

Universidade Católica Portuguesa

**DO ENSINO À APRENDIZAGEM DA SEXUALIDADE:  
ESTUDO AO NÍVEL DO 1º CICLO EM ENFERMAGEM**

**FROM TEACHING TO THE LEARNING OF SEXUALITY:  
A STUDY AT THE LEVEL OF THE 1<sup>ST</sup> CYCLE IN NURSING**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem  
na especialidade de Educação em Enfermagem

Por Hélia Maria da Silva Dias

Instituto de Ciências da Saúde

Outubro, 2015





Universidade Católica Portuguesa

**DO ENSINO À APRENDIZAGEM DA SEXUALIDADE:  
ESTUDO AO NÍVEL DO 1º CICLO EM ENFERMAGEM**

**FROM TEACHING TO THE LEARNING OF SEXUALITY:  
A STUDY AT THE LEVEL OF THE 1<sup>ST</sup> CYCLE IN NURSING**

Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem  
na especialidade de Educação em Enfermagem

Por Hélia Maria da Silva Dias

Sob a orientação da Professora Doutora Maria Margarida Sim-Sim

Instituto de Ciências da Saúde

Outubro, 2015



“ La «invención de la sexualidad» no fue un acontecimiento único, ahora perdido en el pasado remoto. És un proceso contínuo que simultaneamente actúa sobre nosotros y del que somos actores, objetos del cambio y sujetos de esos cambios.”

*Jeffrey Weeks (1986)*



*Aos meus pais, Emília e Manuel*  
*À minha sogra, Cristina "in memorium"*





## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Margarida Sim-Sim por ter acreditado desde a fase embrionária deste projeto que ele era possível, pela orientação dedicada e saber que soube partilhar, pela compreensão e entusiasmo que transmitiu e pela amizade reforçada;

À Escola Superior de Saúde de Santarém na pessoa da sua Diretora, Professora Coordenadora Isabel Barroso, pelo apoio concedido na realização deste trabalho;

Às Escolas de Enfermagem e de Saúde envolvidas pela disponibilidade na fase de recolha de dados;

Aos participantes, estudantes e professores, que tão gentilmente se dispuseram a participar;

À Isabel Barroso pelo incentivo diário, pelo carinho e pela amizade construída;

À Alcinda e à Ana por fazerem do vosso tempo, tempo para mim! E pela vossa amizade;

Ao Amendoeira pelo incentivo desde o princípio e pelo espaço sempre concedido;

Às colegas e amigas que estiveram de perto em muitos momentos ao longo deste percurso, elas sabem quem são;

Ao Nuno Martins, à Cátia e à Marina pelas palavras amigas que tantas vezes deram o ânimo para continuar e também, à Helena;

Ao meu marido, Francisco e à minha filha, Maria por me ajudarem a concretizar sonhos e a ser feliz;

A todos, o meu muito obrigada.



## RESUMO

A inclusão da sexualidade na prática clínica e na formação em enfermagem é reconhecida como fundamental, mas uma realidade ainda inconsistente. Questionou-se no estudo atual o processo de ensino e aprendizagem da sexualidade ocorrido no 1.º ciclo de formação em enfermagem, segundo estudantes e professores, numa perspectiva micro do desenvolvimento curricular. As dimensões em análise incidiram nas percepções e atitudes sobre a sexualidade e a sexualidade na enfermagem, o processo de ensino e aprendizagem e a perspectiva da usabilidade do aprendido. Recorreu-se a um desenho de métodos mistos com uma estratégia sequencial: QUAN→qual de tipo exploratório-descritivo e explicativo. Participaram 646 estudantes e professores. Na componente quantitativa utilizaram-se inquéritos por questionário. A análise documental foi usada na componente suplementar. Encontrou-se uma estrutura multidimensional das atitudes suportada numa orientação tradicionalista que situa a sexualidade na dimensão feminina. Emergem atitudes favoráveis à integração da sexualidade nos cuidados de enfermagem. Do processo de ensino e aprendizagem da sexualidade sobressai uma dimensão curricular da sexualidade orientada por um modelo behaviorista e assente numa visão biológica. Este modelo é implementado por professoras mulheres numa lógica de reprodução de práticas tradicionais. A visão da sexualidade ensinada e aprendida em relação aos referentes femininos sustenta uma projeção do cuidar na prática profissional assente nos mesmos princípios. Estudantes sentem-se mais à-vontade para integrar a sexualidade face ao modo como os professores os avaliam. Esta intenção de usabilidade do aprendido mostra uma visão heteronormativa da prática e a importância da identidade social de quem cuida. Corrobora-se a importância da formação em enfermagem acompanhar o desenvolvimento pessoal e social do estudante a par com o desenvolvimento de competências profissionais.

Palavras-chave: sexualidade; formação em enfermagem; processo de ensino e aprendizagem; desenvolvimento curricular; estudantes; professores.



## ABSTRACT

Including sexuality in clinical practice and nursing education is recognized as essential, but still an inconsistent reality. This study questioned the teaching and learning process of sexuality during the 1<sup>st</sup> cycle of nursing education, according to students and teachers in a micro perspective of curricular development. The dimensions analysed focused on the perceptions and attitudes about sexuality and sexuality in nursing, the teaching and learning process and the learned usability perspective. We used a mixed methods design with a sequential strategy: QUAN→qual of descriptive and explanatory type. 646 students and teachers participated. The quantitative component used questionnaire surveys. The document analysis was used in the additional component. We found a multidimensional structure of the attitudes supported by a traditionalist guide line that sets sexuality in the feminine dimension. There emerge favourable attitudes towards the integration of sexuality in nursing care. From the teaching and learning process came out a curricular dimension of sexuality guided by a behaviour model based on a biological perspective. This model is implemented by female teachers in a logic of reproducing traditional practices. The vision of sexuality taught and learned in relation to feminine references supports a projection of care in professional practice based on the same principles. Students feel more comfortable in integrating sexuality regarding the way how teachers evaluate them. This intention of learned usability reveals a heteronormative vision of the practice and the importance of social identity of caregivers. We corroborate the importance of nursing education in keeping up the student's personal and social development together with the development of professional skills.

Keywords: sexuality; nursing education; teaching and learning process; curricular development; students; teachers.



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	23
<b>PARTE I</b>	
<b>DOS CONTRIBUTOS TEÓRICOS ÀS EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS</b>	
<b>1 – DA SEXUALIDADE: DAS PERSPETIVAS À APROXIMAÇÃO AO CONCEITO</b>	35
<b>2 – A SEXUALIDADE NO OLHAR DA ENFERMAGEM</b>	46
2.1 – A PRÁTICA CLÍNICA EM ENFERMAGEM	48
2.2 – A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM	54
<b>PARTE II</b>	
<b>INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA</b>	
<b>CAPÍTULO I - METODOLOGIA</b>	
<b>1 – O PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO E OS OBJETIVOS</b>	73
<b>2 – DESENHO DO ESTUDO</b>	77
<b>3 – COMPONENTE CENTRAL DA INVESTIGAÇÃO – A ABORDAGEM QUANTITATIVA</b>	82
3.1 – TIPO DE ESTUDO	82
3.2 – A POPULAÇÃO/AS AMOSTRAS/ A TÉCNICA DE AMOSTRAGEM	82
<b>3.2.1 – Caraterização dos participantes</b>	85
3.3 – OS INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	88
<b>3.3.1 – Os inquéritos por questionário. A construção: conteúdos e estrutura</b>	89
3.3.1.1 – Caraterização pessoal e profissional	90
3.3.1.2 – Perceções e atitudes sobre a sexualidade	91
3.3.1.3 – Atitudes e crenças sobre a sexualidade na enfermagem	97
3.3.1.4 – O processo de ensino e aprendizagem da sexualidade	98
<b>3.3.2 – O pré-teste</b>	101
3.4 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	103
3.5 – TRATAMENTO DOS DADOS	107

<b>4 – COMPONENTE SUPLEMENTAR DA INVESTIGAÇÃO – A ABORDAGEM QUALITATIVA</b>	<b>111</b>
4.1 – A AMOSTRA	112
4.2 – FASE DE RECOLHA DE DADOS	113
4.3 – TRATAMENTO DOS DOCUMENTOS OBTIDOS	114
<b>5 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b>	<b>117</b>

## **CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

<b>1 – CARATERIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES SOBRE SEXUALIDADE</b>	<b>121</b>
<b>2 – CONHECIMENTOS SOBRE A SEXUALIDADE</b>	<b>124</b>
<b>3 – PERCEÇÕES E ATITUDES SOBRE A SEXUALIDADE</b>	<b>126</b>
3.1 – AS ATITUDES SEXUAIS	126
3.2 – AS ATITUDES FACE À SAÚDE SEXUAL	137
<b>4 – ATITUDES E CRENÇAS SOBRE A SEXUALIDADE NA ENFERMAGEM</b>	<b>144</b>
<b>5 – AS ASSOCIAÇÕES ENTRE AS ATITUDES SEXUAIS</b>	<b>151</b>
<b>6 – O PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM DA SEXUALIDADE NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM</b>	<b>155</b>
6.1 – A ABORDAGEM DA SEXUALIDADE NO ENSINO TEÓRICO	155
6.2 – A ABORDAGEM DA SEXUALIDADE NO ENSINO CLÍNICO	165
6.3 – OS FATORES INFLUENCIADORES DO PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM DA SEXUALIDADE	171
6.4 – A IMPORTÂNCIA, O CONFORTO E A PREPARAÇÃO DOCENTE PARA INTEGRAR A SEXUALIDADE NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM	175
<b>7 – PERCEÇÃO DO NÍVEL DE PREPARAÇÃO DOS ESTUDANTES PARA A ABORDAGEM DA SEXUALIDADE NA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM</b>	<b>179</b>

## **CAPÍTULO III – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

<b>1 – DOS CONHECIMENTOS, PERCEÇÕES E ATITUDES SOBRE A SEXUALIDADE ÀS ATITUDES E CRENÇAS SOBRE A SEXUALIDADE NA ENFERMAGEM</b>	<b>191</b>
<b>2 – DO PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM DA SEXUALIDADE À PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM</b>	<b>217</b>
<b>3 – A USABILIDADE DO APRENDIDO – UMA VISÃO FEMININA DA SEXUALIDADE</b>	<b>251</b>



### **PARTE III**

#### **DAS CONCLUSÕES GERAIS ÀS IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES**

<b>1 – CONCLUSÕES</b>	<b>257</b>
<b>2 – IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES</b>	<b>264</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>269</b>
<b>APÊNDICES</b>	
<b>A – Estruturas fatoriais ensaiadas na Escala de Atitudes Sexuais</b>	
<b>B – Inquéritos por questionário</b>	
<b>C – Pedido de autorização às Escolas</b>	
<b>D – Testes de normalidade</b>	
<b>E – Síntese dos materiais recolhidos por Escola</b>	
<b>F – Pedido de recolha de dados na 2ª fase do estudo</b>	
<b>G – Síntese das unidades curriculares analisadas</b>	
<b>H – Grelhas de análise documental</b>	
<b>I – Resultados da análise documental</b>	
<b>J – Parecer da Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da UCP</b>	
<b>L – Autorizações dos autores das Escalas</b>	
<b>M – Resultados</b>	

## ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Desenho do estudo: Abordagem métodos mistos – Estratégia sequencial QUAN→qual	81
<i>Figura 2.</i> Síntese do plano amostral para os estudantes do 4º ano	85
<i>Figura 3.</i> Relação entre dimensões em análise, fontes, estratégias e tratamento/análise	89
<i>Figura 4.</i> Esquema do tratamento das questões nº 4.1 alínea a) e 4.2 alínea a) do bloco 4 – o processo de ensino e de aprendizagem da sexualidade humana	110
<i>Figura 5.</i> Comparações múltiplas das ordens de Dunn para a variável “conhecimentos sobre sexualidade” em função da amostra	124
<i>Figura 6.</i> Comparações múltiplas das ordens de Dunn para a dimensão “responsabilidade” da EAS em função da amostra	128
<i>Figura 7.</i> Comparações múltiplas das ordens de Dunn para a dimensão “permissividade sexual” da EAS para o conjunto das amostras em função da religião	131
<i>Figura 8.</i> Comparações múltiplas das ordens de Dunn para a dimensão “comunhão construída” da EAS para o conjunto das amostras em função da religião	132
<i>Figura 9.</i> Comparações múltiplas das ordens de Dunn para a dimensão “permissividade sexual” da EAS para os estudantes do 1º ano em função da religião	133
<i>Figura 10.</i> Comparações múltiplas das ordens de Dunn para a dimensão “comunhão construída” da EAS para os estudantes do 1º ano em função da religião	133
<i>Figura 11.</i> Comparações múltiplas das ordens de Dunn para a dimensão “instrumentalidade” da EAS para os estudantes do 1º ano em função da religião	134
<i>Figura 12.</i> Comparações múltiplas das ordens de Dunn para a dimensão “permissividade sexual” da EAS para os estudantes do 4º ano em função da religião	134
<i>Figura 13.</i> Comparações múltiplas das ordens de Dunn para a dimensão “cuidados pessoais” da EAFSSR em função da amostra	138
<i>Figura 14.</i> Comparações múltiplas das ordens de Dunn para a dimensão “sexo seguro” da EAFSSR em função da amostra	139
<i>Figura 15.</i> Comparações múltiplas das ordens de Dunn para o SABS em função da amostra	147
<i>Figura 16.</i> Do ensinar e do aprender à intenção de utilização: Uma visão feminina da sexualidade	254

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. <i>Estudantes inscritos no 1.º ano-1.ª vez no ano letivo 2008/2009 por código de acesso e sexo</i>	83
Tabela 2. <i>Distribuição dos participantes por amostra e por sexo</i>	86
Tabela 3. <i>Caraterização sociodemográfica e académica dos estudantes do 1.º e 4.º anos</i>	86
Tabela 4. <i>Caraterização sociodemográfica dos professores</i>	87
Tabela 5. <i>Caraterização académica e profissional dos professores</i>	88
Tabela 6. <i>Saturações fatoriais e comunalidades (<math>h^2</math>) para a estrutura de quatro fatores da EAS (versão 40 itens)</i>	94
Tabela 7. <i>Análise da consistência interna da EAS</i>	95
Tabela 8. <i>Análise da consistência interna da EAFSSR</i>	97
Tabela 9. <i>Descrição da secção A: A abordagem da sexualidade em contexto de ensino teórico</i>	100
Tabela 10. <i>Descrição da secção B – A abordagem da sexualidade em contexto de ensino clínico</i>	100
Tabela 11. <i>Descrição da secção C – Especificidades do processo de ensino e aprendizagem</i>	101
Tabela 12. <i>Relação entre o número estimado de estudantes do 4º ano, o número fornecido pelas escolas e o número de respondentes</i>	104
Tabela 13. <i>Relação entre as vagas colocadas a concurso nacional no ano letivo 2012/2013 e o número de respondentes</i>	105
Tabela 14. <i>Síntese do número de professores respondentes nas duas fases de colheita de dados</i>	106
Tabela 15. <i>Síntese do corpus documental sujeito a análise</i>	115
Tabela 16. <i>Participação em atividades sobre sexualidade como formando para os estudantes</i>	121
Tabela 17. <i>Contextos da participação em atividades sobre sexualidade como formando para os estudantes</i>	121
Tabela 18. <i>Horas de participação em atividades sobre sexualidade para os estudantes</i>	122
Tabela 19. <i>Contextos da participação em atividades sobre sexualidade como formando para os professores</i>	122
Tabela 20. <i>Contextos da participação em atividades sobre sexualidade como formador para os professores</i>	123
Tabela 21. <i>Estatísticas descritivas dos conhecimentos sobre a sexualidade por amostra</i>	124
Tabela 22. <i>Estatísticas descritivas das subescalas da EAS</i>	126

Tabela 23. <i>Estatísticas descritivas das subescalas da EAS por amostra</i>	127
Tabela 24. <i>Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da EAS por amostra e por sexo</i>	129
Tabela 25. <i>Resultados dos testes Kruskal-Wallis das subescalas da EAS para o conjunto das amostras em função da religião</i>	130
Tabela 26. <i>Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da EAS</i>	135
Tabela 27. <i>Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da EAS e MCSDS-SF por amostra</i>	136
Tabela 28. <i>Estatísticas descritivas das subescalas da EAFSSR</i>	137
Tabela 29. <i>Estatísticas descritivas das subescalas da EAFSSR por amostra</i>	137
Tabela 30. <i>Resultados dos testes Kruskal-Wallis das subescalas da EAFSSR por amostra</i>	138
Tabela 31. <i>Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da EAFSSR por amostra e por sexo</i>	140
Tabela 32. <i>Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da EAFSSR por amostra em função da participação em atividades sobre sexualidade como formando</i>	141
Tabela 33. <i>Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da EAFSSR</i>	142
Tabela 34. <i>Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da EAFSSR por amostra</i>	142
Tabela 35. <i>Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da EAFSSR e a MCSDS-SF por amostra</i>	143
Tabela 36. <i>Percentagens de discordância e concordância, medidas de tendência central e de dispersão dos itens do SABS</i>	145
Tabela 37. <i>Medidas de tendência central e de dispersão dos itens do SABS por amostra</i>	146
Tabela 38. <i>Estatísticas descritivas do SABS no conjunto das amostras e por amostra</i>	147
Tabela 39. <i>Resultados do teste Mann-Whitney do SABS por amostra e por sexo</i>	148
Tabela 40. <i>Resultados do teste Mann-Whitney do SABS por amostra em função da participação em atividades sobre sexualidade como formando</i>	149
Tabela 41. <i>Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da EAS e da EAFSSR e o SABS no conjunto das amostras</i>	152
Tabela 42. <i>Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da EAS, da EAFSSR e o SABS por amostra</i>	154
Tabela 43. <i>A abordagem da sexualidade em ensino teórico</i>	155
Tabela 44. <i>UC do ensino teórico onde foi identificada a abordagem da sexualidade segundo os estudantes do 4º ano e os professores</i>	156
Tabela 45. <i>Matriz dos objetivos educacionais organizada pelos níveis da estrutura do processo cognitivo de Bloom revista por AEF</i>	157

Tabela 46. <i>Conteúdos abordados no âmbito da sexualidade segundo os estudantes do 4º ano e os professores</i>	158
Tabela 47. <i>Síntese da dimensão “conteúdos” obtida dos questionários e das fichas de UC e trabalhos realizados no âmbito do ensino teórico</i>	160
Tabela 48. <i>Tipologia das sessões letivas na abordagem da sexualidade segundo os estudantes do 4º ano e os professores</i>	162
Tabela 49. <i>Tipologia das sessões letivas na abordagem da sexualidade obtida a partir das fichas de UC no ensino teórico (N=22 UC)</i>	160
Tabela 50. <i>Estratégias utilizadas na abordagem da sexualidade segundo os estudantes do 4ºano e os professores</i>	163
Tabela 51. <i>Estratégias utilizadas nas sessões letivas na abordagem da sexualidade obtidas a partir das fichas de UC no ensino teórico (N=22 UC)</i>	164
Tabela 52. <i>Instrumentos de avaliação utilizados na avaliação da abordagem da sexualidade segundo os estudantes do 4º ano e os professores</i>	164
Tabela 53. <i>Instrumentos de avaliação utilizados nas sessões letivas na abordagem da sexualidade obtidos a partir das fichas de UC no âmbito do ensino teórico (N=22 UC)</i>	165
Tabela 54. <i>A abordagem da sexualidade em ensino clínico</i>	165
Tabela 55. <i>UC do ensino clínico onde foi identificada a abordagem da sexualidade segundo os estudantes do 4º ano e os professores</i>	166
Tabela 56. <i>Atividades em ensino clínico onde surgiu a sexualidade segundo os estudantes do 4º ano e os professores</i>	167
Tabela 57. <i>Contexto de ensino clínico das atividades onde surgiu a sexualidade segundo os estudantes do 4º ano e os professores</i>	168
Tabela 58. <i>Sentimentos associados ao desenvolvimento de atividades sobre sexualidade em ensino clínico segundo os estudantes do 4º ano e os professores</i>	169
Tabela 59. <i>Resultados dos testes Mann-Whitney dos sentimentos associados ao desenvolvimento de atividades sobre sexualidade em ensino clínico segundo os estudantes do 4º ano e os professores</i>	170
Tabela 60. <i>Identificação de quem ajudou o estudante a lidar com as situações com implicações sexuais em contexto de ensino clínico</i>	170
Tabela 61. <i>Estatísticas descritivas dos fatores que influenciaram o processo de ensino e aprendizagem da sexualidade relativos aos estudantes segundo os estudantes do 4º ano e os professores</i>	172
Tabela 62. <i>Estatísticas descritivas dos fatores que influenciaram o processo de ensino e aprendizagem da sexualidade relativos aos professores segundo os estudantes do 4º ano e os professores</i>	173
Tabela 63. <i>Estatísticas descritivas dos fatores que influenciaram o processo de ensino e aprendizagem da sexualidade relativos à situação de interação segundo os estudantes do 4º ano e os professores</i>	174
Tabela 64. <i>Participação em atividades extracurriculares no âmbito da sexualidade</i>	174

