúde Pública*, 42(4): 684-692.
- Ramiro, L., Reis, M., Matos, M.G., Diniz, J., & Simões, C. (2011). Educação Sexual, Conhecimentos, Crenças, Atitudes e Comportamentos nos adolescentes. [Sexual Education, Knowledge, Beliefs, Attitudes and Behaviors among adolescents.] *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29 (1):11-21.
- Reis, M., Ramiro, L., & Matos, M.G. (2009). Contraceção, Parceiros Ocasionais e Consumo de Substâncias em Jovens Portugueses. [Contraception, occasional partners and substance use among Portuguese Youth.] *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 6(2), 206-214.
- Reis, M., Ramiro, L., Matos, M.G., Diniz, J. A, & Simões, C. (2011). Information and attitudes about HIV/Aids in Portuguese adolescents: state of art and changes in a four year period. *Psicothema*, 23(2): 260-266.
- Shaffi, T., Stovel, K., Davis, R. & Holmes, K. (2004). Is Condom use habit forming? Condom use at sexual debut and subsequent condom use. *Sexually Transmitted Diseases*, 31(6):366-372.
- Shaffi, T., Stovel, K. & Holmes, K. (2007). Association between condom use at sexual debut and subsequent sexual trajectories: A longitudinal study using biomarkers. *American Journal of Public Health*, 97(6):1090-1095.

- Synovitz, L., Herbert, E., Kelley, R., & Carlson, G. (2002). Sexual knowledge of college students in a southern state: Relationship to sexuality education results of Louisiana college student study shows need for sexuality programs. *American Journal of Health Studies*, 17: 163-172.
- Teva, I., Bermúdez, M., & Buéla-Casal, G. (2009). Characteristics of sexual behavior in Spanish adolescents. *Spanish Journal of Psychology*, 12(2): 471-484.
- Tavoosi, A., Zaferani, A., Enzevaei, A., Tajik, P., & Ahmadinezhad, Z. (2004). Knowledge and attitude towards HIV/Aids among Iranian students. *BMC Public Health*, 4,17.
- Thompson, C., Currie, C., Todd, J., & Elton, R. (1999). Changes in HIV/AIDS education, knowledge and attitudes among Scottish 15-16 years old, 1990-1994 findings from WHO: Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC). *Health Education Research*, 14: 357-370.
- UNAIDS. (2008). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic.
- UNAIDS. (2010). Global Report: UNAIDS report on the Global Aids epidemic 2010. Joint United Nations Programme on HIV/Aids. WHO Library Catalogue-in-Publication Data.
- UNAIDS. (2011). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic.
- WHO. (2010). Position paper on mainstreaming adolescent pregnancy in efforts to make pregnancy safer. Department of Making Pregnancy Safer. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

Estudo 6 – Trends in early and very early sex and condom use in 20 European countries 2002-2012⁶

Abstract

This study examined trends in adolescent sexual behaviors from 2002 to 2010 in 20 European countries. Data were collected by self-report questionnaires from 15 year olds in classrooms during 2002, 2006 and 2010. No linear trend over time was documented for most countries for sexual intercourse or sexual initiation at age 13 or younger, but an increase in condom use for girls was found. Increased initiation among girls in eastern Europe and decreased very early initiation among girls in northern Europe emerged, along with a general increase in condom use in boys and most notably in girls. The prevalence of early and very early sexual initiation was quite stable in Europe between 2002 and 2010, while condom use increased.

Keywords: Adolescent, sexual experience, age of sexual onset, condom use

⁶ Ramiro, L., Windlin, B., Reis, M., Nic Gabhainn, S., Jovic, S., Matos, M.G., & Godeau, E. (in press). *Trends in early and very early sex and condom use in 20 European countries 2002 – 2010. International Journal of Public Health*. HBSC supplement (IF= 2.539)

Introduction

There are several fears related to adolescent sexual intercourse, such as infection with HIV and other sexually transmitted infections (STIs), unwanted pregnancy, and abortion. It is common to initiate sexual activity during adolescence,^{1,2} but young people are at higher risk of related negative outcomes than adults, primarily due to their physical, emotional and cognitive immaturity.^{3,4} In particular they are more vulnerable to STIs because of more frequent risky behaviors, such as sexual intercourse without condom.^{2,5} Recent data suggest that up to 40% of initiated adolescents in western, central and eastern Europe¹ had not used condoms during their last sexual intercourse; thus many sexually active adolescents remain at risk of infection by HIV and other STIs. Though there has been a recent reduction in HIV in industrialised countries among adolescents, rates of other STIs have increased.^{1,6,7} While overall rates of adolescent pregnancy and abortion have decreased in Europe, in eastern European countries rates are still moderate to high.²

Age of sexual initiation has been decreasing in several industrialised countries.^{1,7} According to recent HBSC surveys, most sexually active 15 year olds reported having had their first sexual intercourse from 14 years of age upwards.^{8,9} However, the earlier sexual initiation happens, the more risky it potentially is.^{10,11} Early sexual initiation is identified as a negative indicator of sexual health.^{3,12,13} Addressing sexual behavior among very young people is thus very relevant to public health.^{10,14,15} Although there are plenty of data on sexual behaviors among adolescents worldwide, there is little available data on those very young sexual initiators² and trend data are scarce, specifically so in Europe.

This paper aimed to (1) describe trends in sexual experience, very early sexual initiation and condom use at last sexual intercourse among 15 year-olds from 2002 to 2010 in 20 countries in four European regions; and (2) describe variations in these trends over time in boys and girls at country and European regional level.

Methods

The data presented here are drawn from the World Health Organisation collaborative HBSC studies undertaken in 2002, 2006 and 2010. All countries that

participated in these three HBSC studies and asked the sexual health questions were included in these analyses. Further details on the development of the questions and methods employed can be found elsewhere.¹⁷⁻¹⁹

Our analyses are based on data collected from at least 15 year old students¹ in 20 countries. The total sample of the three studies together was 91297 students, of which 3628 cases (4.0%) had to be excluded due to missing values or inconsistent answers. The resulting net dataset thus comprises 87669 students (51.8% girls, mean age 15.60; sd = 0.34). In some countries weights were used to improve national representativeness. In order to minimise the possible effects of variation in national sample sizes across countries and studies, national samples were reweighted so that each country within a region has the same weight, the total weighted n being equal to its unweighted n , and country-level weights being recalibrated accordingly.

Measures

Sexual behaviors

Experience of sexual intercourse was assessed by the question “Have you ever had sexual intercourse?” (Yes/No); age at first sexual intercourse by “How old were you when you had sexual intercourse for the first time?” (11 or younger/12/13/14/15/16/17 or older). Responses were dichotomised into ‘13 or younger’ and ‘14 or older’. Condom use at last intercourse was assessed by combining answers to a question where condom was one item among a list of contraceptive methods, and a separate question “The last time you had sexual intercourse, did you or your partner use a condom?” (Yes/No). Those who answered yes to either of the two items were coded as having used a condom at last intercourse.

Time

Time was included as a ratio variable reflecting the year of study with 2002 as baseline.

Statistical analysis

Descriptive analyses were used to examine sexual behaviors according to gender and year. Condom use data presented are based only on those students who reported having had sexual intercourse. Linear time trends were determined through logistic regression models, including the age of the respondent as a control variable, while

adjusting for the design effects inherent in the clustered sample. Descriptive data analyses and calculation of weights were carried out in PASW/SPSS 18.0 and logistic regressions in STATA 12.0. Because of the gender-specific nature of sexual behaviors, results are stratified by gender.

Allocation to region was based on geographical location according to the UN Statistical Division classification.¹⁹ Taking into account politico-historical criteria and to allow the division of the countries into four regions of five countries each, the Baltic countries were reallocated from the northern to the eastern European region together with Hungary and Ukraine, to represent the east European post-communist countries.

Resultados

The rates of 15 year olds who reported having experienced sexual intercourse ranged from 2.7% in Macedonia (girls, 2010) to 46.8% in Ukraine (boys, 2002). In most countries, boys were more likely than girls to have had intercourse, with differences tending to be larger in southern and eastern European countries, as compared to western. In northern European countries, this gender pattern was reversed (i.e., generally higher rates among girls). No significant linear trend over time from 2002 – 2006 – 2010 was observed for most countries, apart from Hungary, Latvia and Sweden (increasing) and Macedonia, England, Scotland and Finland (decreasing). At regional level, there were no significant linear time trends for boys, but increasing trends for girls in eastern and southern European regions (see table 27).

The rates of 15 year olds who reported having had sexual intercourse for the first time at 13 or younger ranged from 0.1% in Macedonia (girls, 2002) to 15.9% in Greece (boys, 2006). In most countries, boys were more likely than girls to report very early sexual initiation, those gender differences tending to be larger in southern and eastern countries. In four northern countries this gender pattern was reversed in at least one survey year. No significant linear trend over time 2002-2006-2010 was found for most countries, but some decreasing trends could be seen in countries of the northern (Finland and England) and southern European regions (Macedonia), and in eastern Europe both increasing (Hungary, Latvia and Estonia) and decreasing (Lithuania) trends were observed. At the regional level, a linear decrease was found for boys in southern and for girls in northern Europe (see table 27).

Table 27. Ever had sexual intercourse and first sexual intercourse at age 13 or younger among 15 year-olds, by gender, year of study and country resp. European region; n, percentages and linear time trends between 2002 and 2010 (HBSC 2002, 2006 and 2010)

	n ^c n _{boys} ^c n _{girls} ^c		Ever had sexual intercourse								Had first sexual intercourse at age 13 or younger							
			Boys				Girls				Boys				Girls			
			2002 (%)	2006 (%)	2010 (%)	Trend	2002 (%)	2006 (%)	2010 (%)	Trend	2002 (%)	2006 (%)	2010 (%)	Trend	2002 (%)	2006 (%)	2010 (%)	Trend
Estonia	1911	2005	19.1	25.6	21.4	→	14.5	23.0	22.6	→	4.1	5.8	2.80	→	0.7	1.9	3.1	↗**
Hungary	1618	2147	26.0	24.3	35.7	↗**	17.2	20.5	23.8	↗*	4.3	4.6	9.8	↗**	2.2	1.9	2.8	→
Latvia	1565	1889	20.1	20.5	26.9	↗*	12.9	17.6	17.7	→	3.2	2.5	6.8	↗**	1.2	2.3	2.1	→
Lithuania	2694	2570	25.0	24.5	25.7	→	10.8	12.1	12.1	→	10.3	4.2	6.5	↘*	3.6	1.6	1.2	↘**
Ukraine	2301	2761	46.8	40.0	39.0	→	23.5	18.3	17.3	→	7.0	9.1	6.4	→	1.3	1.1	0.6	→
<i>E. Europe</i>	<i>10089</i>	<i>11372</i>	<i>27.4</i>	<i>27.0</i>	<i>29.8</i>	→	<i>15.8</i>	<i>18.3</i>	<i>18.7</i>	↗*	<i>5.8</i>	<i>5.2</i>	<i>6.5</i>	→	<i>1.8</i>	<i>1.8</i>	<i>2.0</i>	→
Croatia	2453	2777	21.7	28.4	26.2	→	8.5	16.6	12.6	→	4.4	8.4	5.4	→	0.8	2.1	1.8	→
Greece	1918	2100	33.4	44.5	38.2	→	9.6	17.7	17.6	→	4.8	15.9	5.2	→	1.4	4.0	0.7	→
Macedonia ^a	2226	2235	36.7	32.8	28.4	↘*	3.4	4.4	2.7	→	10.7	8.2	6.2	↘*	0.1	0.3	0.2	→
Portugal	1527	1966	30.1	25.8	25.9	→	19.6	20.2	17.5	→	11.0	8.3	6.9	→	1.2	2.8	3.0	→
Slovenia	2072	2119	28.6	27.2	30.0	→	20.8	16.7	23.2	→	6.5	4.7	6.3	→	2.2	1.3	3.2	→
<i>S. Europe</i>	<i>10196</i>	<i>11197</i>	<i>30.1</i>	<i>31.8</i>	<i>29.8</i>	→	<i>12.4</i>	<i>15.1</i>	<i>14.7</i>	↗**	<i>7.5</i>	<i>9.1</i>	<i>6.0</i>	↘*	<i>1.1</i>	<i>2.1</i>	<i>1.8</i>	→
Austria	1372	1508	27.0	31.7	35.2	→	25.5	27.8	28.4	→	6.2	9.3	10.4	→	4.7	6.6	6.7	→
Belgium ^b	2354	2209	26.1	21.3	24.3	→	23.6	23.5	28.5	→	5.2	5.8	5.0	→	4.8	6.2	6.3	→
France	2741	2847	27.5	32.9	31.5	→	19.7	22.9	23.3	→	8.4	8.6	10.0	→	4.1	3.5	2.9	→
Netherlands	1898	1952	23.6	25.6	19.1	→	21.3	26.6	21.8	→	7.7	6.6	4.6	→	5.6	6.7	3.8	→
Switzerland	2276	2334	24.9	23.1	23.8	→	20.6	17.4	16.4	→	6.1	4.8	5.8	→	2.6	3.1	2.5	→
<i>W. Europe</i>	<i>10641</i>	<i>10850</i>	<i>25.8</i>	<i>26.9</i>	<i>26.8</i>	→	<i>22.2</i>	<i>23.6</i>	<i>23.7</i>	→	<i>6.7</i>	<i>7.0</i>	<i>7.1</i>	→	<i>4.3</i>	<i>5.2</i>	<i>4.4</i>	→
England	1873	2210	35.3	25.5	24.2	↘*	40.2	30.6	33.2	→	10.1	6.8	6.7	→	8.9	6.1	5.1	↘**
Finland	2495	2742	22.9	24.4	19.8	→	33.1	29.2	24.2	↘***	5.1	5.2	3.1	↘**	6.1	4.6	2.8	↘***
Scotland	2667	2751	32.7	29.4	26.6	↘*	34.6	33.6	35.3	→	7.6	6.2	8.6	→	10.1	8.3	7.4	→
Sweden	2287	2295	24.9	24.7	31.2	↗**	31.3	32.1	32.5	→	8.0	6.6	9.0	→	8.2	5.8	8.5	→
Wales	2036	1968	28.2	30.1	28.9	→	39.7	40.7	38.8	→	5.2	5.4	7.0	→	8.0	6.8	6.6	→
<i>N. Europe</i>	<i>11358</i>	<i>11966</i>	<i>28.8</i>	<i>26.8</i>	<i>26.1</i>	→	<i>35.8</i>	<i>33.2</i>	<i>32.8</i>	→	<i>7.2</i>	<i>6.1</i>	<i>6.9</i>	→	<i>8.3</i>	<i>6.3</i>	<i>6.1</i>	↘***

Note: ^a Former Yugoslav Republic of Macedonia; ^b Flemish Community only; ^c total unweighted n across the three studies; → no significant linear in- or decrease between 2002 & 2010; ↗ increasing trend between 2002 & 2010; ↘ decreasing trend between 2002 & 2010; * p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001. Percentages for European regions were calculated as means of the included countries and the data were reweighted accordingly for testing linear time trends.