Tabela 65. <i>Tipo de atividades extracurriculares no âmbito da sexualidade</i>	175
Tabela 66. <i>Modelo que dominou o processo de ensino e aprendizagem</i>	175
Tabela 67. <i>Estatísticas descritivas sobre a importância atribuída à sexualidade na formação em enfermagem</i>	176
Tabela 68. <i>Resultados do teste Mann-Whitney sobre a importância atribuída à sexualidade humana na formação em enfermagem por amostra e por sexo</i>	176
Tabela 69. <i>Estatísticas descritivas sobre o nível de conforto no âmbito da sexualidade humana por amostra</i>	177
Tabela 70. <i>Estatísticas descritivas sobre a preparação para integrar a sexualidade humana no exercício docente por amostra</i>	178
Tabela 71. <i>Resultados dos testes Mann-Whitney sobre a preparação dos professores para integrar a sexualidade humana no exercício docente por amostra e por sexo</i>	178
Tabela 72. <i>Estatísticas descritivas sobre a preparação dos estudantes para integrar a sexualidade humana na prática clínica de enfermagem por amostra</i>	179
Tabela 73. <i>Estatísticas descritivas do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal por amostra</i>	180
Tabela 74. <i>Resultados dos testes Mann-Whitney no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal por amostra</i>	181
Tabela 75. <i>Resultados dos testes Mann-Whitney no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal por amostra e por sexo</i>	182
Tabela 76. <i>Estatísticas descritivas do domínio da prestação e gestão de cuidados por amostra</i>	183
Tabela 77. <i>Resultados dos testes Mann-Whitney no domínio da prestação e gestão de cuidados por amostra</i>	184
Tabela 78. <i>Estatísticas descritivas do domínio do desenvolvimento profissional por amostra</i>	185
Tabela 79. <i>Resultados dos testes Mann-Whitney no domínio do desenvolvimento profissional por amostra</i>	185
Tabela 80. <i>Matriz de correlações entre a preparação para a prática clínica, os conhecimentos, o SABS e o conforto por amostra e sexo</i>	186
Tabela 81. <i>Matriz de correlações entre os domínios das competências com os conhecimentos, o SABS e o conforto para os estudantes do 4º ano por sexo</i>	187

## INTRODUÇÃO

A sexualidade é considerada no mundo contemporâneo como um assunto de relevante importância, seja ao nível social, político ou moral. Do ponto de vista da investigação tem sido abordada sob diversas perspetivas. Enquanto conceito caracteriza-se por uma polissemia (López & Fuertes, 1999) reconhecendo-se diversas formas de entendimento e expressão, ou seja, muitas sexualidades. A sexualidade não se reduz a um impulso ou pulsão inata. Entende-se atualmente como parte integral e integrante da matriz de forças sociais, económicas, culturais e relacionais, revelando-se construída, mais do que concedida (Petchesky, 2008). Estas características atribuem-lhe singularidade, possibilitando que cada pessoa lhe atribua um sentido diferente e a inscreva na sua biografia (Bozon, 2004). Ilustram também que as sexualidades são complexas e mutáveis, ao longo do ciclo de vida, desenvolvendo-se dentro de um sistema social (Louro, 2000; Petchesky, 2008; Weeks, 1998).

No campo da saúde, carece-se de profissionais que reconheçam na saúde humana a importância da sexualidade, facto que a World Health Organization (WHO) vem defendendo desde 1975, quando admitiu a necessidade de educação e formação sobre a matéria e a enunciou como uma necessidade pública nos cuidados. Ao longo destes quarenta anos, numerosos avanços têm acontecido, enriquecendo a compreensão da sexualidade e discorrendo sobre a sua complexidade. Contudo, a abordagem da sexualidade no contexto dos cuidados de saúde é ainda inconsistente e ligada à visão essencialista. Neste sentido, importa analisar os aspetos que na atualidade sustentam a sexualidade como objeto de estudo.

A Organización Panamericana de la Salud e Organización Mundial de la Salud, conjuntamente com a Asociación Mundial de Sexología (2000) sistematizaram um leque de acontecimentos que, passados 15 anos, continuam a ser estratégicos para o enquadramento da sexualidade como tema de estudo. Destacam-se seis acontecimentos. O primeiro refere-se ao avanço no conhecimento da sexualidade humana, tendo para tal contribuído o questionamento teórico, as investigações biomédicas, psicológicas, sociológicas e antropológicas, para além da vigilância epidemiológica e do trabalho clínico. O surgimento da pandemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e o maior reconhecimento do impacto de outras infeções de

transmissão sexual constitui-se no segundo aspeto. A luta eficaz contra estes problemas reside na capacidade da pessoa mudar de comportamentos e de práticas sexuais. Para tal, é fundamental uma compreensão adequada da sexualidade humana. A este propósito, Altman (1995, citado por Petchesky, 2008) sugere mesmo que a pandemia do VIH/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) teve um lado positivo, porque abriu espaço para falar mais abertamente e em público de temas anteriormente tabús: a diversidade sexual, as identidades de género e as desigualdades. O terceiro aspeto reporta à formação de um corpo de conhecimentos derivado dos trabalhos e pontos de vista das académicas feministas, o qual mostra que as sociedades encontram-se articuladas e regidas por um conjunto complexo e generalizado de normas. Ainda, neste âmbito ignorar na perspetiva de género, os conceitos culturais de masculinidade e feminilidade mostra incompletude no entendimento da sexualidade. Como quarto acontecimento salienta-se a saúde sexual e reprodutiva, definida, consolidada e priorizada a partir da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo em 1994. Também, o reconhecimento da violência sexual, especialmente contra mulheres, crianças e minorias sexuais é hoje um problema grave de saúde pública. Os direitos sexuais são atualmente reconhecidos como direitos humanos, pelo que estão acima dos valores culturais; ou seja, se uma cultura tem uma prática que vá contra os direitos humanos, é necessário desenvolver esforços para mudar essa prática, caso da mutilação genital feminina. Por outro lado, é essencial uma maior defesa da causa dos movimentos sociais, caso das minorias Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgéneros (LGBT), no sentido de reconhecer e respeitar os seus direitos. Por último, o desenvolvimento de medicamentos eficazes e seguros que permitem modificar e melhorar o funcionamento sexual das pessoas é uma realidade nem sempre adequadamente acompanhada.

Consideram-se de seguida os motivos pelos quais nos cuidados de enfermagem a abordagem da sexualidade tem sido uma realidade inconsistente e rodeada de crenças e tabus. A maioria dos estudos desenvolvidos em diversos contextos de cuidados mostra que os enfermeiros reconhecem a importância de abordar a sexualidade; contudo omitem sistematicamente esta prática por um conjunto diverso de razões (Akinci, 2011; Ferreira, Gozzo, Panobianco, Santos, & Almeida, 2015; Haboubi & Lincoln, 2003; Quinn, Happell, & Welch, 2012; Saunamäki, Andersson, & Engström, 2010). Destacam-se as seguintes: a falta de competência para dar



início a uma conversa sobre um assunto íntimo e privado, como a sexualidade (Higgins, Barker, & Begley, 2006), a crença de que abordar a sexualidade não é um problema imediato para o doente<sup>1</sup> e que ao fazê-lo pode aumentar-se a ansiedade (Guthrie, 1999; Haboubi & Lincoln, 2003), a que juntam o embaraço e sentimentos de desconforto (Akinci, 2011; Costa & Coelho, 2013; Doherty, Byrne, Murphy, & McGee, 2011; Julien, Thom, & Kline, 2010; Magnan, Reynolds, & Galvin, 2005). Salientam-se nos estudos sugestões para a legitimação da sexualidade como aspeto do processo de cuidados holístico inserido na responsabilidade profissional e clínica (Royal College of Nursing, 2001) e a importância de processos formativos que desenvolvam nos discentes competências para cuidar no âmbito da sexualidade.

Na formação em enfermagem as evidências que emergem dos estudos desenvolvidos com estudantes e professores mostram os currículos não promotores de competências para a abordagem da sexualidade na prática clínica. Durante a formação pré-graduada a abordagem centra-se no domínio cognitivo/comportamental e menos no domínio afetivo para estudantes e professores (Kong, Wu, & Loke, 2009; Pereira, 2007; Santos & Campos, 2008). As metodologias ativas são pouco utilizadas (Pereira, 2007) e as matérias são incluídas no início do curso ou em momentos pontuais (Dattilo & Brewer, 2005). Os estudantes não se consideram preparados para lidar com assuntos sexuais na clínica (Santos, Ribeiro, & Campos, 2007), referindo desconforto e embaraço (Akinci, Yildiz, & Zengin, 2011; Kong, Wu, & Loke, 2009; Magnan & Norris, 2008). As sugestões reforçam a necessidade de integrar a discussão na formação em enfermagem e do compromisso das escolas para desenvolver competências nesta área.

Neste sentido, parece caber às escolas de enfermagem em primeira instância, o desenvolvimento de um processo de ensino e aprendizagem que seja promotor de competências para uma abordagem da sexualidade na prática clínica de enfermagem. Há deste modo, a necessidade de se analisar este processo, na especificidade da formação em enfermagem em Portugal, pois tanto quanto é possível descortinar a ausência de estudos é manifesta.

---

<sup>1</sup> A utilização do termo *doente* ocorre contextualizada na fonte donde emerge. Sempre que não for explícito utiliza-se o termo *peessoa* considerando a definição constante nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – “A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2012a, pp. 8-9)

Esta investigação inscreve-se numa abordagem exploratória do processo de ensino e de aprendizagem da sexualidade humana (Pacheco, 2001) na formação em enfermagem na perspetiva de docentes e discentes. Assenta no pressuposto de que é preciso conhecer uma realidade para propor mudanças de ordem curricular e pedagógica favorecedoras de condições para a eficácia do processo de ensino e aprendizagem.

Os estudos no âmbito da formação em enfermagem têm-se desenvolvido sem enquadramento claro nas ciências da educação. Considerando que os resultados destes estudos não propiciaram até agora, respostas conducentes à melhoria do processo de ensino e aprendizagem, pretendeu-se com a investigação atual sustentar o objeto de estudo inerente à disciplina de enfermagem, numa problemática à luz do campo de investigação curricular. Esta intenção foi conduzida na lógica da identificação e análise da situação concreta em estudo e olhar para a sua usabilidade/utilidade adequada às competências do enfermeiro. Segundo Roldão (2003) são escassos os estudos que analisam o significado de conteúdos curriculares específicos e o seu sentido de utilidade, sendo necessário “deslocar a lógica interpretativa *para dentro do currículo*, de passar da visão apenas segmentar e técnico-didática dos processos de ensino para o seu real efeito na tarefa cognitiva do aprendente (...) para uma *lógica interpretativa integradora* que coloque o próprio currículo, e as aprendizagens que ele institui, no centro da análise” (p. 19).

O currículo é hoje entendido como uma construção permanente de práticas que tem um significado de natureza cultural e social, configurando-se num instrumento obrigatório para a análise e melhoria das decisões educativas (Pacheco, 2001). Por norma, a construção do currículo ocorre em três contextos de decisão curricular: político administrativo (nível macro), de gestão ou organizacional (nível meso) e de realização ou pedagógico curricular (nível micro) (Pacheco, 2001, 2005; Roldão, 2003). No âmbito do ensino superior, estes contextos de decisão curricular hierarquizam-se numa lógica de reforço crescente do primeiro para o terceiro contexto, pela autonomia científico-pedagógica e administrativa conferida a cada instituição de ensino na definição dos currículos. Assim, ao nível macro, o ensino de enfermagem em Portugal, enquadrado no ensino superior politécnico, está subordinado às orientações de um conjunto vasto de diplomas legais oriundos do Estado<sup>2</sup>, bem como as

---

<sup>2</sup> Dec-Lei nº 353/99, de 03 de Setembro (aprova as regras gerais a que fica subordinado o ensino de Enfermagem no âmbito do ensino superior politécnico) regulamentado pela Portaria nº 799-D/99 de 18 de Setembro (regulamento geral do curso de

demais orientações da Agência de Acreditação do Ensino Superior<sup>3</sup>. Sendo a enfermagem uma profissão regulamentada são ainda relevantes algumas orientações da Ordem dos Enfermeiros<sup>4</sup>. Ao nível meso, o contexto organizacional, cada escola de enfermagem ou de saúde, independentemente da integração em universidade ou instituto politécnico ou não integrada, tem autonomia científica, pedagógica e administrativa, para definir a oferta formativa e definir os planos de estudos. Nesta definição, entre outros aspetos, deve fazer-se um enquadramento das justificações da criação do curso. A este nível, cada escola participa ativamente na construção curricular, tornando-se numa unidade estratégica de qualquer alteração curricular (Pacheco, 2001). Por último, no nível micro, cada escola concretizará o seu projeto didático, ou seja, entra-se na fase do currículo em ação. Salienta-se neste contexto, a intervenção decisiva e marcante dos professores e dos estudantes no desenvolvimento curricular. De referir que no currículo em ação, o professor goza de uma autonomia curricular, dentro dos referenciais anteriores, mas que lhe configuram uma ampla ação na operacionalização do currículo.

Pelo exposto, o currículo passa dum domínio concetual para um domínio de aplicabilidade, ou seja, entra-se no processo de desenvolvimento curricular (Gaspar & Roldão, 2007). O desenvolvimento curricular é entendido como “um processo complexo e dinâmico que equivale a uma re(construção) de tomada de decisões de modo a estabelecer-se, na base de princípios concretos, uma ponte entre a intenção e a realidade” (Pacheco, 2001, p. 65). Para Gaspar e Roldão (2007), o desenvolvimento curricular “é um processo de construção de currículo, que sustenta quer a concepção de qualquer processo de aprendizagem, quer a sua *implementação/operacionalização* que concretiza e desenvolve na acção o currículo concebido como intencionalidade” (p. 77). À semelhança do currículo, o desenvolvimento curricular engloba níveis de operacionalização comuns, quer em nomenclatura, quer no quadro onde se sustentam e articulam: níveis macro, meso e micro. Quanto às fases, para Gaspar e Roldão (2007) as mesmas surgem suportadas numa estrutura tridimensional

---

Licenciatura em Enfermagem) e Dec-Lei nº 42/2005 de 22 de Fevereiro (princípios reguladores de instrumentos para a criação do espaço europeu do ensino superior); Dec-Lei nº 74/2006 de 24 Março (aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior) com as alterações introduzidas pelos DL n.ºs 107/2008, de 25 de junho; 230/2009, de 14 de setembro e 115/2013, de 7 de agosto.

<sup>3</sup> Considerando a extensão do quadro normativo, o mesmo pode ser consultado em <http://www.a3es.pt/pt/acreditacao-e-auditoria/quadro-normativo>

<sup>4</sup> São documentos orientadores do exercício profissional de enfermagem do enfermeiro de cuidados gerais em Portugal: o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.

denominada “dispositivo comum”: conceção do currículo; implementação/operacionalização do currículo e avaliação do currículo. A fase de conceção refere-se à análise da situação a que o currículo se destina, ao estabelecimento de objetivos e conteúdos e à sua orientação para competências a desenvolver. A fase de implementação/operacionalização respeita à definição de estratégias na construção de situações de aprendizagem e à previsão do modo de avaliar os objetivos. Na última fase, a avaliação do currículo, estão englobados a análise da avaliação da aprendizagem da fase anterior e o processo de reapreciação de todo o caminho percorrido.

Numa perspetiva processual Gimeno Sacristán (2000) considera seis níveis no processo de desenvolvimento do currículo: o prescrito, o apresentado aos professores, o moldado pelos professores, o em ação, o realizado e o avaliado. Para esta investigação destacam-se os seguintes. O currículo prescrito, o que é o sancionado e adotado pela instituição escolar, que na formação em enfermagem desenvolve-se ao nível da meso estrutura (escola, seja integrada em universidade ou em instituto politécnico ou não integrada). O currículo moldado que traduz o plano que o professor moldou a partir da proposta que lhe foi apresentada. O currículo realizado, na medida que se revela nos resultados da interação didática e reflete o vivido pelos estudantes e professores. Quando o currículo realizado não coincide com o oficial emerge o currículo oculto, que abrange os aspetos que embora não estando objetivamente previstos integraram a experiência escolar (Gimeno Sacristán, 2000; Pacheco, 2001).

Neste sentido, a presente investigação situa-se numa perspetiva de análise ao nível micro quer do currículo, quer do desenvolvimento curricular. A partir da caracterização da situação de aprendizagem<sup>5</sup> ocorrida no processo de ensino e aprendizagem da sexualidade humana, segundo estudantes e professores, ao nível dos elementos: objetivos/conteúdos de aprendizagem (fase de conceção do currículo), estratégias de ensino (fase de implementação/operacionalização do currículo) e avaliação (fase de avaliação do currículo) pretendeu-se compreender o desfazamento entre o currículo prescrito e/ou moldado pelos professores e o currículo real face à emergência dum currículo oculto.

---

<sup>5</sup> O termo *situação de aprendizagem* ou *experiência de aprendizagem* é entendido como o locus da ação curricular operacionalizada pelo ensino (Gaspar & Roldão, 2007). O termo *ato didático* corresponde ao currículo em ação através dos seus elementos substantivos: planificação, objetivos, conteúdos, atividades, recursos e avaliação (Pacheco, 2001). Os três termos e também, os termos *situação de interação* e *ato educativo* são utilizados com orientação concetual semelhante.

A Ordem dos Enfermeiros (2006) sublinha numa tomada de posição acerca da investigação em enfermagem um eixo prioritário que menciona a importância de estudos na área da formação e educação em enfermagem na formação inicial ou no contexto da aprendizagem ao longo da vida, com particular incidência na área do desenvolvimento curricular e estratégias de supervisão clínica. O que reforça a pertinência desta investigação.

Constituindo-se o desenvolvimento de competências para a prática clínica a finalidade máxima do currículo na formação em enfermagem, as competências podem entender-se como o mediador essencial entre o currículo escolar e a demanda social que o legitima (Gaspar & Roldão, 2007). Neste sentido, não se conhecendo estudos que projetem o aprendido sobre a sexualidade na prática clínica, este estudo tem também este objetivo.

Explicitados os pressupostos ao desenvolvimento desta investigação a questão de investigação norteadora foi: “Como se caracteriza o processo de ensino e aprendizagem da sexualidade ao nível do 1.º ciclo de formação em enfermagem, segundo estudantes e professores?”, da qual emergiram as seguintes subquestões:

- Quais são as perceções e atitudes dos estudantes e professores sobre a sexualidade?
- Quais são as atitudes dos estudantes e professores sobre a sexualidade na enfermagem?
- O que reconhecem os estudantes e os professores sobre a sexualidade no processo de ensino e aprendizagem?
- Como perspetivam estudantes e professores a integração do aprendido sobre a sexualidade na prática clínica?

Neste sentido o objetivo geral constituiu-se em analisar o processo de ensino e aprendizagem da sexualidade ao nível do 1º ciclo de formação em enfermagem segundo estudantes e professores. Foram ainda definidos os objetivos específicos:

- Descrever as perceções e atitudes dos estudantes e professores sobre a sexualidade;
- Identificar as atitudes dos estudantes e professores sobre a sexualidade na enfermagem;
- Caracterizar o processo de ensino e aprendizagem da sexualidade segundo os estudantes e os professores;
- Caracterizar a perspetiva de estudantes e professores para a abordagem da sexualidade na prática clínica de enfermagem.

Em termos de finalidade definiu-se:

- Contribuir para o desenvolvimento de um currículo de formação em enfermagem que reconheça a sexualidade como parte integrante do processo de cuidados e promova o desenvolvimento de competências neste âmbito.

A organização desta investigação estrutura-se em três partes:

A primeira parte denominada “Dos contributos teóricos às evidências empíricas” refere-se aos referenciais teóricos-conceituais e empíricos que sustentaram a fase empírica em linha com as perspetivas ontológica e epistemológica assumidas.

A segunda parte respeita à “Investigação empírica” e engloba três capítulos. O primeiro explicita o desenho do estudo e a abordagem metodológica seguida. São apresentados os instrumentos de recolha de dados. No seguinte apresentam-se os resultados numa ótica agregadora das componentes do estudo. Por fim, discutem-se os resultados desde uma visão compreensiva e coerente face ao objeto de estudo.

Na terceira parte designada de “Das conclusões gerais às implicações e sugestões” apresentam-se as principais considerações finais e implicações e apontam-se direções futuras para investigações que retomem esta temática.

As normas de elaboração seguem as orientações do Manual da American Psychological Association na sua 6ª edição<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Disponível em: <http://www.hse.ru/data/2013/12/06/1336424472/APA%20Manual%206th%20Edition%20%281%29.pdf>  
A redação do relatório de investigação segue o novo acordo ortográfico, salvaguardando-se que nas citações diretas respeita-se a ortografia original.

## **PARTE I**

### **DOS CONTRIBUTOS TEÓRICOS ÀS EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS**





A realidade dos cuidados de saúde de hoje é exigente, desafiante e marcada por substanciais alterações a diversos níveis. A sociedade atual exige profissionais comprometidos com a saúde. Exige-se capacidade de compreensão e (re)compreensão dos determinantes, articulação entre conhecimentos profissionais, saberes e práticas envolvidas com a saúde, desenvolvimento de formas de pensar e agir, reinventando-se modos de lidar com a realidade da saúde (Silva, Fernandes, Teixeira, & Silva, 2010). Haverá áreas em que a transposição destes pressupostos se faz sem problemas de maior, enquanto noutras a existência de problemas é ainda verificada. São exemplo, os cuidados que os enfermeiros dispensam às pessoas na área da sexualidade. A sexualidade apresenta-se nos cuidados de enfermagem como um tema tabu e ainda proibido; bem como ao nível da formação, pela abordagem inconsistente e tendencialmente de caráter biomédico (Costa & Coelho, 2013; Mendoza, 2009).