The prevalence of reported condom use at last intercourse ranged from 49.5% in Sweden (girls, 2002) to 91.6% in Estonia (boys, 2010). Condom use (by oneself or sexual partner) was almost always more frequently reported by boys, especially in northern and western European countries. Exceptions emerged in the southern European region, where in three countries the prevalence of reported condom use was higher among girls than boys (Croatia, Portugal and Slovenia). An increasing trend over time 2002-2006-2010 was observed in condom use due to a significant increase in the southern and northern regions for both boys and girls, and in the eastern and western European region for girls only (see table 28).

Table 28. Condom use at last sexual intercourse among sexually initiated 15 year-olds, by gender, year of study and country resp. European region; n, percentages and linear time trends between 2002 and 2010 (HBSC 2002, 2006 and 2010)

	Boys					Girls				
	n ^c	2002 (%)	2006 (%)	2010 (%)	Trend	n ^c	2002 (%)	2006 (%)	2010 (%)	Trend
Estonia	429	75.7	88.7	91.6	↗ **	412	72.2	81.3	90.7	↗ ***
Hungary	470	85.0	82.1	81.7	→	437	71.0	77.8	76.7	→
Latvia	356	78.2	88.6	79.4	→	306	77.6	80.7	83.6	→
Lithuania	676	79.6	85.2	78.3	→	300	65.6	76.6	84.5	↗ ***
Ukraine	969	83.5	88.4	83.6	→	539	57.6	75.9	78.9	↗ ***
<i>E. Europe</i>	<i>2900</i>	<i>80.4</i>	<i>86.6</i>	<i>82.9</i>	<i>→</i>	<i>1994</i>	<i>68.8</i>	<i>78.5</i>	<i>82.9</i>	<i>↗ ***</i>
Croatia	634	74.8	82.4	84.7	↗ *	353	71.9	84.3	81.9	→
Greece	738	91.3	88.1	88.8	→	314	82.5	65.6	87.0	→
Macedonia ^a	721	85.0	83.5	82.8	→	80	(82.6) ^d	79.9	(83.3%) ^d	→
Portugal	411	68.8	85.4	80.9	→	372	77.8	84.4	84.7	→
Slovenia	595	78.1	77.1	87.9	↗ *	431	68.6	85.6	86.1	↗ **
<i>S. Europe</i>	<i>3099</i>	<i>79.6</i>	<i>83.3</i>	<i>85.0</i>	<i>↗ *</i>	<i>1550</i>	<i>76.7</i>	<i>79.3</i>	<i>84.6</i>	<i>↗ **</i>
Austria	450	80.7	86.3	86.2	→	419	75.5	76.8	77.6	→
Belgium ^b	568	79.5	78.3	77.6	→	545	59.7	66.7	68.8	→
France	845	86.2	87.6	89.4	→	627	70.3	79.9	81.5	↗ *
Netherlands	431	81.0	85.5	77.0	→	456	71.6	73.6	77.9	→
Switzerland	545	77.2	88.5	85.0	↗ *	419	83.3	77.9	81.0	→
<i>W. Europe</i>	<i>2839</i>	<i>80.9</i>	<i>85.3</i>	<i>83.1</i>	<i>→</i>	<i>2466</i>	<i>72.1</i>	<i>75.0</i>	<i>77.4</i>	<i>↗ *</i>
England	540	69.2	87.4	78.5	→	749	70.6	82.7	73.5	→
Finland	553	71.4	81.5	76.6	→	782	58.7	64.3	63.5	→
Scotland	772	75.1	83.3	72.8	→	945	63.4	74.0	70.5	→
Sweden	631	62.9	68.2	69.2	→	736	49.5	62.2	57.3	→
Wales	592	74.7	82.0	83.9	→	781	63.6	72.0	78.0	↗ **
<i>N. Europe</i>	<i>3088</i>	<i>70.7</i>	<i>80.5</i>	<i>76.2</i>	<i>↗ *</i>	<i>3993</i>	<i>61.1</i>	<i>71.1</i>	<i>68.6</i>	<i>↗ ***</i>

Note: ^a Former Yugoslav Republic of Macedonia; ^b Flemish Community only; ^c total unweighted n across the three studies; ^d n<30, thus statistical inference not possible for this study; → no significant linear in- or decrease between 2002 & 2010; ↗ increasing trend between 2002 & 2010; ↘ decreasing trend between 2002 & 2010; * p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001. Percentages for European regions were calculated as means of the included countries and the data were reweighted accordingly for testing linear time trends.

Discussion

Comparing data from the 2002, 2006 and 2010 surveys, no significant linear trend over time was documented for most countries for having experienced sexual intercourse by age 15 or for sexual initiation at age 13 or younger. However at the regional level, increasing trends in the prevalence of reported sexual intercourse emerged among girls in eastern and southern Europe, the regions where girls were, and still are, reporting the lowest prevalence both compared to boys in the same regions and to girls in the western and northern European region. The maintenance of these substantial differences between the rates of girls and boys reporting that they have had sexual intercourse may reflect the preservation of traditional gender norms in those countries, norms that promote, and allow more sexual permissiveness for boys and men than for girls and women.²⁰ However the gender gap has narrowed somewhat in these regions, primarily due to the increase in girls reporting that they have had sexual intercourse, suggesting that traditional gender norms may be eroding. As for the prevalence of very early initiation (at age 13 or younger), a decrease across time was found for boys in southern Europe - the region where the biggest gender gap was found, and for girls in northern Europe - the region with the highest prevalence for girls.

In this study, northern European countries report the highest prevalence of sexual initiation among 15 year olds and of very early initiation as compared to countries of other regions, especially among girls. These countries are well known for having successful sex education programs. Yet the sustainability of these programs is being jeopardized due to a recent reduction in commitment since they have significantly lowered sexual risk behaviors and consequently sex education stopped being prioritized.²¹ Evidence also demonstrated that when efforts no matter how successful are interrupted; success is not guaranteed to continue.²¹

There has been an increase in reported condom use in all four European regions for girls, and for half of them for boys. The increase was particularly strong among girls in the eastern European region, from below 70% in 2002 to over 80% in 2010. This may be due to the wider access to contraceptives since the transition from communist to market economies, but further investigation is required to better understand this pattern.

There remains a significant minority of adolescents involved in risk behaviors such as not having used condom at last sexual intercourse and having sex at age 13 or younger, behaviors that can bring major negative outcomes individually and in terms of public health.^{10,14,15} It thus is crucial to understand why prevention strategies have not been successful with these adolescents.

The findings of this paper must be considered in light of the study's strengths and limitations. The ones related to methodology can be found elsewhere in this supplement. One additional limitation is that the HBSC questionnaire does not currently include questions on condom use at first sexual intercourse, but only at last intercourse. Nevertheless, analysing the relationship between condom use and early or very early sexual initiation would be of particular interest for future research. Although we do not focus on country level results here, these should be examined by national policy makers so that Reproductive and Sexual Health policy can meet the specific needs of the adolescents of their country.^{7,22}

In conclusion, it is important to highlight adolescents' reported adoption of preventive behaviors and how these have been sustained from 2002 to 2010. These results suggest that the prevalence of sexual initiation – including very early sexual initiation – has been quite stable in Europe between 2002 and 2010, and that condom use among sexually initiated adolescents has been increasing over the same period, especially so among girls.

References

1. Avery L, & Lazdane G (2010) What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 15(S2):S54-S66.
2. WHO (2011) A Snapshot of the Health of Young people in Europe. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
3. UNAIDS (2010) Global Report: UNAIDS report on the Global Aids epidemic 2010. Joint United Nations Programme on HIV/Aids. WHO Library Catalogue-in-Publication Data.
4. Godeau E, Vignes C, Duclos M, Navarro F, Cayla F & Grandjean H (2008) Facteurs associés à une initiation sexuelle précoce chez les filles: données Françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)/OMS. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 36(2):176–182.
5. UNAIDS (2008) Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic.
6. Fenton KA & Lowndes CM, the European Surveillance of Sexually Transmitted Infections (ES- STI) Network (2004) Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in Europe. *Sexually Transmitted Infections* 80:255–263.
7. Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Susheela S, Hodges Z, Patel D et al. (2006) Sexual behaviour in context: a global perspective, *Lancet* 368:1706–1728.
8. Nic Gabhainn S, Baban A, Boyce W, Godeau E, & Sexual Health Focus Group (2009) How well protected are sexually active 15-year olds? Cross-national patterns in condom and contraceptive pill use 2002 -2006. *International Journal of Public Health* 54: S209-S215.
9. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, et al. (eds) (2012) Social Determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. In: WHO policy series: Health Policy for Children and Adolescents. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
10. Wellings K, Nanchahal K, Macdowell W, McManus S, Erens B, Mercer C, et al. (2001) Sexual behaviour in Britain: early hetero- sexual experience. *Lancet* 358:1843–50.

11. Kaestle CE, Halpern CT, Miller WC, & Ford CA (2005) Young age at first sexual intercourse and sexually transmitted infections in adolescents and young adults. *American Journal of Epidemiology*, 161(8). doi: 10.1093/aje/kwi095
12. UNAIDS (2008) Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic.
13. Centers for Disease Control and Prevention (2010) Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 2009: Surveillance Summaries. Department of Health and Human Services. *MMWR*, 59.
14. Santelli JS, Lindberg LD, Finer LB, Singh S (2007) Explaining declines in adolescent pregnancy in the United States: the contribution of abstinence and improved contraceptive use. *American Journal of Public Health* 97:150–6.
15. Anderson JE, Santelli JS, & Morrow B (2006) Trends in adolescent contraceptive use, unprotected and poorly protected sex, 1991–2003. *Journal of Adolescent Health* 38:734–9.
16. Currie C, Nic Gabhainn S, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, et al. (eds.) (2008) Inequalities in young people’s health: HBSC international report from the 2005/2006 Survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
17. Roberts C, Currie C, Samdal, O, Currie D, Smith R, & Maes L (2007) Measuring the health and health behaviours of adolescents through cross- national survey research: recent developments in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Journal of Public Health* 15:179–86.
18. Roberts C, Freeman J, Samdal O, Schnohr C, De Looze M, Nic Gabhainn S, et al. & MDG and the HBSC study group (2009) The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: methodological developments and current tensions. *International Journal of Public Health* 54:140-150.
19. United Nations Statistical Division (2008) Composition of macro geographical (continental) regions, geographical sub-regions, and selected economic and other groupings. Retrieved January 18, 2013 from <http://unstats.un.org/unsd/methods/m49/m49regin.htm>
20. Kraeger D & Staff J (2009) The sexual double standard and adolescent peer acceptance. *Social Psychology Quarterly* 72(2): 143-164.
21. IPPF (2007) A Guide for developing policies on the sexual health and reproductive health & rights of young people in Europe. Brussels: PPPF European Network.

22. Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, & Sharma V (2007) Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *Lancet* 369:1220–31.

Capítulo 5 – Discussão e conclusão geral

5.1 Notas introdutórias

O objetivo do capítulo quinto é discutir as principais conclusões relativas a cada objetivo desta investigação, enquadrando-as na literatura nacional e internacional. Deste modo, e para evitar duplicar a informação, organizaram-se as conclusões por objetivo geral de investigação, ao invés de por objetivo específico (que é tratado a nível dos estudos efetuados).

Esta investigação pretendeu responder a dois objetivos gerais: aprofundar o conhecimento acerca do estado da educação sexual (incluída na promoção da educação para a saúde) em meio escolar em Portugal; e verificar se a educação sexual em meio escolar influencia os conhecimentos, as atitudes e os comportamentos sexuais dos adolescentes no sentido da adoção / manutenção de estilos de vida saudáveis, sendo que o segundo também responde ao primeiro.

Estes objetivos deveriam, por sua vez, contribuir para responder à pertinência do estudo: avaliar o atual programa de ES (incluído na PES) e as escolas portuguesas, facultando dados que permitam aos decisores ajustar estratégias que potenciem o desenvolvimento da ES em meio escolar.

Foram efetuados três estudos (Matos, Ramiro et al., 2011 – estudos 1, Ramiro, Reis, Matos & Diniz, *in press* – estudo 2, e Ramiro, Reis, Matos & Diniz, 2011 – estudo 4) que permitiram aprofundar o conhecimento acerca do estado da educação sexual em meio escolar em quatro perspetivas: a dos órgãos de gestão, a dos professores, a dos pais e a dos alunos. E uma vez que vários especialistas integram a educação sexual dentro de uma área mais abrangente – a educação para a saúde – também esta foi, sempre que possível, objeto de estudo desta investigação, em particular nos estudos 1 e 2.