Neste sentido, desenvolve-se uma revisão de natureza concetual e crítica em áreas do conhecimento que contribuam para uma melhor compreensão dos eixos em análise, a partir de estudos de investigação, debates ou ideias relevantes na comunidade científica. Assim, estrutura-se a partir da compreensão da sexualidade, relativamente às diferentes perspetivas sob as quais pode ser discutida até à procura de um conceito que mais se aproxime da realidade da saúde. Num segundo momento, a sexualidade é olhada na perspetiva da enfermagem, em torno do modo como a prática clínica e a formação a considera e a integra.



## 1. DA SEXUALIDADE: DAS PERSPETIVAS À APROXIMAÇÃO AO CONCEITO

A sexualidade é um tema relevante dada a dimensão vasta e complexa que possui na vida das pessoas (Roper, Logan, & Tierney, 2001). Enquanto conceito possui diversas perspetivas teóricas, aceitando-se como multidisciplinar e impossível de definir numa única ótica. Como referem López & Fuertes (1999) “é muito difícil definir o que é a sexualidade já que o Homem é um ser sexuado; a sexualidade mediatiza todo o nosso ser” (p. 7). A história da sexualidade tem sido marcada por um vasto e aceso debate (Garton, 2009), particularmente após a segunda metade do século XIX quando progressivamente se tornou objeto de estudo (Bozon, 2004; Weeks, 2000<sup>7</sup>)

Como objeto de estudo tem sido tratada sob diversas vertentes. As mais marcantes centram-se no domínio biológico que lhe é intrínseco, bem como, no domínio psicossocial, relevando este uma visão da sexualidade como uma construção social e histórica produzida sobre as características biológicas. Recentemente, são várias as tentativas para ultrapassar esta dicotomia, classificada por Garton (2009) de constrangedora, que opõe a sexualidade como uma força essencial e imemorial, à sexualidade como produto de condições históricas e sociais.

Traçam-se algumas linhas gerais que fundamentam as diferentes visões sobre a sexualidade e configuram a sua complexidade quer do ponto de vista individual quer social. Elucidando, também, porque é um tema de difícil abordagem nos cuidados de saúde, na particularidade dos cuidados de enfermagem.

A perspetiva biológica assenta numa abordagem fisiológica suportada pelas estruturas cerebrais e os seus mecanismos, o ciclo hormonal e os processos anatómicos e fisiológicos que estão na base da atividade sexual (Carvalho, 2008). Enquadra-se dentro das primeiras tentativas de explicação do desenvolvimento psico-sexual, em que o sexo surge como um “instinto sexual”<sup>8</sup> que expressa as necessidades fundamentais do corpo (Carvalho, 2008; Weeks, 2000). A sexualidade parece ser uma energia que leva à atividade sexual como forma

---

<sup>7</sup> Esta referência foi publicada originalmente em: Weeks, J. (1996). The body and sexuality. In S. Hall, D. Held, D. Hubert & K. Thompson (Eds.), *Modernity. An introduction to modern societies*, pp. 363-394. Londres: Blackwell.

<sup>8</sup> O termo “instinto natural” associado ao sexo foi referido por Krafft-Ebing em finais do século XIX reforçando, ainda, que como uma força e energia absolutamente avassaladoras, exige satisfação (Weeks, 2000).

de aliviar a tensão. Segundo Weeks (2000) esta visão reflete um pensamento pós-darwiniano em que se procurava a explicação dos fenómenos humanos a partir de forças identificáveis e biológicas que remete para um determinismo biológico (Louro, 2000). Contudo, sem negar a importância do imperativo biológico que proporciona as condições prévias para a sexualidade humana, vários autores afirmam que a sexualidade precisa de ser compreendida do ponto de vista social, cultural e histórico (Louro, 2000; Lozano, 2005; Weeks, 1998). Fundamentam a sua opinião considerando que: as formas de viver os prazeres e os desejos não são dadas ou estão prontas pela natureza (Louro, 2000), uma vez que é a partir das características físicas com que se nasce que o indivíduo se vai inventando social e historicamente, definindo uma forma de viver e ser de acordo com as mesmas (Lozano, 2005) e que a sexualidade está configurada por forças sociais (Weeks, 1998). Numa visão sociológica, Bozon (2004) define-a não como um dado da natureza, mas como uma esfera específica do comportamento humano que engloba atos, relacionamentos e significados, porém, não a considera autónoma. Reconhece claramente uma visão da sexualidade com alicerces históricos e culturais que contribuem para a moldagem e modificação dos cenários da sexualidade.

Em suma, passou-se duma perspetiva essencialista a uma construída duma imutabilidade a uma mutabilidade e da natureza à influência da cultura e das forças sociais que configura à sexualidade uma dimensão histórica. Fala-se, assim atualmente da construção social da sexualidade.

Refere Weeks (1998) que a sexualidade é produzida pela sociedade de uma maneira completa, resultando de diferentes práticas sociais que dão significado às atividades humanas. Neste sentido, desde o nascimento os seres humanos iniciam um percurso de construção do seu papel sexual, muito antes de tomarem consciência da sua identidade sexual. É-lhes atribuído um sexo com base na observação da genitália, não pelas diferenças registadas, mas antes pelas formas de funcionamento social que o definem. No mesmo sentido, são-lhe atribuídos nome, roupas, brinquedos e atividades sexuadas (López & Fuertes, 1999). Ou seja, desde logo existe um sistema classificador em homem e mulher, que em todas as sociedades e culturas atribuem atividades específicas a uns e a outros, definindo uma forma de ser e de estar no mundo, num tempo e contexto determinados ao longo da vida, para cada um individualmente e para os outros (Lozano, 2005). A este processo de aprendizagem e interiorização das funções atribuídas ao homem e à mulher e que a sociedade espera e legitima chama-se papel

de género ou papel sexual, enquanto a identidade sexual é a autoclassificação como rapaz ou rapariga de que se toma consciência por volta dos dois a três anos (López & Fuertes, 1999). Em concordância com Lozano (2005) pode afirmar-se que este exercício de identificação e afirmação de ser homem ou mulher prolonga-se durante toda a vida do ser humano, nos múltiplos contactos do dia-a-dia com os outros e com todo o envolvente. O que faz crer que a sexualidade e o modo de a viver sofre variações em função das diversidades de espaço e de tempo em que os indivíduos se encontram. Como refere Louro (2000), a sexualidade “é construída, ao longo de toda a vida, de muitos modos e por todos os sujeitos” (p. 61) que se torna numa elaboração cada vez mais progressiva que se interpreta e reinterpreta ao longo de todo o curso de vida (Bozon, 2004).

Neste sentido, o indivíduo enquanto ser sexual é também um ser social que se caracteriza por uma forma pessoal e social de mover-se e ser dentro de um corpo sexuado marcada por limites diferentes criados pelas sociedades e grupos onde há a influência dum fator decisivo, o poder (Louro, 2000). A sexualidade é assim organizada e controlada (Lozano, 2005) através de mecanismos complexos e sobrepostos, por vezes contraditórios, que produzem dominação e oposições, subordinação e resistências, em que três elementos se constituem de extrema importância: a classe, o género e a raça (Weeks, 2000). Reconhecendo-se a importância destes elementos, o género merece uma análise particular nesta investigação. A análise do processo de ensino e aprendizagem da sexualidade é feita num grupo de estudantes e professores da área da enfermagem, onde predomina o género feminino. Em relação a este, pode afirmar-se que é duplamente discriminado no ponto de vista da mulher, enquanto ser individual e da mulher-enfermeira, na dimensão profissional.

Deste modo, o género é uma categoria analítica importante na medida em que existe no processo de socialização uma diferença na construção do papel sexual que forma, no imaginário, conteúdos assimétricos e hierarquizados na atribuição de características aos homens e às mulheres (Dias & Lima, 2003). Esta aprendizagem é desfavorável à mulher, dado que se consideram as condutas masculinas superiores e socialmente mais desejáveis, do que as tradicionalmente atribuídas às mulheres, facto que se repercute em todas as relações sociais (Amâncio, 1998; Crawford & Unger, 2004). Este processo de construção é classificado por Lozano (2005) como uma relação dialética de contacto e conexão mútuos e constantes entre género e sexualidade. Ou seja, a sexualidade construiu-se e constrói-se sobre a

suposição de diferenças fundamentais entre homens e mulheres, marcada pela dominação masculina (Weeks, 1998). A sexualidade masculina, ao ser o referencial da sociedade ocidental atual, mostra que a normativa continua a ser construída a partir do homem face ao género feminino, que personalizado na mulher é construído e descrito pela sua diferença em relação ao masculino (Louro, 2000; Weeks, 1998). Ainda que hoje esta diferença persista, pode falar-se contudo numa nova forma de relação entre homens e mulheres a diferentes níveis e particularmente, ao nível da sexualidade. A sexualidade não é hoje igual a reprodução, fruto das grandes transformações que marcaram a última metade do século XX. Destacam-se, as que afetaram a situação das mulheres na família e na sociedade: o uso da contraceção, o aumento da escolaridade, o ingresso no mundo do trabalho e as novas formas de conjugalidade. Mas será que este novo paradigma permite falar de/a sexualidade com a naturalidade e exigência que ela merece? Existem elementos simbólicos, nomeadamente crenças e ideologias que continuam a manter um discurso assimétrico e a contribuir para uma abordagem redutora e tendencialmente, ligada à perspetiva biológica.

Weeks (1998) defende que para além da importância das capacidades biológicas como potencial sobre o qual se constrói grande parte do ser humano e que fixam o limite das atividades sociais, existem outros bio fatores que também têm efeitos sociais. Refere-se concretamente às diferenças genéticas que podem afetar a aparência física, tais como a altura, a cor do cabelo e dos olhos, entre outras e à produção hormonal que leva à maturação sexual, à distribuição da pilosidade, ao aumento e depósito de gordura e massa muscular. Considera que se por um lado na sua essência, estas manifestações não carecem de importância já que se elaboram de acordo com códigos culturais que estabelecem a aparência física para cada género, por outro, são realmente importantes os significados sociais que são dados a estas diferenças. Esta visão remete para outra variável relevante, o corpo, no sentido de como descreve Alferes (1997) “de simples organização biológica, o corpo transforma-se, progressivamente, no referente material do próprio *conceito* ou *imagem de si*: «Eu tenho um corpo».” (p. 66), o objeto mais privado que um ser humano pode possuir. Mas o corpo é um meio e um realizador da intersubjetividade humana, pois a perceção da realidade faz-se através do corpo (Carvalho, 2008), ou antes, se é o corpo que separa inevitavelmente uns de outros, é também ele que em primeira instância os aproxima e que é dado na interação social

(Alferes, 1997). É neste eixo privado/público que o corpo é gerido enquanto objeto social, no sentido da sua construção social e objeto de troca social.