Relativamente à análise da influência da educação sexual em meio escolar sobre os conhecimentos, as atitudes e os comportamentos sexuais dos adolescentes no sentido da adoção / manutenção de estilos de vida saudáveis, foram efetuados quatro estudos (Ramiro, Reis, Matos & Diniz, *in press* – estudo 3, Ramiro et al., 2011 – estudo 4, Ramiro, Reis, Matos, Diniz, Godeau, Ehlinger, *in press* – estudo 5 e Ramiro, Windlin, Reis, Nic Gabhainn, Jovic, Matos & Godeau, *in press* – 6). No entanto, além destes, a informação constante do relatório OSYS (Online Study of Young People's Sexuality –

Matos, Ramiro, Reis & Equipa Aventura Social, *in press*), que a autora desta investigação foi coordenadora executiva, também foi discutida nesta perspetiva. O OSYS (Matos, Ramiro, et al., 2013) – Questionário Online sobre Sexualidade nos Jovens – é uma extensão do estudo HBSC em Portugal, com um foco especial na sexualidade dos jovens portugueses, entre os 13 e os 21 anos.

O cruzamento dos resultados dos seis estudos (e do relatório OSYS) e a análise dos resultados na perspetiva dos objetivos gerais, possibilita uma avaliação, mesmo que incipiente, do atual programa de ES (incluído na PES) e das escolas portuguesas, facultando dados que, espera-se, permitam aos decisores ajustar estratégias que potenciem o desenvolvimento da ES em meio escolar.

5.2 Discussão/conclusão dos resultados dos estudos por objetivo geral

5.2.1. O estado da educação sexual (incluída na PES) em meio escolar em Portugal

A escola deve contribuir para a saúde e o bem-estar dos seus estudantes. Nas últimas décadas, tem-se dedicado muito estudo a esta questão, identificando os programas que assentam numa vertente holística como os mais eficazes (Matos, 2005; Matos et al., 2008; GTES, 2005, 2007a; 2007b; Simões, 2007; Baptista et al., 2008). Uma das estratégias com mais provas dadas para promover a saúde e o bem-estar dos jovens é a educação e a PES em meio escolar. A este propósito recorde-se que a PES integra várias áreas, entre elas a alimentação e a atividade física, a sexualidade, as ISTs e o VIH, o consumo de substâncias psicoativas e a violência em meio escolar/saúde mental, tendo a área da sexualidade, ISTs e VIH sido identificada como uma das prioritárias (GTES, 2007b). O ME estabeleceu medidas e orientações precisas relativamente quer à PES quer à ES em meio escolar.

Os resultados dos estudos permitiram verificar que cada vez mais escolas contemplavam a PES no Projeto Educativo (78.9% em 2006 e 88.1% em 2010 – estudo 1; 98.2% – estudo 2), cumpriam a carga horária estipulada na lei (63.4% – estudo 1), tinham mecanismos de avaliação previstos (53.1% – estudo 1), um professor coordenador da PES (92.9% – estudo 1; 82.1% – estudo 2) e gabinete de apoio ao aluno (24.7% em 2006 e 71.4% em 2010 – estudo 1; 69.9% – estudo 2) constituído por uma equipa interdisciplinar (59.1% – estudo 2), com professores (74.8% – estudo 2), psicólogo (63.5% – estudo 2) e enfermeiro (17.4% – estudo 2), entre outros.

No entanto, em 2010, segundo os representantes dos órgãos de gestão inquiridos, apesar da possibilidade de dotação orçamental para a PES, ainda não existia um orçamento específico nesta área na maioria das escolas (70.2% – estudo 1).

Segundo os órgãos de gestão (estudo 1), em 2006, era nas disciplinas de Ciências Naturais (89.6%) e de Educação Física (64.9%) que a maioria dos conteúdos relativos à PES eram abordados; em 2010 estas disciplinas perderam ligeiramente a centralidade (84.1%; 61%), pois as áreas curriculares não disciplinares (Formação Cívica: 78.3%; Área de Projeto: 78.3%) passaram a reforçar a abordagem da PES, tal como preconizado por um grupo de especialistas na área da educação para a saúde (GTES).

Relativamente ao tipo de conteúdos abordados na área da PES, em 2006, verificou-se que, para os órgãos de gestão, a alimentação figurava em primeiro lugar (87%), seguindo-se a sexualidade (85.7%), e depois os outros temas. Em 2010, a ordem manteve-se mas o grau de importância atribuído foi reforçado (estudo 1).

De um modo geral, é possível constatar que a ação das escolas no âmbito da PES e da ES estava a ir ao encontro das recomendações ministeriais em 2010 (Lei 60/2009), pois a maior parte das medidas estava a ser implementada. Espera-se que estas estejam constituídas como práticas correntes no sentido de garantirem o futuro da PES e da ES, independentemente do interesse político que venha ou não a ser-lhes dedicado no futuro.

A continuidade com que as escolas continuaram a implementar as principais estratégias de PES e ES (de 2006 a 2010) pode levar a inferir que professores e alunos se encontram vinculados a estas matérias, esperando-se que esse comprometimento contribua para a vivência de “uma cultura de escola” e para a perpetuação de boas práticas.

Relativamente aos conteúdos abordados na PES, os resultados destes estudos reafirmam a necessidade de se priorizar a formação complementar específica no âmbito da sexualidade.

Vários autores (Anastácio, Raposo, & Carvalho, 2001; Sampaio, 2006) identificam o professor como ator central no sucesso da ES em meio escolar. Observados os resultados dos estudos, verificou-se que os professores, em geral, referiram ter pouca formação específica na área (estudos 1 e 2), e não revelaram conhecimento dos conteúdos de ES nas disciplinas que lecionavam à data da recolha (estudo 2).

Mesmo quando se referia especificamente aos professores que lecionam na área da educação sexual, segundo os representantes dos órgãos de gestão, apenas 35% tinham

formação específica (estudo 1), o que contraria o espírito das linhas orientadoras (ME & MS, 2000) e as recomendações do GTES (GTES, 2005, 2007a, 2007b), que priorizam a formação na área da ES e que propõem que a ES seja (também) implementada através de uma dinâmica transversal às várias disciplinas.

Por conseguinte, destaca-se a importância da formação específica (complementar) na área e sugere-se que os centros de formação de professores procurem dinamizá-la. Esta questão é clara para os órgãos de gestão que, quando salientam as necessidades sentidas em termos de formação nas áreas da PES, identificam a sexualidade (57.1% – estudo 1) como prioritária.

Em termos de adesão dos professores à PES, esta é média segundo a perceção dos representantes dos órgãos de gestão (54.4% – estudo 1) e média/boa na perceção dos professores e dos pais (média: 43.5%; boa: 37.9% – estudo 2). De acordo com as perceções dos pais, os professores envolvem-se bastante na ES porque estão bem preparados cientificamente, têm acesso fácil aos recursos necessários e abordam a ES no contexto do grupo-turma, evitando o desconforto de uma abordagem mais personalizada (na análise qualitativa – estudo 2).

Os professores que foram entrevistados nos grupos focais apresentaram uma perceção diferente da adesão dos professores em geral, considerando que esta era insuficiente e apresentando como razões para isso: a falta de formação técnico-científica, a falta de conforto na abordagem do tema, o potencial desagradado dos pais, e a falta de recursos, como um manual escolar; no entanto, este grupo era constituído por atuais ou anteriores membros de gabinetes de apoio ao aluno ou professores coordenadores, pelo que essa experiência pode ter promovido maior sensibilização face à importância da educação sexual, tornando-os conseqüentemente, mais exigentes face aos outros.

Em termos de situações que constituíssem dificuldade, em geral, os professores identificaram a relação com as famílias (67.4% – estudo 2) e a dinamização de sessões de ES, em particular, como bastante ou muito difíceis (35.9% – estudo 2). Acresce que, de uma lista de oito áreas (alimentação e atividade física, sexualidade, ISTs e VIH, consumo de substâncias psicoativas e violência em meio escolar/saúde mental) a abordar na área da PES, os professores destacaram novamente a sexualidade (47.4% – estudo 2) em termos de dificuldade de abordagem.

Apesar de se aceitar que a escola é uma instituição com responsabilidades no que diz respeito à PES e à ES, reconhece-se na família o contexto privilegiado para o desenvolvimento de atitudes e competências saudáveis, quer em termos gerais, quer em termos de vivência da sexualidade.

A adesão dos pais à PES e à ES é média na percepção dos representantes dos órgãos de gestão (40.5% – estudo 1) e média/fraca na percepção, quer dos professores, quer dos pais (média: 46.1%; fraca: 39.7% – estudo 2). Segundo os professores e pais inquiridos (estudo 2 – na análise qualitativa), as razões para a fraca adesão dos pais à PES deve-se à falta de tempo dos pais, à falta de conforto na abordagem destes temas com os filhos, à falta de formação científica, e ainda, segundo os professores, à crença de que toda a educação é uma obrigação da escola. Outros aspetos reforçaram igualmente a ideia de pouca adesão dos pais à PES/ES: por um lado, a percepção dos professores que a relação com as famílias é bastante (ou muito) difícil de ultrapassar (estudo 1 e estudo 2); por outro, os pais participantes no estudo qualitativo (estudo 2) referiram que, apesar de se envolverem na PES na escola quando são chamados e têm disponibilidade, só às vezes rentabilizam oportunidades de PES com os filhos em contexto familiar (e apenas quando o assunto não é sexualidade ou ISTs). Assim, destaca-se a necessidade de fomentar a formação na área da ES para pais, no sentido destes melhorarem as suas competências e poderem rentabilizar melhor as oportunidades de ES com os filhos.

Em termos gerais, professores e pais têm percepções semelhantes relativamente aos papéis da família e da escola se complementarem no que diz respeito à ES, cabendo à família as questões dos valores e modelos, e à escola as que se relacionam com os conhecimentos e as competências (estudo 1 e estudo 2).

Os resultados sugerem que a educação sexual em meio familiar ainda é incipiente, pelo que a promoção da formação complementar específica para pais é igualmente crucial.

Considerando que a educação sexual em meio escolar constitui uma oportunidade para que se verifique educação sexual em meio familiar (López & Fuertes, 1999), reforça a pertinência de se priorizar a ES na escola.

A percepção de professores e pais em relação à adesão dos alunos à PES e ES é média/boa (média: 39.2%; boa: 53.2% – estudo 1; e média: 38.6%; boa: 45.3% – estudo 2). Em relação à percepção que os alunos têm quanto à capacidade dos professores para

abordar o tema da sexualidade, esta é positiva para a maioria dos alunos (aptos: 34%, razoavelmente aptos: 26.9% – relatório OSYS).

Mais de metade dos jovens afirma que nos últimos anos os professores abordaram ES nas aulas (57.2% – relatório OSYS; 65.9% – estudo 4) e 60% afirmam que a ES foi abordada nas áreas não disciplinares de Formação Cívica/Área de Projeto/Estudo Acompanhado (relatório OSYS). Os jovens questionados afirmam que ficaram razoavelmente esclarecidos relativamente aos temas abordados na escola (59% – relatório OSYS; 63.9% – estudo 4) e que se sentem devidamente informados nas questões da sexualidade (85.6% – relatório OSYS). Os que não se sentem devidamente informados gostariam de saber mais, particularmente sobre contraceção e sexo seguro, ISTs e segurança pessoal (relatório OSYS).

A maioria refere sentir-se muito à vontade para falar de temas de educação sexual com os amigos e os colegas (81.4% e 64% – relatório OSYS; 82.6% e 61.6%, respetivamente – estudo 4) e questionados acerca das fontes que preferem para saber mais sobre sexualidade e VIH/SIDA, escolhem o folheto, a *internet*, o(a) namorado(a), um programa de televisão, entre outros (76.4%, 72.5%, 70.6%, 69.6%, respetivamente – relatório OSYS).

De salientar que, a partir destes estudos, descreveu-se o estado da arte na PES e na ES em Portugal em 2010. De um modo geral, é possível constatar que a ação das escolas no âmbito da PES e da ES estava a ir ao encontro das recomendações ministeriais em 2010. Entretanto, face à crise financeira que o país atravessa e às alterações que o ME implementou nas escolas (por exemplo a exclusão da Área de Projeto do currículo nacional do básico e do secundário), a PES (tal como a ES) deixou de ser considerada como prioritária em meio escolar, verificando-se neste momento um desinvestimento e, como tal, admite-se que volte a sofrer um retrocesso num futuro próximo.

No entanto, dada a continuidade com que as escolas continuaram a implementar as principais estratégias de PES e ES (de 2006 a 2010), espera-se que ambas estejam constituídas como práticas correntes, que órgãos de gestão, pais, professores e alunos se encontrem vinculados a estas matérias, esperando-se que esse comprometimento contribua no sentido de garantirem o futuro da PES e da ES, independentemente do interesse político que venha ou não a ser-lhes dedicado no futuro.

5.2.2. A influência da educação sexual em meio escolar nos conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes

Os conhecimentos e as atitudes dos adolescentes portugueses

A educação sexual é um processo contínuo e permanente de socialização que deve dotar os jovens dos conhecimentos, atitudes e competências necessárias para fazerem escolhas responsáveis e garantir a possibilidade destes viverem a sua sexualidade de uma forma feliz (IPFF, 2007).

De acordo com a literatura, aumentar o conhecimento sobre o sexo seguro pode motivar atitudes e comportamentos preventivos nos jovens (Synovitz, Herbert, Kelley & Carlson, 2002; Thompson, Currie, Todd & Elton, 1999), o que explica que aumentar o conhecimento sobre a transmissão do VIH/SIDA e estimular atitudes inclusivas face a portadores de VIH e atitudes positivas face ao preservativo sejam objetivos caros na Saúde Sexual e Reprodutiva.

Para avaliar os conhecimentos relacionados com a transmissão do VIH / SIDA, utilizou-se uma escala de 9 itens (variação: 0 e 9 pontos). Relativamente às atitudes, avaliaram-se quer as atitudes face aos portadores do VIH/SIDA, quer as atitudes face ao preservativo, constituídas por 5 itens (variação: 5 – 15 pontos) e 4 itens (variação: 4 e 12 pontos), respetivamente.