Sendo a sexualidade vivida pelo/no corpo e assumindo uma importância extrema nos cuidados de enfermagem, abordá-la nesta perspetiva é fundamental. Uma vez que cuidar do outro envolve uma relação muito próxima com o corpo, invadindo muitas vezes a distância íntima de cada um, que pode ser acompanhada de sensações e sentimentos diversos (Lima & Brêtas, 2006). Por outro lado, não é somente o modo como cada um reage a esta relação de proximidade que é importante, mas também o modo como se está atento aos significados que as características ditas “físicas” têm e à sua própria evolução individual e cultural. Segundo Louro (2000) “os corpos alteram-se devido à idade, à doença, às condições de vida; eles mudam pelas imposições sociais, pelas exigências da moda, pelas intervenções médicas, pelas transformações e possibilidades tecnológicas” (p. 91), afirmação que expressa de forma inequívoca a influência de diversos fatores, a que nem sempre no contexto da saúde se está atento e procura perceber. O exercício da sexualidade materializado pelo corpo remete não só para uma visão do corpo como instrumento, mas também para o corpo enquanto sujeito que é partilhado e gerido na relação com o outro. No sentido de que é ele que se expõe e revela nas relações interpessoais e, em função do qual os comportamentos sexuais são social e individualmente encenados (Alferes, 1997).

Mas os comportamentos sexuais são comportamentos sociais, logo são socialmente regulados (López & Fuertes, 1999). Por sua vez, as práticas sexuais, os relacionamentos e os seus significados estão enraizados no conjunto das experiências que constituem as pessoas como seres sociais, dentro da sexualidade social prevalecente nas suas sociedades (Bozon, 2004). Contudo as normas que socialmente regulam o exercício da sexualidade têm mudado nas últimas décadas, mostrando esta mudança que são cada vez mais flexíveis e evolutivas e que têm acompanhado o processo de individualização dos comportamentos.

A este propósito Louro (2008) questiona que instâncias e espaços sociais têm o poder de decidir e inscrever nos corpos as marcas e as normas a seguir. Weeks (1998) aponta cinco grandes áreas que têm tido um papel importante na organização social da sexualidade: os sistemas de família e parentesco, as mudanças económicas e sociais, as formas de regulação social formais e informais, as intervenções políticas e as culturas de resistência. Os sistemas de família e parentesco referem-se ao modo como a família na cultura ocidental é o “sítio”

onde a generalidade das pessoas adquire o sentido e a significação da sua identidade sexual, contudo não são entidades autónomas, dado que estão configuradas por relações sociais mais amplas. Neste sentido, as mudanças económicas e sociais explicam como a economia e o Estado organizam os esquemas familiares, laborais e sociais das pessoas e determinam as condições em que exercem a sua sexualidade. As formas de regulação social formais referem-se à lei e à moral pública e as informais à relação entre os parceiros e à influência do grupo de pares, por sua vez expressas por consensos morais ou sociais, nem sempre escritos, mas implícitos e assumidos que limitam o que pode ou não fazer-se. As intervenções políticas aludem ao modo como as forças políticas exercem a sua capacidade de tomar decisões, estimulando ou controlando o exercício da sexualidade. Por último, as culturas de resistência expressam a história de oposição e reação relacionada aos códigos morais, de que se destacam os movimentos sociais das minorias sexuais e o feminismo.

Nesta articulação de ideias sobre as diferentes perspetivas sobre a sexualidade, é claro que as identidades sexuais não podem ser entendidas como um simples produto de imperativos biológicos. Devem ser percebidas como construídas nas relações sociais de poder, por meio de complexas articulações e em múltiplas e diversas instâncias sociais (Louro, 2000, 2008), socialmente organizadas e modificáveis (Weeks, 1998). As identidades sexuais como homens ou mulheres, heterossexuais ou homossexuais vivem as oscilações e os confrontos da cultura, enquanto umas desfrutam de legitimidade outras são consideradas como desviantes ou alternativas (Louro, 2000), ou seja, existem consequências da diferença. É neste sentido, que as noções de norma e de diferença se tornam relevantes no mundo contemporâneo. A norma é a identidade suposta, presumida, o que a torna quase invisível, como “naturalizada”, ao passo que quando a identidade foge à regra, ela diferencia-se comparativamente à identidade modelo. Na sociedade ocidental, a identidade referência é o homem branco, heterossexual, sendo as outras identidades constituídas a partir desta referência. A identidade sexual oferece um sentimento de unidade pessoal, de localização social e até mesmo de comprometimento político, que cada um se esforça constantemente por fixar e estabilizar para dizer quem é (Weeks, 2000). A preocupação das pessoas com a sua identidade quando ela foge à heteronormatividade, caso dos homossexuais, é vista por Weeks (2000) como uma forte resistência ao princípio organizador das atitudes sexuais dominantes.



Cabe agora abordar as atitudes sexuais, no sentido de como constituem um dos elementos do quadro de referência subjacente à moralidade sexual, particularizando a sua importância na compreensão do objeto de estudo, dado que são identificadas com forte influência na abordagem da sexualidade na prática clínica de enfermagem.

Do ponto de vista conceitual, as atitudes podem ser vistas como uma avaliação permanente dirigida para um determinado objeto, como uma pessoa, instituição ou acontecimento (Schwarz & Bohner, 2001), podendo esta avaliação ser entendida como uma predisposição ou tendência de um indivíduo ou grupo social para uma determinada resposta. As atitudes podem ser organizadas numa estrutura tridimensional. Nesta estrutura a resposta pode assumir três componentes: cognitiva, afetiva e comportamental – modelo defendido por Rosenberg e Hoyland (1960, citados por Loureiro & Lima, 2009). Neste sentido, face a um objeto a resposta de um indivíduo pode expressar as suas crenças e perceções – componente cognitiva; as suas respostas emocionais – componente afetiva e as suas tendências de ação face ao mesmo – componente comportamental. Estas três componentes reforçam-se mutuamente, constituindo uma estrutura de conjunto, quanto maior for a consistência e a coesão da estrutura, mais estável será a atitude (López & Fuertes, 1999).

As atitudes são resultado de experiências e comportamentos aprendidos, vão-se formando ao longo da vida (López & Fuertes, 1999), permitindo a cada um situar-se face a outros num determinado momento do tempo (Farinha, 2006). É esta perspetiva evolutiva e de contínua formação associada a uma temporalidade que permite afirmar que em alguns momentos as três componentes podem estar em desequilíbrio. López e Fuertes (1999) afirmam que neste caso, as atitudes podem estar a passar por um processo de mudança, na procura de uma reestruturação, na qual as três componentes se voltem a alinhar. Estas ruturas são frequentes na perspetiva destes autores, no campo da sexualidade, pois esta sofre influências diversas e muitas vezes contraditórias, na lógica de que os comportamentos sexuais são comportamentos sociais como já referido. Assim, do ponto de vista social estimula-se e oferecem-se possibilidades de vários comportamentos sexuais, mas simultaneamente não se aceitam alguns deles, como seja, ainda a dificuldade de aceitar que os jovens adolescentes podem ter uma vida sexual ativa. Concomitantemente, do ponto de vista individual por exemplo, as pessoas ao acederem a comportamentos que persistem em ser considerados

como inadequados, expressam sentimentos de culpabilidade, o que mostra a constância do sistema de valores.

Numa revisão de estudos sobre atitudes sexuais, Antunes (2007) corrobora esta ideia ao concluir que as atitudes face à sexualidade são um fator decisivo para a aceitação de determinadas interações sociais e que as orientações avaliativas relativas à sexualidade influenciam a ocorrência de comportamentos sexuais. Weeks (2000) refere-se a três estratégias de regulação que constituem o quadro de referência no âmbito do debate atual sobre a moralidade sexual que são a abordagem absolutista, a abordagem libertária e a abordagem liberal. Partindo do pressuposto que é difícil separar os significados pessoais sobre a sexualidade das formas de controle que se defendem, estas abordagens podem, por analogia, serem consideradas atitudes sexuais. Ao constituírem-se num primeiro momento em crenças ou opiniões sobre a sexualidade, a que se associam sentimentos positivos ou negativos ligados ao sistema de valores, dispõem para um determinada forma de comportamento. A abordagem absolutista vê a sexualidade como algo perigoso, impondo posições morais que levam a um controlo autoritário e rígido da sexualidade. A abordagem libertária faz crer que o desejo sexual é vitalizante e libertador, permitindo a adoção de valores e práticas mais flexíveis. A abordagem liberal situar-se-á entre as duas anteriores, reconhecendo as desvantagens tanto de uma como de outra. Normalmente, os autores distinguem as atitudes do ponto de vista pessoal em relação à sexualidade em dois grandes tipos: as atitudes conservadoras e as atitudes liberais (López & Fuertes, 1999). Dum modo global, a atitude conservadora vê a sexualidade maioritariamente ligada à reprodução. Em linha com a abordagem absolutista, aqueles que a defendem têm opiniões e crenças sustentadas numa moralidade inscrita no casamento, na heterossexualidade, na vida familiar e na monogamia (Weeks, 2000). Tratam-se de opiniões contrárias a muitos temas socialmente polémicos, como a homossexualidade, o aborto, o direito à sexualidade dos idosos ou das pessoas portadoras de deficiência (López & Fuertes, 1999). Os sentimentos e os comportamentos nesta atitude conservadora são muito variáveis. Defendem uma educação sexual no mesmo sentido que veem a sexualidade, orientada para o amor, para o casamento, para a família. Por outro lado, a atitude liberal entende a sexualidade como uma dimensão da vida humana com múltiplas finalidades (prazer, reprodução, comunicação, ternura, etc.) que cada um, individualmente ou na relação com o outro pode viver como decidir. Contrariamente

à visão conservadora, a moral sexual dominante tem um peso menor, já que o sistema de referências subjacente ao julgamento costuma ser o próprio indivíduo. Há também uma tendência para aceitar os assuntos mais polémicos e defesa de estudos sobre a sexualidade e a educação sexual que ajudem a ultrapassar o desconhecimento e tornem cada um mais livre e responsável.

Esta caracterização de diferentes perspetivas sobre a sexualidade, nomeadamente a perspetiva biológica e a perspetiva social, cultural e histórica conjugadas com algumas variáveis como o género e o corpo, mostra como é difícil definir a sexualidade, dada a complexidade dos aspetos que a envolvem. Contudo, centrando-se esta investigação no domínio do processo de ensino e aprendizagem da sexualidade na formação em enfermagem, ou seja, numa área onde frequentemente a perspetiva biológica prevalece (Lima & Brêtas, 2006), torna-se importante procurar uma aproximação a um conceito que sem encerrar uma definição hermética, releve os aspetos discutidos.