Em geral, em 2010, a maioria dos adolescentes de 8.º e 10.º anos revelou um nível de conhecimentos satisfatório em relação aos meios de transmissão do VIH/SIDA (média: 5.32 – estudo 4), tal como nos jovens entre os 13 e os 21 anos; média: 6.23 – relatório OSYS), uma vez que responderam corretamente a todas as questões que se referem efetivamente a meios de transmissão *possíveis*. Refira-se o baixo grau de certeza relativamente a não se poder ficar infetado com o VIH/SIDA por usar utensílios para comer ou beber (pratos, talheres, copos) já usados por outra pessoa; o mesmo se verifica relativamente à possibilidade de se ficar infetado com uma transfusão de sangue num hospital em Portugal, em que a maioria respondeu afirmativamente (apesar da resposta estar incorreta e de não existir desde 1996 qualquer caso identificado em Portugal).

Considerando as diferenças entre graus de escolaridade, os alunos do 8.º ano (3.º ciclo) tiveram uma média inferior aos do 10.º ano (secundário) (3.º ciclo: 4.21, secundário: 6.21 – estudo 5), pelo que revelaram menos conhecimento [(F(4288) = 929.41, p<.0001)]; e, uma vez que a média destes é inferior a 5 pontos, é possível considerar que este grupo em particular tem um conhecimento pouco satisfatório.

No que diz respeito à análise por géneros, as raparigas apresentaram uma média de conhecimentos mais alta (rapazes: 5.79; raparigas: 6.72; $t(323) = -3.683$; $p \leq .001$ – Matos et al., *in press*).

Comparando com os resultados de 2002 e 2006, observou-se uma diminuição sistemática no conhecimento sobre transmissão de VIH/SIDA em 2010, apontando os resultados para maior conhecimento em 2002 do que em 2006 e 2010 (2002: 6.30; 2006: 6.16; e 2010: 5.32; $p < .001$ – estudo 3). De entre cinco itens em que foi possível observar uma diminuição do conhecimento sistemático, salienta-se que, em 2010, mais frequentemente os adolescentes consideraram que a pílula contraceptiva protegia da infeção do VIH/SIDA e menos frequentemente afirmaram que era possível ficar infetado através de uma relação sexual desprotegida (estudo 3).

Para além disso, 18.3% (em 2010, comparado com 8.6% em 2006 e 7.0% em 2002) referiram não saber que se podia contrair VIH/SIDA através de uma única relação sexual. Assim, os resultados parecem sugerir que muitos adolescentes estavam (à data) a subestimar o risco, talvez devido ao sentimento de invulnerabilidade próprio da adolescência.

A redução sistemática de conhecimento face à transmissão de VIH/SIDA é um aspeto preocupante em termos de saúde sexual e reprodutiva. Apesar de, em geral, os adolescentes terem apresentado um conhecimento satisfatório em relação aos meios de transmissão do VIH/SIDA e de como se protegerem da infeção, o conhecimento deles diminuiu e uma minoria ainda não tem conhecimento sobre alguns aspetos cruciais. Estes resultados foram corroborados por outros estudos na área (Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith & Todd, 2000; Eurostat, 2012). Em 2010, 13.5% consideravam que a pílula contraceptiva tinha um efeito protetor relativamente à infeção por VIH/SIDA, o que pode ter sido uma razão para que não tivessem usado preservativo na primeira e/ou última relação sexual e porque a incidência do VIH/SIDA continua a ser tão relevante neste grupo.

Em termos gerais, em 2010, a maioria dos adolescentes de 8.º e 10.º anos revelou atitudes positivas, de inclusão (média: 12.84 – estudo 4; média: 12.92 – relatório OSYS) face a sujeitos portadores de VIH/SIDA. Comparados os graus de escolaridade, os estudantes do secundário (média = 13.35) revelaram atitudes mais tolerantes do que os do básico (média = 12.21), com diferenças estatisticamente significativas [$F(4340) = 512.68$, $p < .0001$] – estudo 5); e, quanto às diferenças entre géneros, as raparigas

demonstraram uma atitude mais tolerante do que os rapazes (Rapazes:12.48; Raparigas: 13.38; $t(317) = -3.631$; $p \leq .001$ – relatório OSYS). Estes resultados corroboram os estudos de Belo e Silva (2004), e Fisher e Misovich (1990).

Entre 2002 e 2010, registou-se uma diminuição em quatro das cinco afirmações que pretendiam avaliar as atitudes face aos portadores de VIH/SIDA: “deveria ser permitido aos adolescentes com SIDA ir à escola” ($\chi^2(4) = 72.083$; $p < .001$), “sentar-me-ia perto de um aluno infetado numa aula” ($\chi^2(4) = 117.797$; $p < .001$), “visitaria um(a) amigo(a) mesmo que ele tivesse SIDA” ($\chi^2(4) = 201.713$; $p < .001$), e “as pessoas infetadas deveriam viver à parte da sociedade” ($\chi^2(4) = 144.506$; $p < .001$) e uma tendência geral de diminuição de atitudes de inclusão face aos portadores (estudo 3). Os resultados deste estudo (estudo 3) mostraram que em 2002 se observaram mais atitudes positivas do que em 2006 e 2010.

Quanto às atitudes face ao preservativo, mais concretamente em relação a adquirir ou trazer preservativo consigo, quer os adolescentes de 8.º ano, quer os de 10.º mostraram uma atitude razoavelmente favorável (básico: 9.16; secundário: 8.21 – estudo 5). A maioria dos jovens discorda que seria desconfortável comprar preservativos numa loja, trazer preservativos com eles, bem como adquirir preservativos no centro de saúde. Também discordam que trazer um preservativo consigo signifique que estão a planear ter relações sexuais. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre géneros (relatório OSYS); no entanto, verificaram-se diferenças entre graus de escolaridade: os jovens do secundário demonstraram mais atitudes positivas do que os do básico [$F(4300) = 188.92$, $p < .0001$] – estudo 5.

Quanto às atitudes (inclusivas) face aos portadores de VIH/SIDA, refira-se que, em geral, os respondentes demonstraram atitudes positivas; no entanto, observou-se uma diminuição geral nas atitudes, o que requer uma análise mais aprofundada, especialmente porque não foi o único campo em que se verificou um retrocesso. No que diz respeito às atitudes face ao preservativo, estas não ultrapassam o razoável, apesar de todas as campanhas e ES em meio escolar.

Alguns autores (Matos et al., 2008) acreditam que alguns jovens deixaram de se preocupar com a necessidade de estar bem informados sobre prevenção e transmissão do VIH/SIDA, conquanto usem preservativo. Neste sentido, podem também não se preocupar em ser tolerantes com os portadores de VIH/SIDA por considerarem que essa situação foi uma consequência da irresponsabilidade deles, não tendo em consideração

que os preservativos não são 100% seguros e que, portanto, mesmo usando preservativo em todas as relações sexuais, há uma possibilidade de a pessoa se infectar, seja porque este se rebentou, rasgou ou deslocou.

A ES e os conhecimentos e as atitudes dos adolescentes portugueses

Os estudos 4 e 5 permitiram avaliar as diferenças nos conhecimentos e nas atitudes entre os adolescentes que, em 2010, referiram ter tido ES em meio escolar nos últimos anos e os que referiram não ter tido.

Os adolescentes de 8.º e 10.º ano que afirmaram terem tido aulas de ES em meio escolar apresentaram mais conhecimento sobre os modos de transmissão do VIH/SIDA (com ES: $M = 5.81$; sem ES: $M = 4.49$; $t(1771.5) = -12.895$, $p < 0.000$ – estudo 4), verificando-se diferenças estatisticamente significativas em todos os itens (estudo 4) e em ambos os graus de ensino (com ES - básico: 4.67; secundário: 6.53; sem ES – básico: 3.66; secundário: 5.47; básico: $F(1,1297) = 51.05$, $p < .0001$; secundário: $F(1,1666) = 78.47$, $p < .0001$ – estudo 5).

Em relação às atitudes face aos portadores de VIH/SIDA, também se constataram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, sendo que o grupo de adolescentes de 8.º e 10.º anos que afirmou ter tido aulas de ES revelou atitudes mais inclusivas do que o outro (com ES: $M = 13.18$; sem ES: $M = 12.28$; $t(1868.9) = -10.304$, $p < 0.000$ – estudo 4), verificando-se diferenças estatisticamente significativas em todos os itens (estudo 4) e em ambos os graus de ensino (com ES - básico: $M = 12.57$; secundário: $M = 13.56$; sem ES – básico: $M = 11.80$; secundário: $M = 12.85$; básico: $F(1,1342) = 38.34$, $p < .0001$; secundário: $F(1,1686) = 40.63$, $p < .0001$ – estudo 5).

No entanto, em relação às atitudes face ao preservativo, as diferenças estatisticamente significativas encontradas inicialmente não foram confirmadas por análises estatísticas mais exigentes, pelo que em relação a estas atitudes não foi detetada uma relação com a ES em meio escolar.

Os adolescentes que afirmaram ter tido aulas de ES em meio escolar nos últimos anos não demonstraram menos conhecimentos, atitudes menos inclusivas face aos portadores de VIH/SIDA nem atitudes menos favoráveis ao preservativo, pelo que não se constataram quaisquer efeitos negativos da ES em meio escolar.

Comportamentos sexuais dos adolescentes portugueses

Os resultados dos estudos 3, 4 e 5 permitiram afirmar que em 2010 a maioria dos estudantes adolescentes portugueses dos 8.º e 10.º anos de escolaridade (média de idades conjunta: 15.04 e 14.94 – estudos 3 e 4, respetivamente; e média de idades separada: 3.º ciclo: 13.08; secundário: 15.9 – estudo 5) nunca tiveram relações sexuais (78.2% – estudo 3; 78.8% – estudo 4; 3º ciclo: 86.8%; secundário: 71.0% – estudo 5).

Comparando a percentagem de adolescentes de 8.º e 10.º ano que referiu não ter tido relações sexuais em 2010, com as de 2002 e 2006, não se constatarem diferenças estatisticamente significativas (2002: 76.3%; 2006: 77.3%; 2010: 78.2%; ($\chi^2(1) = 3.84$; $p = .147$ – estudo 3). Os rapazes de 15 anos referiram ter tido relações sexuais mais frequentemente do que as raparigas (rapazes: 30.1% em 2002, 25.8% em 2006, e 25.9% em 2010; raparigas: 19.6% em 2002, 20.2% em 2006 e 17.5% em 2010 – estudo 6).

Estes resultados confirmaram as tendências encontradas noutros estudos, em que uma minoria de adolescentes refere ter tido relações sexuais e em que os rapazes mais frequentemente afirmam ter tido relações sexuais (Matos et al., 2012).

Em termos europeus, a percentagem de adolescentes de 15 anos que referiu ter tido relações sexuais variou entre 2.7% (nas raparigas da Macedónia em 2010) e 46.8% (nos rapazes da Ucrânia em 2002) (estudo 6). Foram 25.9% e 17.5% de rapazes e raparigas (respetivamente) portuguesas de 15 anos que indicaram o mesmo em 2010. Não se constatarem diferenças estatisticamente significativas quando se analisou a evolução do comportamento de 2002 para 2010, nem em Portugal nem na maioria dos países estudados (estudo 6).

Relativamente à idade da primeira relação sexual, considerando os adolescentes de 8.º e de 10.º anos que já tiveram relações sexuais, em 2010, observou-se que a maior parte teve a primeira relação sexual aos 14 anos ou mais tarde (68.9%), à semelhança de 2002 (56.8%) e 2006 (71.1%) (estudo 3). No entanto, a comparação entre anos revelou uma tendência ascendente de 2002 para 2006 e uma estabilização de 2006 para 2010 ($\chi^2(4) = 57.46$; $p < .001$ – estudo 3). Esta tendência foi inversa relativamente aos que afirmaram ter iniciado a sua vida sexual mais novos (aos 11 ou mais cedo e entre os 12 e os 13), diminuindo de 2002 para 2006 e mantendo-se estável de 2006 para 2010 (estudo 3).

Considerando que se tem registado uma tendência de antecipação da primeira relação sexual nos países industrializados (Avery & Lazdane, 2010; Wellings, 2006) e que quanto mais cedo esta acontecer, maiores são os potenciais riscos para a saúde do

adolescente, é importante estudar o grupo que inicia antes dos 14 anos, ou seja, aos treze ou mais novos, relativamente aos quais não existem estudos comportamentais (WHO, 2011).

Em termos europeus, a percentagem de adolescentes de 15 anos que refere ter tido a primeira relação sexual aos 13 anos ou mais novos variou entre 0.1% (nas raparigas da Macedónia em 2002) e 15.9% (nos rapazes da Grécia em 2006) (estudo 6). Foram 6.9% e 3% de rapazes e raparigas (respetivamente) portuguesas de 15 anos que indicaram o mesmo em 2010. Os rapazes mais frequentemente que as raparigas relataram ter tido a primeira relação sexual aos 13 anos ou mais novos, em especial nos países do sul (inclusive Portugal) e do leste. Não se constataram diferenças estatisticamente significativas quando se analisou por anos o grupo que referiu ter tido a primeira relação sexual aos 13 anos ou mais cedo, nem em Portugal nem na maioria dos países estudados (estudo 6).

Deste modo, os resultados parecem sugerir que o movimento de antecipação possa estar a abrandar tal como reportado pela OMS (WHO, 2011), mas é necessário mais estudos para que se possa verificar esta tendência.

Em relação à utilização de preservativo na primeira relação sexual, observou-se uma taxa de utilização do preservativo de 91.5% (estudo 5) nos adolescentes portugueses do 8.º ano e de 94.6% nos de 10.º ano (estudo 5) em 2010. E, relativamente à última relação sexual, em geral, 82.5% referiram o uso deste, o que significa, no entanto, que cerca de 18% estavam em risco (estudo 3).