A Organização Mundial de Saúde (s. d.) definiu a sexualidade como “uma energia que nos motiva para procurar o amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como nos sentimos, nos movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e, ao mesmo tempo, ser-se sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e por isso, influencia também a nossa saúde física e mental” (Frade, Marques, Alverca, & Vilar, 2010, p. 18). Para Abreu (2008) esta definição rompe com a visão instintiva e biológica da sexualidade centrada no ato sexual e acrescenta-lhe aspetos cognitivos, emocionais, relacionais e éticos. Podendo num primeiro olhar concordar-se com esta opinião, a ênfase dada à energia motivacional, permite questionar se se não estaria na altura da sua definição a partir duma valorização dum impulso, ou duma pulsão inata, ou de outra forma, a olhar-se para a sexualidade numa visão essencialista. Não sendo este impulso reconhecido como biológico num sentido restrito, ele parece ser nesta definição considerado como um atributo inerente e universal – o núcleo ou a essência da experiência e da vida sexual de todos os seres humanos (Louro, 2000). Tem sido esta a formulação na área da saúde que tem marcado o conceito de sexualidade, onde a biologia é aparentemente imutável. Deste modo, a relevância que é dada aos aspetos cognitivos, emocionais, relacionais e éticos no contexto de uma relação interpessoal, parte de uma matriz compartilhada por todos, mas deixa transparecer o seu carácter sistémico e a inter-relação que os diferentes aspetos têm entre eles.

No sentido de contribuir para o avanço da compreensão da saúde sexual das pessoas, a comissão técnica sobre saúde sexual da WHO (2006), apresentou em 2002 uma proposta de definições de saúde sexual, de sexualidade e de direitos sexuais construída quer na base de reflexão da evolução dos mesmos, quer a partir de documentos de consenso internacional. Estas definições não representando a posição oficial da WHO mostram-se importantes, essencialmente na forma como refletem e integram aspetos numa nova perspetiva sobre as questões da sexualidade. A sexualidade é definida como um aspeto central do ser humano ao longo do seu ciclo de vida e abrange múltiplas facetas como o ato sexual, as identidades e papéis de género, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. É experienciada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações, embora possa incluir todas estas dimensões nem todos as experienciam ou expressam sempre. É ainda influenciada pela interação de fatores, biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, jurídicos, históricos, religiosos e espirituais. Numa visão pessoal, esta definição contrariamente à anterior rompe com o determinismo biológico e reconhece a perspetiva social, cultural e histórica da sexualidade, assente num processo contínuo que percorre todo o ciclo de vida sob a influência de múltiplos fatores. Releva igualmente a perspetiva individual, ao assumir que nem todos têm de experienciar ou expressar todas as dimensões, o que abre a possibilidade a muitos e distintos significados da sexualidade e acentua o seu carácter construído e localizado. Por outro lado, esta definição evidencia que os aspetos ligados à sexualidade não podem ser separados uns dos outros, nem um é mais importante do que o outro aquilo a que se pode chamar a natureza interativa das dimensões sexuais (Greenberg, Bruess, & Conklin, 2011). Contudo, em determinadas etapas do ciclo de vida uma dimensão pode sobressair, sobretudo associada à natureza dos processos biopsicossociais que marcam cada uma destas etapas.

Um estudo realizado na fase preliminar desta investigação com o objetivo de identificar o universo semântico do conceito de sexualidade na representação social dos estudantes do 1.º ano do curso de licenciatura em enfermagem corrobora estes aspetos. Mostra a existência nestas representações sobre a sexualidade de um forte comprometimento psicológico que evidencia a ancoragem no processo psicossocial que marca a transição para a vida adulta. Por outro lado, esboça em termos de representação social da sexualidade um significado

tendencialmente conservador ou normativo, sobretudo no que se relaciona com o papel de género atribuído ao feminino, quando se valoriza uma vinculação afetiva na relação com o outro. Em simultâneo há também um significado mais aberto da sexualidade que se estrutura em torno do corpo, do prazer e na menor expressividade da função procriativa. Parecem assim coexistir para estes jovens estudantes duas orientações das representações, o que é plausível num momento social e histórico que aceita e legitima estas mesmas orientações, reforçando o carácter construído da sexualidade (Dias & Sim-Sim, 2015a).

Deste modo, a sexualidade entendida como expressão humana é singular na sua caracterização individual permitindo que cada um dos indivíduos lhe atribua um sentido diferente e a inscreva na sua biografia. São estas diferentes configurações baseadas em orientações íntimas que se constituem como quadros mentais que delimitam o exercício da sexualidade, definem o sentido que lhes é atribuído e indicam o papel da sexualidade na construção da identidade pessoal (Bozon, 2004).

Em síntese, a sexualidade é considerada como uma dimensão da vida que se expressa e satisfaz e não é apenas uma questão pessoal, é social e política e construída ao longo da história e da historicidade de cada um de muitos modos e por todos (Louro, 2000). A sociedade e a cultura legitimam a vivência da sexualidade, dentro de um quadro de valores que a orientam, percebendo-se uma tendência para a proteção da cada pessoa na sua dimensão individual e de todos os que são afetados pelas suas ações.

Terminadas as considerações generalistas, dirige-se a atenção para segmentos do conhecimento em enfermagem. Seguem-se as considerações sobre as orientações dominantes na abordagem da sexualidade nos contextos da saúde e particularmente, na enfermagem ao nível da prática clínica e ao nível do processo de ensino e aprendizagem teórico e clínico na formação em enfermagem.

## 2. A SEXUALIDADE NO OLHAR DA ENFERMAGEM

Em 1975, a WHO faz a sua primeira publicação onde refere pela primeira vez a relação entre sexualidade e saúde, reconhecendo a dificuldade de formular uma definição "universalmente aceite" da sexualidade. É assumido neste documento, a necessidade de formação em sexualidade humana pelos profissionais de saúde, dada a constatação à data, de carências na sua formação, e de uma necessidade pública dos cuidados ao nível da saúde sexual. Desde então a WHO reconhece a importância da saúde sexual e reprodutiva desenvolvendo programas e projetos em diversas áreas e produzindo publicações. Atinge-se assim um nível de consolidação considerável de entendimentos e orientações para os profissionais. Este trabalho tem caminhado em paralelo com as diferentes conferências internacionais realizadas<sup>9</sup> e sido apoiado por agências internacionais, governos e organizações não-governamentais.

Desde esta mesma década de 70 do século XX, a sexualidade tem sido considerada como um fenómeno de interesse para a enfermagem. Diferentes organizações profissionais identificaram e delinearão a partir desta data, diretrizes para os cuidados de enfermagem na área da sexualidade. Nos Estados Unidos da América, a American Nurses Association é pioneira na assunção deste reconhecimento a que se seguiram outras organizações em âmbitos mais específicos. Na Europa, ressalta-se o Royal College of Nursing do Reino Unido, ao considerar a sexualidade como uma área legítima da enfermagem, publicando documentos específicos para a abordagem da sexualidade. Este assumir do interesse da sexualidade pela enfermagem coincide com o terceiro espaço de análise e compreensão da evolução da enfermagem que Amendoeira (1999) denomina – dos anos 60 à atualidade<sup>10</sup>. Este período ficou marcado por um grande trabalho teórico com o objetivo de promover e desenvolver a

---

<sup>9</sup> Destacam-se pela sua importância: 1. Conferência Internacional para a População e Desenvolvimento no Cairo em 1994 (estabeleceu um novo conceito da saúde sexual e reprodutiva como um direito individual, enquadrado nos direitos humanos centrada numa visão holística centrada nas necessidades de cada indivíduo ao longo do ciclo de vida); 2. Conferência Mundial sobre as Mulheres em Pequim em 1995 (reconhecimento de que todos os seres humanos devem ter a liberdade de fazerem as suas próprias escolhas e de tomarem decisões que digam respeito à sua saúde sexual e reprodutiva, livres de coerção, discriminação e violência) e 3. Declaração do Milénio redigida em 2000 pela Organização das Nações Unidas (integra oito grandes objetivos – objetivos de desenvolvimento do milénio – que representam um compromisso da comunidade internacional para com o desenvolvimento humano a nível global, a prosseguir até 2015, e onde a saúde sexual e reprodutiva desempenha um papel essencial).

<sup>10</sup> Amendoeira (1999) identifica três espaços de análise e compreensão da evolução da enfermagem: a era pré-Nightingale, de Nightingale aos anos 60 e dos anos 60 à atualidade.

enfermagem, enquanto disciplina autónoma, simultâneo a um processo de profissionalização. O que levou à criação dum novo corpo de saberes, onde os conhecimentos provenientes das ciências sociais e humanas começaram a influenciar o pensamento sobre a forma de exercer enfermagem. A influência destes conhecimentos questionou a adoção do modelo biomédico, o qual tinha dominado os cuidados de enfermagem, e sob o qual prevalecia uma visão determinista da sexualidade, reduzida à genitalidade e à procriação. À medida que os conhecimentos mais influentes, do holismo e do humanismo, foram gradualmente influenciando os cuidados de enfermagem, observou-se uma mudança de visão onde as influências sociais, culturais e históricas foram integradas (Guthrie, 1999; Ressel, et al., 2010). Deste modo, a enfermagem parece ter acompanhado a evolução das perspetivas associadas ao conceito de sexualidade não só ao nível dos cuidados de enfermagem, mas também da investigação. Contudo observa-se hoje ainda, um enfoque biológico que avalia as condições de patologia associadas à sexualidade ou uma abordagem preventiva que a considera como um risco para a saúde (Mendoza, 2009; Ressel, et al., 2010).

De Santis e Vasquez (2010) ao defenderem que as atitudes da sociedade em relação à sexualidade têm influenciado as profissões na área da saúde incluindo a enfermagem, desenvolveram uma revisão de literatura com o objetivo de apreciar os fatores que têm influenciado a investigação nesta área disciplinar. Desta revisão resultam cinco categorias: a pandemia VIH, as questões ligadas à profissão de enfermagem, ao investigador, as questões políticas e as questões ligadas aos participantes. De modo geral estas categorias de fatores mostram como a enfermagem tem procurado fazer um caminho de investigação ao nível da sexualidade paralelo às tendências de evolução do conceito e sofrido dos mesmos problemas que as outras áreas disciplinares. Por outro lado, reforça a necessidade de que a investigação e a prática clínica incorporem a sexualidade e se interconectem verdadeiramente, reforçando que o campo da sexualidade humana é uma área em constante mudança, onde as questões emergentes e as tendências necessitam de ser exploradas e investigadas.

No sentido, de sistematizar a investigação e a discussão produzida recorreu-se a uma revisão da literatura, mobilizando-se os resultados que melhor ilustram o estudo da sexualidade, com um friso cronológico de cerca de 10 anos. Esta opção decorreu de que alguns desses resultados continuam a ser fundamentais para a compreensão do fenómeno em estudo e deixá-los de parte poderia não permitir identificar e constituir um fio condutor das tendências

e dimensões das temáticas associadas à investigação e reflexão sobre a sexualidade. Apresentam-se dois eixos orientadores: a prática clínica de enfermagem e a formação/ensino da sexualidade.