Considerando as diferenças entre anos, observou-se um aumento de 2002 para 2006 e uma estabilização daí em diante (2002: 71.8%; 2006: 81.1% e 2010: 82.5%; $\chi^2(2) = 31.36$; $p < .001$ – estudo 3).

Em termos europeus, a percentagem de utilização do preservativo na última relação sexual oscilou entre 49.5% (nas raparigas da Suécia em 2002) e 91.6% (nos rapazes da Estónia em 2010), verificando-se uma tendência na subida do uso do preservativo de 2002 para 2010, devido especialmente a um aumento significativo nas regiões do sul e do norte da Europa em ambos os sexos, e nas regiões oriental e ocidental nas raparigas.

Em 2010, cerca de metade dos adolescentes portugueses referiu ter usado pílula contraceptiva na última relação sexual (52.6% – estudo 4; 53.5% – estudo 3). O uso da pílula contraceptiva na última relação sexual tem-se mantido estável ao longo dos anos

(2002: 40.0%, 2006: 47.1% e 2010: 53.5%; $\chi^2(2) = 11.60$; $p = .003$; $p = ns$ devido ao tamanho alargado da amostra deste estudo – estudo 3).

Um grupo pequeno mas preocupante (de adolescentes do 8º e 10º anos) referiu ter tido relações sexuais por ter bebido demasiado álcool ou ter tomado drogas: 11.8% (estudo 4) e 12.7% (estudo 3), distribuídos por 16.5% no 3.º ciclo (estudo 5) e 11.2% no secundário (estudo 5). Esta percentagem manteve-se estável de 2002 a 2010 (2002: 12.1%, 2006: 14.1% e 2010: 12.7%; $\chi^2(2) = 1.37$; $p = .503$ – estudo 3).

A ES e os comportamentos sexuais dos adolescentes portugueses

Partindo do princípio que ter relações sexuais na adolescência é um comportamento de risco, uma vez que os adolescentes ainda estão em fase de maturação a nível físico, emocional e cognitivo, alguns investigadores consideram que um dos objetivos da ES deveria ser adiar as relações sexuais (Mueller, Gavin & Kulkarni, 2008).

Para estudar a influência da educação sexual em meio escolar nos comportamentos sexuais, utilizou-se a comparação entre grupos para os adolescentes de 8.º e 10.º anos (estudo 4) e acrescentou-se o grupo dos alunos do 1.º ano do ensino superior (estudo 5), comparando os comportamentos destes com base em terem ou não terem tido aulas de educação sexual nos últimos anos.

Em geral, os alunos de 8º e 10 anos que tiveram ES em meio escolar mencionaram menos frequentemente ter tido relações sexuais do que os que não tiveram ES (com ES: 20%, sem ES: 23.5%; $\chi^2(1) = 5.13$; $p = .024$ – estudo 4).

Dos que já tiveram relações sexuais, mais frequentemente os que tiveram ES na escola iniciaram a sua vida sexual mais tarde (aos 14/15 anos e aos 16 ou mais tarde), apesar destas variações não serem estatisticamente significativas. A questão da iniciação ganhou poder estatístico quando se observou o grupo de alunos que referiu ter tido a primeira relação sexual aos 11 anos ou mais cedo, uma vez que foi significativamente menor no grupo que reportou ter tido ES na escola (5%) por comparação com o que não teve/não referiu (9.4%) (estudo 4).

Quanto à utilização do preservativo e da pílula contracetiva na última relação sexual, apesar de não se constatarem diferenças estatisticamente significativas, registou-se um aumento da utilização destes (com ES: 96.1%, sem ES: 93.1%; e com ES: 53.9%, sem ES: 50%, respetivamente) por aqueles que referiram ter tido ES na escola, à semelhança do que se observou quanto às relações sexuais associadas ao álcool e às drogas (com ES:

10.1%, sem ES: 14.8% – estudo 4), o que pode sugerir uma tendência no sentido de quem teve ES apresentar sistematicamente resultados mais preventivos.

A análise por grupos (3.º ciclo, secundário e universitário) mostrou que as diferenças significativas quanto a ter menos relações sexuais devem-se aos alunos do ensino secundário (10.º ano) e do ensino superior (1.º ano) que tiveram ES (secundário com ES: 74.9%, sem ES: 63.4% ($\chi^2(1) = 22.42$; $p < .0001$; e superior com ES: 27.9%, sem ES: 20.8%, ($\chi^2(1) = 8.04$; $p < .0001$ – estudo 5) e que as diferenças quanto a ter usado preservativo na última relação sexual ganham significado estatístico quando se acrescenta os alunos do ensino superior (com ES: 89.6%, sem ES: 83.0%; ($\chi^2(1) = 8.43$; $p < .010$) – estudo 5), tal como as diferenças quanto a ter tido relações sexuais porque beberam demasiado álcool ou tomaram drogas, que quando se acrescentou o grupo de alunos do universitário o grupo do secundário ganhou relevância estatística (com ES: 91.7%, sem ES: 84.3%; $\chi^2(1) = 5.89$; $p < .050$ – estudo 5).

Estes resultados confirmam as tendências encontradas noutros estudos (Avery & Lazdane, 2010; CDC, 2010; Matos et al., 2011; Pirota & Schor, 2004).

É importante referir que estes 3 grupos apresentam uma grande variação em termos de experiência sexual, sendo que os do ensino superior mais frequentemente tiveram relações sexuais (3.º ciclo: 13.2%; secundário: 29%; superior: 75.3%; $\chi^2(1) = 1237.17$; $p < .0001$ – estudo 5) do que os alunos do 8.º e 10.º anos.

Concluindo, constatou-se uma melhoria em termos de saúde sexual e reprodutiva porque os comportamentos preventivos ou aumentaram ou estabilizaram em 2010, o que poderia estar relacionado com melhores conhecimentos e atitudes mais positivas do que em 2002 e em 2006. Para além disso, uma vez que se verificou uma estabilização na idade da primeira relação sexual, parece que os adolescentes não estarão a antecipar a entrada na vida sexual ativa, provavelmente devido às campanhas do VIH/SIDA e à implementação da ES que tem entretanto sido desenvolvida em Portugal.

Em relação à percentagem que referiu ter usado preservativo na última relação sexual, é importante referir que cerca de 18% não o usou e, por conseguinte, envolveu-se pelo menos num comportamento de risco. Considerando que é mais difícil mudar um hábito do que adquiri-lo, provavelmente estes jovens continuam em risco e é crucial compreender os motivos pelos quais a mensagem de prevenção não chega a estes e quais as suas características para que as intervenções possam ter maior sucesso neste grupo.

Os adolescentes que afirmaram ter tido aulas de ES em meio escolar nos últimos anos não demonstraram comportamentos menos preventivos, pelo que não se constataram quaisquer efeitos negativos da ES em meio escolar.

Como apontamento final, dada a capacidade (crescente) da maioria dos adolescentes portugueses adotar comportamentos preventivos, os resultados são promissores.

No entanto, verifica-se que os adolescentes são um grupo muito heterogéneo.

Em Portugal, em 2010, os rapazes mais frequentemente referiram ter tido relações sexuais e ter iniciado mais novos do que as raparigas. Uma análise comparativa por regiões europeias permitiu verificar que esta tendência é frequente, em especial nos países do sul da Europa (estudo 6), refletindo provavelmente a manutenção de um duplo padrão que promove mais permissividade sexual nos rapazes e nos homens do que nas raparigas e nas mulheres desses países (WHO, 2011).

Em geral, os resultados sugerem que a ES em meio escolar promove comportamentos sexuais protetores, mas ainda há muito a ser feito, pois nem todos os adolescentes referiram ter esses comportamentos, o que pode trazer grandes problemas de saúde pública (Ramiro, Reis, Matos, Diniz & Simões, 2011). Acresce que, apesar de os adolescentes se terem concentrado nos comportamentos preventivos, parecem ter secundarizado o conhecimento e as atitudes em termos gerais. Isto sugere que os programas de ES implementados em Portugal ainda são demasiado limitados a aulas teóricas, fortemente homogêneos em termos de conteúdos e, conseqüentemente, inadequados para aumentarem o nível de conhecimento e atitudes face ao VIH, muito menos as competências pessoais e sociais (de diferentes grupos alvo) como é proposto pelo GTES (2007).

Tem sido advogado que os programas de prevenção do VIH em meio escolar são uma estratégia eficaz para chegar até aos adolescentes (Basen-Engquist, Parcel, Harrist, Kirby, Coyle, Banspach & Rugg, 1997; Thurman, 2000). No entanto, a investigação demonstra que poucos programas têm resultados positivos, o que provavelmente se deve à falta de uma teoria na base do programa (Fisher & Fisher, 2000).

A ES em meio escolar está a ser implementada em Portugal desde há largos anos. Apesar do Ministério da Educação ter envidado esforços para criar todas as condições para que a ES fosse uma prática efetiva nas escolas portuguesas, nem todas as escolas oferecem ainda ES. Acresce que não está instituída uma teoria específica na base da ES, como os estudos sugerem que devia verificar-se (Kirby, Laris, & Rolleri, 2007). As orientações frisam que os professores devem trabalhar a informação dos adolescentes, não só no que diz respeito à transmissão e prevenção do VIH/SIDA, mas também clarificar os mitos e as crenças, as atitudes, desenvolver as atitudes e a motivação destes para usar preservativo, além de desenvolver as competências pessoais e sociais destes, o que se assemelha ao modelo MIMAC. É necessário que este modelo, que tem provas dadas em termos de eficácia da intervenção, seja claramente adotado, isto é, identificado, explicado e posteriormente aplicado e avaliado nas escolas portuguesas.

Em termos europeus, a prevalência de adolescentes de 15 anos que já tiveram relações sexuais e os que iniciaram as relações sexuais muito cedo (aos 13 anos ou mais cedo) está estável desde 2002 e o uso do preservativo na última relação sexual aumentou de 2002 para 2010.

Sublinha-se de novo a importância da escola reivindicar o seu espaço e o seu projeto, construir a sua “cultura” particular, negociando e concertando com os principais intervenientes da comunidade.

Face à recente crise financeira que o país atravessa e às alterações que o ME implementou nas escolas (por exemplo a exclusão da Área de Projeto do currículo nacional no ano letivo de 2011/2012), já posteriores à data de realização destes estudos, admite-se que o estado da PES e da ES volte a sofrer um desinvestimento no futuro próximo. A investigação mostra que não se pode deixar de investir em áreas que têm estado a apresentar resultados de sucesso, correndo-se o risco de haver um retrocesso em termos de saúde pública (IPFF, 2007), nomeadamente maior número de jovens com VIH/SIDA, mais gestações não desejadas entre os jovens, mais interrupções voluntárias de gravidez entre os jovens, e jovens com uma sexualidade menos prazerosa, entre outros. Tornar a excelência rotina é um custo aceitável do desenvolvimento (Matos et al., 2006;

Baptista et al., 2008), enquanto abandonar ou reduzir o investimento feito representa um custo inaceitável (Matos, Sampaio, Baptista, & Equipa Aventura Social, 2013).

Estes resultados pretenderam demonstrar os efeitos positivos da ES em meio escolar, bem como o impacto desta nos conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais saudáveis dos adolescentes portugueses.

A escola não tem pretensões de (nem deve) formar a opinião dos alunos em relação aos assuntos, até porque somos educados com contradições e é nessas contradições que cada um se deve encontrar e formar o seu próprio código de valores, pessoal e intransmissível. A educação sexual, tal como a educação em geral, da qual faz parte, deve ensinar a pensar e não ensinar o que pensar, deve treinar o pensamento crítico, ou seja, permitir aos alunos participar ativamente no seu próprio processo de aprendizagem, construindo o seu eu, as suas regras, os seus limites, resistindo à influência dos amigos e da comunicação social, sendo portanto capazes de desenvolver pensamento crítico, escolhendo como agir numa situação presente que os leve no sentido que desejam de uma situação futura.

Capítulo 6 – Pontos-chave, limitações e recomendações

No presente capítulo pretende-se apresentar as ideias-chave dos principais resultados da investigação, bem como as limitações mais relevantes, e as recomendações finais, que se espera venham a contribuir para ajustar estratégias que potenciem o desenvolvimento da ES em Portugal.

6.1. – Pontos-chave da investigação

- As escolas portuguesas dinamizam a ES dentro da área da PES e em conformidade com as orientações ministeriais.
- Órgãos de gestão, professores e alunos estão envolvidos ativamente na PES / ES.
- Os pais têm dificuldade em efetuar ES com os filhos, seja em meio escolar seja em meio familiar.
- Continua a verificar-se a necessidade de formação complementar específica na área da sexualidade, quer para professores, quer para pais.
- A maioria dos adolescentes portugueses não teve relações sexuais.
- Dos jovens que tiveram relações sexuais, a maioria tem comportamentos protetores.
- Os adolescentes em geral apresentam um nível razoável de conhecimentos sobre transmissão de VIH/SIDA, e atitudes positivas face a portadores de VIH/SIDA e face ao preservativo.
- Os adolescentes que tiveram ES em meio escolar apresentam melhor conhecimento face ao VIH/SIDA, atitudes mais positivas face a portadores de VIH/SIDA, e menos frequentemente tiveram relações sexuais ou iniciaram aos 11 ou menos.
- A ES não teve qualquer efeito negativo nos conhecimentos, atitudes ou comportamentos dos adolescentes portugueses.

6.2. – Limitações globais da investigação

Uma investigação deste tipo apresenta várias limitações metodológicas, que foram referidas nos diversos estudos.

Quatro dos estudos realizados basearam-se no questionário (versão para alunos) do HBSC, que tem como objetivo estudar os comportamentos e estilos de vida dos adolescentes portugueses em diversas áreas e, por conseguinte, não pretende estudar uma área exaustivamente.

Assim, não foi possível estudar conhecimentos e atitudes (por exemplo) relacionados com os métodos contraceptivos, ou com o uso do preservativo propriamente dito, para além de não contemplar também a motivação para desempenhar comportamentos preventivos ou a área das competências, constructos essenciais do MIMAC.

Os instrumentos utilizados dependiam da perceção que os participantes faziam dos conceitos utilizados, bem como da memória, não sendo possível no caso dos comportamentos sexuais proceder a uma avaliação através da observação de comportamentos.

Também teria sido importante avaliar as crenças e os mitos em relação às questões da sexualidade, bem como a sexualidade em termos de vivência e expressão dos sentimentos nos adolescentes, especialmente porque é uma parte tão cara à ES como os potenciais problemas de saúde sexual e reprodutiva.

Dada a complexidade da avaliação da ES, esta investigação limita-se a uma avaliação incipiente da mesma. No entanto, julga-se que, considerada a falta de estudos de avaliação do impacto da ES em Portugal, esta pode servir de base futura, quer a decisores, quer a investigadores.

6.3. - Recomendações

Em Portugal, e em outros países europeus, a ES é crucial para reduzir (ou pelo menos não aumentar) os comportamentos sexuais de risco. Assim, recomenda-se que a ES mantenha o seu carácter prioritário em meio escolar, garantindo-se as condições necessárias para o efeito, como a formação de professores e pais.

Uma vez que não existem estudos suficientes que avaliem a ES, em especial em meio escolar, e dada a importância desta, propõe-se que haja um investimento académico nesta área de estudo.

Nesta investigação não foi analisada a motivação e as competências dos adolescentes para ter comportamentos preventivos. Incluindo o estudo dessas variáveis, seria possível avaliar até que ponto o modelo MIMAC explica os comportamentos sexuais dos jovens portugueses.

Não menos importante foi a omissão relativa à esfera relacional e afetiva da sexualidade, pelo que se sugere que futuros estudos investiguem variáveis que lhes estejam relacionadas em particular.

Em suma, pretende-se que esta investigação contribua para incentivar pesquisas na área da educação sexual no ensino público português de carácter obrigatório (atualmente até ao 12.º ano), bem como para a orientação de projetos nas questões que digam respeito à promoção da saúde sexual dos estudantes universitários.

Referências Bibliográficas

- Adelman, P.K. (2005). Social environmental factors and preteen health-related behaviours. *Journal of adolescence health*, 36 (1), 36-47.
- Anastácio, Z., Raposo, J., & Carvalho, G.S. (2001). Educação Sexual como contributo para a promoção e educação para a saúde. Actas do 1º Encontro Nacional de Promoção e Educação para a Saúde. Beja: Instituto Politécnico de Beja e Núcleo de Saúde Pública do Campo Branco.
- Anderson, J.E., Santelli, J.S., & Morrow, B. (2006) Trends in adolescent contraceptive use, unprotected and poorly protected sex, 1991–2003. *Journal of Adolescent Health* 38:734–9.
- Andrade, M. (1995). *Educação para a Saúde*. Lisboa: Texto Editora.
- Anthony, E. J. & Cohler, B. J. (Eds.), (1987). *The invulnerable Child*. New York: Guilford Press.
- Antunes, M. (2003). A saúde enquanto investimento social. In R. Nunes, G. Rego & C. Nunes (Eds.), *Afectação de recursos para a saúde: Perspectivas para um novo SNS* (pp. 67-76). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Avery, L., & Lazdane, G. (2010). What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*; 15(S2): S54-S66.
- Baele, J., Dusseldorp, E.; & Maes, S. (2001). Condom use self-efficacy: effect on intended and actual condom use in adolescents. *Journal of Adolescent Health*; 28: 421–431.
- Bana, A., Bhat, V., Godlwana, X., Libazi, S., Maholwana, Y., Marafungana, N., Mona, K., Mbonisweni, A., Mbulawa, N., Mofuka, J., Mohlajoa, N., Nondula, N., Qubekile, Y., & Ramnaran, B. (2010). Knowledge, attitudes and behaviours of adolescents in relation to STIs, pregnancy, contraceptive utilization and substance abuse in the Mhlakulo region, Eastern Cape. *South African Family Practice*, 52, 2:154-158.
- Bandura, A. (1989). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. In Mays, V., Albee, G. & Schneider, S. (Eds.), *Primary prevention of AIDS*: 128–141.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In DiClemente, R. & Peterson, J. (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 25–59). New York: Plenum.
- Baptista I. et al. (2008). Condições ambientais, pedagógicas e psico-sociais nas escolas: uma visão de gestão escolar, *NOESIS*, nº75, p.50-58.
- Basen-Engquist, K., Mâsse, L.C., Coyle, K., Kirby, D., Parcel, G., Banspach, S., & Nodora, J. (1998). Sexual Risk Behavior Beliefs and Self-efficacy Scales. *Handbook of Sexuality – Related Measures* (541-544). Thousand Oaks: Sage.

- Basen-Engquist, K., Parcel, G., Harrist, R., Kirby, D., Coyle, K., Banspach, S., & Rugg, D. (1997). The Safer Choices Project: Methodological issues in school-based health promotion intervention research. *Journal of School Health*, 67: 365–371.
- Bearinger, L., Sieving, R., Ferguson J & Sharma V. 2007. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention and potencial. *Lancet* 369:1220-31.
- Belo, M. & Silva, J. (2004). Knowledge, attitudes, and practices on previous use of contraceptive methods among pregnant teenagers. *Revista de Saúde Pública*, 38 (4): 479-487.
- Bernard, B. (2004). *Resiliency: What we have learned*. San Francisco: WestEd.
- Boruchovitch, E. (1992). Factores associados a não-utilização de anticoncepcionais na adolescência. . [Factors associated to non use of contraceptive methods in adolescence.] *Revista de Saúde Pública*, 26(6): 137-443.
- Bowden, R.G., Lanning, B.A., Pippin, G.R., & Tanner, J.F. Jr. (2003). Teachers' attitudes towards abstinence – only sex education curricula. *Education*, 123(4), 780-788.
- Buston, K., Wight, D., Hart, G. & Scott, S. (2002). Implementation of a teacher delivered sex education programme: obstacles and facilitating factors. *Health Education Research*, 17, 59-72.
- CDC – Centers for Disease Control and Prevention. (2010). Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 2009: Surveillance Summaries. Department of Health and Human Services. *MMWR*, 59.
- Chagas, I. (1993). Aprendizagem não formal/formal das ciências. Relações entre os museus de ciência e as escolas. *Revista de Educação*, 3 (1), 51-59.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cortesão, I., Silva, M., & Torres, M. (2005). *Educação para uma Sexualidade Humanizada*. Porto, Portugal: Edições Afrontamento.
- Currie, C., Nic Gabhainn, S., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., et al. (eds.) (2008) Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 Survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, Samdal O, Smith O, Barnekow V (eds) (2012) Social Determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. In: WHO policy series: Health Policy for Children and Adolescents. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., & Todd, J. (eds) (2000). *Health and health behaviour among young people*. Health Behaviour in School-aged Children: a WHO cross-national study (HBSC) international report. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents, issue 1. Copenhagen: World Health Organization.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., & Smith, R. (2004). Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/02 survey. In WHO policy series: Health policy for children and adolescents. Copenhagen: WHO regional office for Europe.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. & Rasmussen, V.B. (2004). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4: WHO.
- Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O., & Barnekow, V. (eds). (2012). Social Determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. In: WHO policy series: Health Policy for Children and Adolescents. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- CVEDT – Centro de Vigilância das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Infecção VIH /SIDA. (2011). A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2010. [HIV/AIDS. (2011). The situation in Portugal on December 31, 2010]. Lisboa: INSA.
- Decreto-Lei n.º 18/2011 de 2 de fevereiro. Diário da República, I Série n.º23.
- Decreto-Lei n.º 259/2000 de 17 de outubro. Diário da República, I Série A n.º 240/2000, pp. 5784-5786.
- Decreto-Lei n.º 6/2001 de 18 de janeiro. Diário da República, I Série A n.º15/2001, pp.258-265.
- Decreto-Lei n.º50/2011 de 8 de abril. Diário da República, I Série n.º70.
- Despacho n.º 19 737/2005 de 15 de junho. Diário da República, II Série nº 716/2005, p.13 348.
- Despacho n.º 19 737/2005 de 15 de junho. Diário da República, II Série nº 716/2005, p.13 348.
- Despacho n.º 25 995/2005 de 16 de dezembro. Diário da República, II Série nº240 /2005, p.17515-17516.
- Despacho n.º 2506/2007 de 20 de fevereiro. Diário da República, II Série nº36 /2007, p.4427.
- Despacho n.º 2506/2007 de 20 de fevereiro. Diário da República, II Série nº36 /2007, p.4427.
- DGS - Direção Geral de Saúde (2011). Relatório dos registos das Interrupções da Gravidez – Dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2010. Divisão de Saúde Reprodutiva. Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde.

- DGS- Direção Geral de Saúde (2004). Orientações estratégicas. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. [Strategic guidelines. National Health Plan 2004-2010: better health for all.]- Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Diclemente R., Wingood G., Crosby R., Sionean, C., Brown, L., Rothbaum, B., Zimand, E., Cobb, B., Harrington, K & Davies, S. (2000). Prospective study of psychological distress and sexual risk behavior among black adolescent females. *Pediatrics*, 108:1-6.
- DiClemente, R., Forrest, K., & Mickler, S. (1990). College student's knowledge and attitudes about AIDS and changes in VIH – Preventive behaviors. *AIDS Education and Prevention*, 2: 201-212.
- Diiorio, C.; Dudley, W.; Kelly, M.; Soet, J.; Mbwara, J.; & Sharpe Potter, J. (2001). Social cognitive correlates of sexual experience and condom use among 13- through 15-year-old adolescents. *Journal of Adolescent Health*; 29: 208-216.
- Durex. (2005). Give and Receive: Global Sex Survey. Retirado em 1 de Maio de 2007 de www.durex.com/gss
- EACEA - Education, Audiovisual and Culture Executive Agency (EACEA P9 Eurydice) (2012). Key Data on Education in Europe 2012, Brussels: Education, Audiovisual and Culture Executive Agency. Retrieved from: http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/key_data_series/134EN.pdf
- Eaton, D., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W. A., Lowry, R., McManus, T., Chyen, D., Shanklin, S., Lim, C., Grunbaum, J. A., & Wechsler, H. (2005). Centers for Disease Control and prevention. National Center for Chronic Disease prevention and health promotion. Division of Adolescent and School Health. *Youth Risk Behavior Surveillance: United States, 2005*. Retirado em <http://www.cdc.gov/>
- Eaton, D., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W., Lowry, R., McManus, T., Cheyen D., Lim C., Brener, N., & Wechsler, H. (2008). *Youth risk behavior surveillance, United 3. States, 2007*. MMWR 57(SS-4), 1-136.
- Edmunds, H. (1999). *The Focus Group Research Handbook*. London: McGraw-Hill Professional.
- Eurostat. População e Condições de trabalho – Demografia. . [European Statistics.] 2012. Retrieved from: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Employment_statistics
- Fenton, K.A., Lowndes, C.M., the European Surveillance of Sexually Transmitted Infections (ES- STI) Network (2004) Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in Europe. *Sex Transm Infect* 80:255-263.
- Fisher, H. (2008). *Porque amamos: A natureza e a química do amor romântico*. Lisboa: Relógio D'Água.

- Fisher, J. & Fisher, W. (2000). Theoretical approaches to individual-level change in HIV risk behavior. In Peterson, J. & DiClemente, R. (Eds.), *HIV prevention handbook* (pp. 3–55). New York: Plenum.
- Fisher, J., & Fisher, W. (1992). Changing AIDS risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111: 455–474.
- Fisher, W. & Fisher, J. (1993). Understanding and promoting AIDS preventive behaviour: A conceptual model and educational tools. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 1, 99-106.
- Fisher, J. D., & Misovich, S. J. (1990). Evolution of college students' AIDS-related behavioral responses, attitudes, knowledge, and fear. *AIDS Education and Prevention: An Interdisciplinary Journal*, 2, 322-337.
- FNUAP – Fundo das Nações Unidas para a População. (2005). *Uma viagem por caminhos nunca antes trilhados: adolescentes, pobreza e gênero. A Situação da População Mundial 2005 – A Promessa de Igualdade: Equidade em matéria de Género, Saúde Reprodutiva e Objectivos de Desenvolvimento do Milénio*. New York: FNUAP, 45-55.
- Frade, A., Marques, A., Alverca, C. & Vilar, D. (2003). *Educação Sexual na Escola, Guia para Professores, Formadores e Educadores*. Texto Editora.
- Frade, A., Marques, A., Alverca, C., & Vilar, D. (2010). *Educação Sexual no 1.º Ciclo. Um guia para professores e formadores*. 8ª Edição. Lisboa: Texto Editora.
- Garmezy, N. & Rutter, M (1985). Acute stress reactions. In M. Rutter & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern Approaches*. Oxford: Blackwell.
- Garmezy, N. (1985). Stressresistant children: The search for protective factors. In J.E. Stevenson (Ed.), *Recent research in developmental psychopathology: Journal of Child Psychology and Psychiatry book (Supp. 4, pp. 213-233)*. Oxford, England: Pergamon.
- Glaiser, A., Gülmzoglu, A, Schmid, G., Moreno C & Look, P. 2006. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet* 368: 1595 – 1607.
- Godeau, E. ; Vignes, C. ; Duclos, M. ; Navarro, F. ; Cayla, F. ; & Grandjean, H. (2008). Facteurs associés à une initiation sexuelle précoce chez les filles: données Françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)/OMS. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*; 36(2): 176–182.
- Godeau, E.; Nic Gabhainn, S.; Vignes, C.; Ross, J.; Boyce, W.; & Todd, J. (2008). Contraceptive use by 15 year-old students at their last sexual intercourse – results from 24 countries. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*; 162(1): 66–73.
- Goold, P.; Ward, M.; & Carlin, E. (2003). Can the Internet be used to improve sexual health awareness in web-wise young people? *Journal of Family Planning & Reproductive Health Care*; 29(1): 28-30.

- Grácio, M. (2006). Identificação de factores protectores e de factores de risco: Contributos para uma intervenção preventiva na escola. In *Crianças Diferentes*. Évora: Universidade de Évora.
- GTES – Grupo de Trabalho de Educação Sexual. (2005) Relatório Preliminar do Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Retirado em 5 de Dezembro de 2005 de www.min-edu.pt
- GTES – Grupo de Trabalho de Educação Sexual. (2007a) Relatório de Progresso do Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Retirado em 20 de Janeiro de 2007 de www.min-edu.pt
- GTES (2007b). Educação para a saúde nas escolas: relatório final, em www.dgidc.min-edu.pt
- Halpern C, Joyner H, Udry J & Suchindran C. (2000). Smart teens don't have sex (or kiss much either). *Journal of Adolescent Health*, 26(3), 213-225.
- Hansen, L., Mann, J., McMahon, S., & Wong, T. (2004). Sexual Health. *BMC Women's Health*, 4 (Suppl 1), S24.
- Hawkins, J.D., Lishner, D. & Catalano, R.F. (1985). Childhood predictors and the prevention of adolescent substance abuse: Implications for prevention. *NIDA Research Monograph n° 56, DHHS Publication ADM 85-1335, pp. 75-126*. Washington, D.C. U.S. Government printing Office.
- INE – Instituto Nacional de Estatística (2011). Taxas de Natalidade referentes ao ano 2010. Recuperado de www.ine.pt
- IPPF (2007) A Guide for developing policies on the sexual health and reproductive health & rights of young people in Europe. Brussels: IPPF European Network.
- IPPF (2007). O projeto SAFE. Um guia para o desenvolvimento de políticas sobre direitos e saúde sexual e reprodutiva de jovens na Europa. APF - Associação para o Planeamento Familiar.
- Johnson, R., McCaul, K., & Klein, W. (2002). Risk involvement and risk perception among adolescents and young adults. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(1), 67-82.
- Kaestle, C.E., Halpern, C.T., Miller, W.C., & Ford, C.A. (2005) Young age at first sexual intercourse and sexually transmitted infections in adolescents and young adults. *American Journal of Epidemiology*, 161(8). doi: 10.1093/aje/kwi095
- Kalichman, S., Stein, J., Malow, R., Averhart, C., Devieux, J., Jennings, T., et al., (2002). Predicting protected sexual behaviour using the Information-Motivation_Behaviour skills model among adolescent substance abusers in court-ordered treatment. *Psychology, Health & Medicine*, 7(3), 327-338.
- Kirby, D. (2001). Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy. *National Campaign To Prevent Teen Pregnancy*. DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. ISBN: 1-58671-037-0. Kirby, D., Laris, B.A., & Rolleri, L.

- (2007). Sex and HIV education programs: Their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, 40, 206-217.
- Kirby, J., Van der Sluijs, W., & Currie, C. (2010). HBSC Briefing Supplement 18b: Attitudes towards condom use among young people. *Child and Adolescent Health Research Unit*. The University of Edinburgh. HBSC Briefing Paper Series.
- Kohler, P., Manhart, L. & Lafferty, W. (2008). Abstinence-Only and Comprehensive Sex Education and the Initiation of Sexual Activity and Teen Pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 42: 344-351.
- Kotchick, B., Shafer, A., Forehand R e Miller K (2001). Adolescent sexual risk behaviour: a multi-system perspective. *Clinical Psychology Review* 21: 493-519
- Kraeger, D., & Staff, J. (2009) The sexual double standard and adolescent peer acceptance. *Social Psychology Quarterly* 72(2): 143-164.
- Lei n.º 120/99 de 11 de agosto. Diário da República, I Série A n.º186/99, pp. 5232-5234.
- Lei n.º 3/84 de 24 de março. Diário da República, I Série A n.º 71/84, pp. 981-983.
- Lei n.º 46/86 de 14 de outubro. Diário da República, I Série A n.º 237/86, pp. 3067 -3081.
- Lei n.º 60/2009 de 6 de agosto. Diário da República, I Série n.º 151/2009, pp. 5097-5098.
- Lemos, M. E. (2002). O papel dos conhecimentos e atitudes sobre sexualidade como pré-requisitos para comportamentos saudáveis. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 33, 43-49.
- Lemos, M. E. C. M. (2001). *O papel dos conhecimentos e atitudes sobre sexualidade como pré-requisitos para comportamentos saudáveis*. Dissertação de Mestrado não publicada. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Lindberg, L.D., Santelli, J.S., & Singh, S. (2006). Changes in formal sex education: 1995-2000. *Perspectives on sexual and Reproductive Health*, 38(4):182-189.
- López, F. & Fuertes, A. (1999). Para compreender a sexualidade. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- M.E. & M.S. (2000). *Educação Sexual em Meio Escolar. Linhas Orientadoras*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.
- Madkour, A.; Farhat, T.; Halpern, C.; Godeau, E.; & Gabhainn, S. (2010). Early Adolescent Sexual Initiation as a Problem Behavior: A Comparative Study of Five Nations. *Journal of Adolescent Health*; 47(4): 389-398.
- Marques, A., Vilar, D., & Forreta, F. (2010). *Educação Sexual no 1.º Ciclo. Um guia para Professores e Formadores*. Lisboa: Texto Editora.
- Marques, A.M., Vilar, D. & Forreta, F. (2002). *Educação sexual no 1º ciclo. Um guia para professores e formadores*. Lisboa: Texto Editora.

- Martinez, G., Copen, C. & Abma, J. (2011). Teenagers in the United States: Sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2006–2010 National Survey of Family Growth. National Center for Health Statistics. Vital Health Statistics, 23(31).
- Martins, M. (2010). Conhecimentos e comportamentos sobre algumas infeções sexualmente transmissíveis dos alunos dos ensinos básico e secundário de um aescola da área da grande lisboa, Universidade Nova de Lisboa / Instituto da Higiene e Medicina Tropical (tese de mestrado não publicada).
- Matos M.G. & Equipa do Projecto Aventura Social, (2008); Gestão Escolar, Saúde e Necessidades Especiais – Inquérito no âmbito do estudo HBSC/OMS ; in www.aventurasocial.com
- Matos, M., & Equipa do Aventura Social & Saúde. (2003). *A Saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. G., Sampaio, D., Baptista, I., & Equipa Aventura Social, UTL and CMDT/UNL (2013). Adolescent's health education and promotion in Portugal: a case study of planning for sustainable practice. In Samdal, O., & Rowling, L. (Eds.), *The Implementation of health promoting schools, exploring the theories oh what, why and how* (pp. 123-126). New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Matos, M., Simões, C., & Canha, L. (2000). *Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses*. Cruz-quebrada: FMH/PPES.
- Matos, M., Simões, C., Reis, C., & Canha, L. (2000). *A saúde dos adolescentes Portugueses. Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS 1998*. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana/ Programa de Educação para Todos.
- Matos, M.G. & Equipa do Projecto Aventura Social (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses: Estudo nacional da rede europeia HBSC / OMS (1998)*: FMH/PEPT.
- Matos, M.G. (2005) *Comunicação e gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: CDI/FMH.
- Matos, M.G. (ed) (2008). *Sexualidade, Segurança e SIDA*, Lisboa: IHMT/FMH/FCT.
- Matos, M.G. et al. (2010). Sexualidade, cultura e saúde sexual em Portugal e na América Latina em M. Matos (coord), *Sexualidade, Afectos e Cultura – Gestão de problemas de saúde em meio escolar*. Coisas de Ler, p. 159-175.
- Matos, M.G., & Equipa do Projecto Aventura Social (2006). *A saúde dos adolescentes portugueses: Hoje em 8 anos, em* <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf>
- Matos, M.G., & Equipa do Projecto Aventura Social (in press). *A saúde dos adolescentes portugueses em 12 anos (2010)*.

- Matos, M.G., & Equipa do Projecto Aventura Social. (2006b). *Kidscreen: Qualidade de vida em crianças e adolescentes*, Retrieved 20-12-2006, from <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf>
- Matos, M.G., Baptista, I., Sampaio, D., Simões, C., Diniz, J.A., & Gaspar, T. et al. (2008). *From research to practice: promoting adolescents' positive health in Portuguese schools*; WHO: Venice.
- Matos, M.G., Ramiro, L., Ferreira, M., Tomé, G., Camacho, I., & Reis, M. et al. (2011). Condições ambientais, pedagógicas e psico-sociais nas escolas: uma visão da gestão escolar e sua evolução em 4 anos. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 3:111-126. Lisboa: Universidade Lusíada.
- Matos, M.G., Ramiro, L. Reis, M., & Equipa Aventura Social (in press, 2013). Online Study of Young People's Sexuality – HBSC/OSYS: Estudo nacional sobre a saúde sexual dos adolescentes e jovens portugueses. *Relatório Final do Estudo - Dados Nacionais 2011*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA/Alto Comissariado para a Saúde-Ministério da Educação; CMDTla/IHMT/UNL; FMH/UTL; FCT/MCTES; IPJ; Portal Sapo.
- Matos, M.G., Reis, M., Ramiro, L. & Equipa Aventura Social (2012). *Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes do Ensino Superior, Relatório Final do Estudo - Dados Nacionais 2010*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA/Alto Comissariado para a Saúde-Ministério da Educação; CMDTla/IHMT/UNL; FMH/UTL; FCT/MCTES; IPJ; Portal Sapo.
- Matos, M.G., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J.A., & Equipa Aventura Social (2006). *A saúde dos adolescentes portugueses: Hoje e em 8 anos*. Recuperado de <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf>
- Matos, M.G.; Simões, C.; Tomé, G.; Camacho, I.; Ferreira, M.; Ramiro, L.; Reis, M.; & Equipa Aventura Social (2011). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório preliminar do Estudo HBSC 2010*. [The Health of Portuguese adolescents – HBSC Study Report 2010.] ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.
- Matos, M.G.; Simões, C.; Tomé, G.; Camacho, I.; Ferreira, M.; Ramiro, L.; Reis, M.; & Equipa Aventura Social (2012). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório final do Estudo HBSC 2010*. [The Health of Portuguese adolescents – HBSC Study Report 2010.] ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.
- Milton, J., Berne, L., Peppard, J., Hunt, L., Patton, W., Hunt, L. et al., (2001). Teaching sexuality education in high schools: what qualities do Australian teachers value? *Sex Education*, 1(2), 175-186.
- Morgan, D., King, J., & Krueger, R. (1998). *Focus Group Kit*. London: Sage Publications.

- Mueller, T.E.; Gavin, L.E.; & Kulkarni, A. (2008) The association between sex education and youth's engagement in sexual intercourse, age at first intercourse, and birth control use at first sexual intercourse. *Journal of Adolescent Health*, 42, 89-96.
- National Survey of Sexual Health and Behavior (NSSHB). (2010). Findings from the National Survey of Sexual Health and Behavior, Centre for Sexual Health Promotion, Indiana University. *Journal of Sexual Medicine*, 7(5).
- Navarro, M. F. (2000). Educar para a saúde ou para a vida? Conceitos e fundamentos para novas práticas. In J. Precioso *et al.* (Eds.). *Educação para a saúde* (2ª Ed., pp. 13-28). Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.
- Neto, O. & L'abbate, S. (2007). Avaliação do programa de intervenção preventiva "sexualidade e adolescência", com jovens estudantes da periferia do município de Campinas. *Revista Brasileira de Medicina Familiar e Comunidade*, volume 3, n.º 9, 4-12.
- Nic Gabhainn, S., Baban, A., Boyce, W., Godeau, E., & Sexual Health Focus Group (2009) How well protected are sexually active 15-year olds? Cross-national patterns in condom and contraceptive pill use 2002 -2006. *International Journal of Public Health* 54: S209-S215.
- Nunes, C. A. (2005). *Desvendando a sexualidade*. 7ª edição. São Paulo: Papirus.
- PAHO/WHO - Pan American Health Organization/World Health Organization (2000). *Promotion of Sexual Health – Recommendations for Action*. Antígua Guatemala, Guatemala. Recuperado de <http://www.paho.org/english/hcp/hca/promotionsexualhealth>
- Paiva, V., Calazans, G., Venturi, G., Dias, R & Grupo de Estudos de População, Sexualidade e AIDS. (2008). Age and condom use at first sexual intercourse of Brazilian adolescents. *Revista de Saúde Pública*, 42(1).
- Pirotta, K. & Schor, N. (2004). Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. *Revista de Saúde Pública*. 38(4):495-502.
- Portaria n.º 52/85 de 26 de janeiro. Diário da República, I Série n.º 22/85, pp.219-220.
- Ramiro, L. (2006). *A educação sexual e os professores*. Dissertação de mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa. (manuscrito não publicado).
- Ramiro, L., Windlin, B., Reis, M., Nic Gabhainn, S., Jovic, S., Matos, M.G., & Godeau, E. (in press, 2013). Trends in very early sex and condom use in 20 European countries 2002 – 2010. *International Journal of Public Health*. HBSC supplement.
- Ramiro, L., & Gaspar de Matos, M. (2008). Percepções de professores portugueses sobre educação sexual. *Revista de Saúde Pública*, 42(4), 684-692.
- Ramiro, L., Matos, M.G. & Vilar, D. (2008). Factores de Sucesso da Educação Sexual em Meio Escolar. *Educação Sexual em Rede*. Associação para o Planeamento da Família, 3: 8-13.

- Ramiro, L., Reis, M., Matos, M.G., Diniz, J.A., Godeau, E., & Ehlinger, V. (in press, 2013). Sexual safety across educational stages: highlights from middle, high school and university students in Portugal. *International Journal of Sexual Health*.
- Ramiro, L., Reis, M., Matos, M.G., Diniz, J.A. (in press, 2013). Trends in adolescence sexual behavior, impact of information and attitudes about HIV/AIDS. *Psychology, Health and Medicine*.
- Ramiro, L., Reis, M., Matos, M.G., & Diniz, J.A. (submetido) Percepções de professores e pais sobre Educação para a Saúde e Educação Sexual na família e nas escolas portuguesas. *Saúde Reprodutiva Sexualidade e Sociedade*.
- Ramiro, L., Reis, M., Matos, M.G., & Diniz, J.A. (2011). Sex education among Portuguese adolescent students. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 29, 493-502.
- Ramiro, L., Reis, M., Matos, M.G., Diniz, J., & Simões, C. (2011). Educação Sexual, Conhecimentos, Crenças, Atitudes e Comportamentos nos adolescentes. [Sexual Education, Knowledge, Beliefs, Attitudes and Behaviors among adolescents.] *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29 (1):11-21.
- Reis, M. H. & Vilar, D. (2004). A implementação da educação sexual na escola: atitudes dos professores. *Análise Psicológica*, 22, 737-45.
- Reis, M., Ramiro, L., & Matos, M.G. (2012). Jovens e Sexualidade. In Matos, M.G., & Tomé, G. (eds). *Aventura Social: Promoção de Competências e do Capital Social para um Empreendedorismo com Saúde na Escola e na Comunidade (1ª edição)* (pp.259-273). Lisboa: Placebo, Editora LDA. ISBN- 978-989-8463-33-3.
- Reis, M., Ramiro, L., & Matos, M.G. (2009). Contraceção, Parceiros Ocasionais e Consumo de Substâncias em Jovens Portugueses [Contraception, occasional partners and substance consumption in young Portuguese Students]. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 6(2): 206-214.
- Reis, M., Ramiro, L., Matos, M.G., & Diniz, J.A. (2011). The effects of sex education in promoting sexual and reproductive health in Portuguese university students. *Procedia – Social and Behavioral Sciences (Elsevier)*, 29: 477-485.
- Reis, M., Ramiro, L., Matos, M.G., & Diniz, J.A. (in press, 2013a). Determinants influencing male condom use among university students in Portugal. *International Journal of Sexual Health*.
- Reis, M., Ramiro, L., Matos, M.G., & Diniz, J.A. (in press, 2013b) Nationwide Survey on HIV/AIDS Knowledge, Attitudes and Risk Behaviour in university students of Portugal. *The Spanish Journal of Psychology*.

- Reis, M.; Ramiro, L.; Carvalho, M. & Pereira, S. (2009). A sexualidade, o corpo e os amores em M. Matos & D. Sampaio (coord), *Jovens com Saúde – Diálogo com uma Geração*, Lisboa. Texto Editora, p. 265-282.
- REPROSTAT - Imamura, M., Tucker, J., Hannaford, P., Astin, M., Oliveira da Silva, M., Bloemenkap, K.W.M., Karro, H., Olsen, J., & Temmerman M., on behalf of the REPROSTAT 2 group (2006). *REPROSTAT 2: A systematic review of factors associated with teenage pregnancy in the European Union - Final report*. University of Aberdeen.
- Ribeiro, T. (2006). *Educação da sexualidade em meio escolar: Treino de competências individuais*. Recuperado de: <http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Teresa%20Tom%C3%A9%20Ribeiro.pdf>
- Ricou, M., Salgado, J., Alves, C., Duarte, I., Teixeira, Z., Barrias, J. & Nunes, R. (2004). *A comunicação e a alteração de comportamentos*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Vol. 5, n.º 2: pp. 131-144.
- Roberts, C., Freeman, J., Samdal, O., Schnohr, C., De Looze, M., Nic Gabhainn, S., et al. & MDG and the HBSC study group (2009) The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: methodological developments and current tensions. *International Journal of Public Health* 54:140-150.
- Roberts, C., Currie, C., Samdal, O., Currie, D., Smith, R., & Maes, L. (2007). Measuring the health and health behaviours of adolescents through cross national survey research: recent developments in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Journal of Public Health*, 15(3), 179-186.
- Roberts, C., Currie, C., Samdal, O., Currie, D., Smith, R., & Maes, L. (2007). Measuring the health and health behaviours of adolescents through cross national survey research: recent developments in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Journal of Public Health*, 15(3), 179-186.
- Roberts, C., Freeman, J., Samdal, O., Schnohr, C., De Looze, M., Nic Gabhainn, S., et al. (2009). The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: methodological developments and current tensions. *International Journal of Public Health*, 54, 140-150.
- Robin, L.; Dittus, P.; Whitaker, D.; Crosby, R.; Ethier, K.; Mezoff, J.; & Pappas-Deluca, K. (2004). Behavioural interventions to reduce incidence of HIV, STD and pregnancy among adolescents: a decade in review. *Journal of Adolescent Health*; 34:3–26.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M.W. Kent & J.E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology: social competence in children* (pp. 49-74). Oxford: Blackwell.

- Saewyc, E., Taylor, D., Homma, Y. & Ogilvie, G. (2008). Trends in sexual health and risk behaviours among adolescent students in British Columbia. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 17, 1-14.
- SAMDAL, O., & Rowling, L. (2013). Introduction. In *The Implementation of Health Promoting Schools – Exploring the theories of what, why and how*. Routledge.
- Samdal, O. (1998). *The school environment as a risk or resource for students' health-related behaviours and subjective well-being*. Research Center for Health Promotion, Faculty of Psychology - University of Bergen, Norway.
- Samdal, O., Dur, W., & Freeman, J. (2004). Life circumstances of young people - School. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V. B. Rasmussen (Eds.), *Young people's health in context: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2001survey* (pp. 42-51). Copenhagen: World Health Organization.
- Sampaio, M. (1990). A educação sexual e o sistema educativo. *Planeamento Familiar*, 47/48,3-5.
- Sánchez, F. L. (1990). *Educación sexual*. Madrid: Fundacion Universidad Empresa.
- Sánchez, F. L. (2002). *Modelos de intervenção em educação sexual*. Comunicação apresentada no Seminário Educação Sexual nas Escolas – Desafios e responsabilidades. Lisboa, Portugal.
- Santelli, J.S., Lindberg, L.D., Finer, L.B., Singh, S. (2007) Explaining declines in adolescent pregnancy in the United States: the contribution of abstinence and improved contraceptive use. *American Journal of Public Health* 97:150–6.
- Seligman, M. (1992). *Helpsness*. New York: Freeman.
- Serrão, C. (2009). *Práticas de Educação Sexual em contexto escolar – Fatores preditores do envolvimento dos professores na promoção da ES*. Dissertação de doutoramento. Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. (manuscrito não publicado)
- Sex Information and Education Council of Canada (SIECCAN). (2010). *Sexual health education in the schools: Questions & Answers* (3rd ed.). Retrieved, from http://www.sieccan.org/pdf/she_q&a_3rd.pdf
- Shaffi, T., Stovel, K., Davis, R. & Holmes, K. (2004). Is Condom use habit forming? Condom use at sexual debut and subsequent condom use. *Sexually Transmitted Diseases*, 31(6):366-372.
- Shafii, T., Stovel, K. & Holmes, K. (2007). Association between condom use at sexual debut and subsequent sexual trajectories: A longitudinal study using biomarkers. *American Journal of Public Health*, 97(6):1090-1095.

- SIECUS - Rodriguez, M., Young, M. A., Renfro, S., Ascencio, P. H. & Haffner, M. P. H. (Coord.) (1996). *Teaching our teachers to teach: A SIECUS study on training and preparation for HIV/AIDS prevention and sexuality education*, 28 (2), 1-10.
- Simões, C. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: FCG/FCT.
- Synovitz, L., Herbert, E., Kelley, R. & Carlson, G. (2002). Sexual knowledge of college students in a southern state: relationship to sexuality education results of Louisiana college student study shows need for sexuality programs. *American Journal of Health Studies*. Retrieved from www.findarticles.com
- Tavoosi, A.; Zaferani, A.; Enzevaei, A.; Tajik, P.; & Ahmadinezhad, Z. (2004). Knowledge and attitude towards HIV/Aids among Iranian students. *BMC Public Health*, 4, 17.
- Tedesco, J.C. (2000). *O novo pacto educativo*, V Nova de Gaia, 2ª edição.
- Teva, I., Bermúdez, M., & Buela-Casal, G. (2009). Characteristics of sexual behavior in Spanish adolescents. *Spanish Journal of Psychology*, 12(2): 471-484.
- The Henry J. Kaiser Family. (2000). Safer sex, Condoms and “the pill”. Sex Smarts. Accessed in: <http://www.kff.org/entpartnerships/upload/SexSmarts-Survey-Safer-Sex-Condoms-and-the-Pill-Summary.pdf>
- Thompson, C., Currie, C., Todd, J., & Elton, R. (1999). Changes in HIV/AIDS education, knowledge and attitudes among Scottish 15-16 years old, 1990-1994 findings from WHO: Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC). *Health Education Research*, 14: 357-370.
- Thurman, S. (2000, October). Youth and HIV/AIDS 2000: A new American agenda. A message from the Director of National AIDS Policy. In *The body: An AIDS and HIV information resource*. Retrieved from <http://www.thebody.com/whitehouse/youthreport/director.html>
- UNAIDS (2001). *The global Strategy Framework on HIV/Aids*. Geneva:Joint United Nations Programme on HIV/Aids.
- UNAIDS (2008). *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic*.
- UNAIDS. (2009). *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic*.
- UNAIDS (2010). *Global Report: UNAIDS report on the Global Aids epidemic 2010*. Joint United Nations Programme on HIV/Aids. WHO Library Catalogue-in-Publication Data.
- UNAIDS. (2011). *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic*.
- Underhill, K., Operario, D. & Montgomery, P. (2011). Abstinence-only programs for HIV infection prevention in high-income countries: Systematic Reviews. *Cochrane Database*

- of *Systematic Reviews*, 4. Retrieved from <http://www.health-evidence.ca/articles/show/20966>
- UNESCO (2011) School-Based Sexuality Education Programmes - A cost and cost - effectiveness analysis in six countries. Paris: UNESCO.
- UNESCO (2010) Fatores que impulsionam o sucesso. Estudo de casos de programas nacionais de educação sexual. Paris: UNESCO.
- UNESCO (2009) Orientação Técnica Internacional sobre Educação Sexual; Uma abordagem baseada em fatos comprovados e destinada a escolas, professores e educadores na área de saúde. volume 1 & 2, Paris: UNESCO. Publicado em parceria com a UNAIDS, UNFPA, UNICEF e OMS.
- UNFPA – United Nations Population Fund. (2005). The state of world population 2005 –The unmapped journey: Adolescents, Poverty and Gender. New York: UNFPA. Retrieved from: <http://www.unfpa.org/swp/2005/english/ch5/index.htm>
- United Nations Statistical Division (2008) Composition of macro geographical (continental) regions, geographical sub-regions, and selected economic and other groupings. Retrieved January 18, 2013 from <http://unstats.un.org/unsd/methods/m49/m49regin.htm>
- Vaz, J., Vilar, D., & Cardoso, S. (1996). *Educação sexual na escola*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Vilar, D. & Ferreira, P. (2009). A Educação Sexual dos Jovens Portugueses – conhecimentos e fontes. *Educação Sexual em Rede*, 5, 2-53.
- Vilar, D. (1987). A aprendizagem sexual e educação sexual. In F. Allen Gomes, A. Albuquerque, & S. Nunes, *Sexologia em Portugal, II* (pp. 165-179). Lisboa: Texto Editora.
- Vilar, D. (2003). Falar Disso: A Educação Sexual nas Famílias dos Adolescentes. Porto: Edições Afrontamento.
- Vilar, D. (2003). Questões actuais sobre educação sexual num contexto de mudança. In L. Fonseca, C. Soares, & J. Machado Vaz (Eds.), *A sexologia - perspectiva multidisciplinar, II* (pp. 155-183). Coimbra: Quarteto Editora.
- Vilar, D. (2005). *Falar Disso - A Educação Sexual na Família dos Adolescentes*. Lisboa, Portugal: Edições Afrontamento. ISBN: 9789723606430.
- Vilar, D., & Ferreira P. (2008). *Educação sexual dos jovens portugueses: Conhecimentos e fontes*. Comunicação apresentada no Seminário de Educação Sexual: estudos, contextos, recursos, experiências, a 17 de Outubro de 2008 no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Recuperado de www.apf.pt

- Vogt, D., King, D., & King, L. (2004). Focus groups in psychological assessment: Enhancing content validity by consulting members of the target population *Psychological Assessment*, 16, 3, 231–243.
- Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, et al. (2006) Sexual behaviour in context: a global perspective, *Lancet* 368:1706–1728.
- Wellings, K., Nanchahal, K., Macdowell, W., McManus, S., Erens, B., Mercer, C., et al. (2001) Sexual behaviour in Britain: early hetero- sexual experience. *Lancet* 358:1843–50.
- Werner, E.E. & Smith, R.S. (1988). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.
- Werner, E.E. & Smith, R.S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery*. New York: McGraw-Hill.
- Wolin, S.J. (1993). *The resilient self*. New York: Villard Books.
- World Health Organization (2000). *Effectiveness of male latex condoms in protecting against pregnancy and sexually transmitted infections. Fact sheet N° 243*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre>
- World Health Organization (2003). *The health of children and adolescents in WHO's European Region*. Vienna: WHO Regional Committee for Europe. Recuperado de <http://www.euro.who.int/document/rc53/edoc11.pdf>
- World Health Organization (WHO) (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Geneva: World health organization.
- World Health Organization (WHO) (2009). *A Snapshot of the Health of Young people in Europe*. WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2010). *Position paper on mainstreaming adolescent pregnancy in efforts to make pregnancy safer*. Department of Making Pregnancy Safer. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.
- Zapiain, J. (2003). A Educação afectivo-sexual na escola. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 36, 33-38. Retirado 5 de dezembro de 2005 de www.apf.pt