## 2.1 A PRÁTICA CLÍNICA EM ENFERMAGEM

De um modo geral, os estudos são unânimes em reconhecer a importância da abordagem da sexualidade no contexto dos cuidados de enfermagem nas diferentes realidades sociais e culturais onde foram desenvolvidos. As origens são na Europa, Reino Unido (Haboubi & Lincoln, 2003), Irlanda (Doherty, Byrne, Murphy, & McGee, 2011), Suécia (Saunamäki, Andersson, & Engström, 2010; Saunamäki & Engström, 2013), Portugal (Dias, Cruz, Santiago, Carreira, & Amendoeira, 2014) e Turquia (Akinci, 2011; Yildiz & Dereli, 2012). No continente americano são provenientes do Brasil (Costa & Coelho, 2013; Ferreira, Gozzo, Panobianco, Santos, & Almeida, 2015) e Estados Unidos da América (Julien, Thom, & Kline, 2010; Magnan & Reynolds, 2006; Magnan, Reynolds, & Galvin, 2005; Reynolds & Magnan, 2005). Dois outros estudos são produzidos na Coreia do Sul (Kim, Jung, & Park, 2012) e Austrália (Quinn, Happell, & Welch, 2012). Este reconhecimento fundamenta-se na assunção de que a sexualidade faz parte integral dos cuidados de enfermagem holísticos (Haboubi & Lincoln, 2003), não podendo separar-se da saúde, pois é imprescindível para a manutenção do bem-estar e autoestima da pessoa (Ferreira, Gozzo, Panobianco, Santos, & Almeida, 2015). Igualmente identificam que os enfermeiros têm um papel crucial na avaliação da sexualidade e de tudo o que se lhe relaciona (Quinn, Happell, & Welch, 2012), onde se incluem os problemas sexuais (Yildiz & Dereli, 2012). Associam ainda como relevante, a responsabilidade profissional que os enfermeiros têm na avaliação da sexualidade (Akinci, 2011; Saunamäki, Andersson, & Engström, 2010).

Magnan, Reynolds e Galvin (2005) identificaram duas linhas de investigação, à volta das quais a investigação tem decorrido e que se situam em descrever as atitudes dos enfermeiros sobre comportamentos sexuais específicos e em identificar e descrever predisposições mais gerais, tais como a confiança e o conforto, que podem afetar a abertura do enfermeiro para lidar com a sexualidade. Para além destes aspetos é importante ainda, explorar o nível de conhecimentos que os enfermeiros percecionam em si e que estratégias ou modelos



orientadores os enfermeiros têm trabalhado, no sentido de promoverem a integração da sexualidade na prática clínica de enfermagem.

Na avaliação das atitudes os estudos sugerem que poderá estar a assistir-se a uma tendência de mudança de uma perspetiva mais tradicionalista para uma mais aberta, evidenciada por posicionamentos mais favoráveis relativamente aos scores obtidos (Dias, Cruz, Santiago, Carreira, & Amendoeira, 2014; Julien, Thom, & Kline, 2010; Magnan, Reynolds, & Galvin, 2005; Saunamäki, Andersson, & Engström, 2010). Exceto num estudo coreano é referenciado um perfil atitudinal mais conservador comparativamente aos profissionais europeus e americanos (Kim, Jung, & Park, 2012). Em alguns estudos, os enfermeiros identificam como insuficiente o seu conhecimento sobre sexualidade (Doherty, Byrne, Murphy, & McGee, 2011; Özdemir & Akdemir, 2008).

Os enfermeiros reconhecem que a abordagem da sexualidade faz parte do seu papel profissional, mas muitos estudos comprovam que não a integram habitualmente, na sua prática clínica. Têm-se identificado diversas barreiras para este facto, de que se salientam: a sexualidade não é considerada como uma prioridade nos cuidados de enfermagem (Quinn, Happell, & Welch, 2012), por não ser um problema imediato para o doente e abordá-la pode aumentar a sua ansiedade (Guthrie, 1999; Haboubi & Lincoln, 2003). Conjuntamente, os enfermeiros não concordam que os doentes esperem que eles abordem aspetos sexuais (Julien, Thom, & Kline, 2010; Magnan & Reynolds, 2006; Magnan, Reynolds, & Galvin, 2005; Saunamäki & Engström, 2013), no entanto os doentes mostram uma perspetiva contrária, ao desejarem e considerarem como necessária a discussão da sexualidade (Southard & Keller, 2007).

Vários estudos debruçam-se sobre a diferença de atitudes em função do contexto de exercício, donde se pressupõe imediatamente, pessoas em diferentes momentos do ciclo de vida e em diversas situações de saúde/doença. Magnan e Reynolds (2006) num estudo com um desenho descritivo correlacional com 302 enfermeiros com recurso ao Sexuality Attitudes Beliefs Survey (SABS), em cinco áreas de especialização, concluem que as barreiras para discutir a sexualidade são significativamente mais baixas nos enfermeiros da área da obstetrícia/ginecologia comparativamente aos enfermeiros dos contextos médicos e cirúrgicos. Resultados que supõem fundamentar-se na utilização de uma linguagem associada à função reprodutiva e às disfunções, característica destes contextos. Contudo, Katz (2003)

numa revisão de literatura sobre o papel da enfermagem na discussão da sexualidade pós-histerectomia aponta para a falta de abordagem da temática com a mulher histerectomizada e para a necessidade de os enfermeiros olharem para a sua prática e ouvirem as mulheres. Por outro lado, o estudo de Akinci (2011), de natureza descritiva e com recurso a um inquérito por questionário, mostra que os enfermeiros de serviços cirúrgicos não discutiram questões sexuais com os doentes, contrariamente aos dos serviços de medicina, alegando que para os primeiros a sexualidade não é uma prioridade do doente. Estes resultados vêm ao encontro aos de Magnan, Reynolds e Galvin (2005), que observaram que os enfermeiros dos contextos cirúrgicos têm mais barreiras à integração da sexualidade comparativamente aos que exercem em contextos médicos ou de oncologia. Constituem-se, também como barreiras decorrentes do contexto de exercício, aspetos ligados à gestão de cuidados, como a falta de tempo (Akinci, 2011; Magnan, Reynolds, & Galvin, 2005; Saunamäki & Engström, 2013; Woodhouse & Baldwin, 2008) e de natureza física, onde enquadra a falta de espaços privados para estar com a pessoa (Saunamäki & Engström, 2013).

Tendo em conta a situação de saúde/doença da pessoa, Carrillo-González, Sánchez-Herrera e Chaparro-Díaz (2013) numa revisão sistemática de literatura sobre a sexualidade e a doença crónica, com um friso entre 1975-2012, concluem que é escassa e limitada a produção científica a este nível, mas que é preciso o reconhecimento dos profissionais sobre a importância deste fenómeno para consolidar modelos de cuidados e propostas de intervenção integrais. Todavia alguns enfermeiros conscientes dos efeitos colaterais das doenças e do seu tratamento em relação à sexualidade consideram importante discutir o assunto com os doentes (Saunamäki & Engström, 2013). Um estudo merece destaque, dado que permite cruzar o contexto onde ocorre – serviço de ginecologia/oncologia – e os efeitos dos tratamentos oncológicos (Ferreira, Gozzo, Panobianco, Santos, & Almeida, 2015). Trata-se de uma investigação qualitativa desenvolvida com enfermeiras que justificam a ausência da abordagem da sexualidade, considerando que as mulheres em tratamento oncológico não se dispõem a discutir a sexualidade, porque há de certa forma em ambiente hospitalar a reprodução das normas socioculturais da identidade feminina. Estes aspetos remetem para outra variável de extrema importância no estudo da sexualidade o género. Contudo, sendo o género uma categoria analítica de relevo, a sua implicação nos estudos de enfermagem é

escassa (Rocha, Costa, Siqueira, & Gomes, 2014), recorrendo-se apenas ao sexo como variável, e não havendo utilização de medidas de papéis sexuais, o que limita a análise.

Quanto à idade dos enfermeiros, no estudo de Saunamäki, Andersson e Engström (2010) os enfermeiros mais velhos sentiram mais à-vontade para lidar com a sexualidade, resultado em concordância com o estudo de Julien, Thom e Kline (2010). Pelo contrário, no estudo de Dias, Cruz, Santiago, Carreira e Amendoeira (2014) este maior à-vontade dos enfermeiros mais velhos está dependente da abordagem da sexualidade acontecer somente a partir da iniciativa do doente, dado que observou-se uma associação moderada e significativa entre a crença de que a abordagem da sexualidade deve acontecer somente a partir da iniciativa da pessoa cuidada e a idade.

Quanto ao conforto e confiança que os enfermeiros sentem na abordagem da sexualidade emergem dos estudos diferentes resultados, a que se associa a falta de competências para iniciar uma conversa sobre um assunto íntimo e privado como a sexualidade (Higgins, Barker, & Begley, 2006). Sendo a sexualidade um constructo sociocultural, singular na individualidade de cada pessoa, na situação dos cuidados de enfermagem, enfermeiro e pessoa confrontam-se com este facto, muitas vezes inconscientemente. É por isso, natural que só de falar sobre a sexualidade possa instalar-se um simples desconforto (Shell, 2007). As investigações têm sido consistentes em documentar a associação entre o conforto e a confiança como uma das barreiras para aceitar que a pessoa doente quer e necessita que os assuntos sexuais sejam abordados. Cerca de dois terços dos enfermeiros não sentiu confiança nas suas habilidades para avaliar as questões sexuais num estudo sueco com 88 enfermeiros, onde 95,5% eram mulheres, mas contrariamente ao esperado expressaram conforto para falar de sexualidade (Saunamäki, Andersson, & Engström, 2010). Este resultado é interessante, na medida que aponta para a uma abertura para a abordagem da sexualidade, mas onde as competências/capacidades pessoais não são reconhecidas. Num outro estudo conduzido pelos mesmos autores em 2013 (estudo descritivo de natureza qualitativa), também a falta de treino/capacidades continuou a ser mencionada como uma barreira, a que se juntou a falta de apoio da gestão de enfermagem (Saunamäki & Engström, 2013). Surge, também, como relevante o desconforto como forma de embaraço, no sentido que os enfermeiros temiam que os doentes poderiam melindrar-se quando o assunto era abordado, sendo a sexualidade vista como um tema tabu. Estes enfermeiros dissociaram mesmo a sua responsabilidade na

abordagem da sexualidade, remetendo-a para o médico. Estes resultados vêm na sequência de estudos anteriores, onde o embaraço pessoal foi uma das barreiras identificadas, reconhecendo-se o treino de competências pessoais como fundamental para melhorar o conforto na discussão das questões sexuais (Haboubi & Lincoln, 2003). Também na percepção do conforto, a idade e experiência dos enfermeiros revela-se importante, pois no estudo de Julien, Thom e Kline (2010) os enfermeiros mais jovens e com menos experiência sentem mais desconforto na abordagem da sexualidade. O estudo de Doherty, Byrne, Murphy e McGee (2011) associa a falta de confiança nas habilidades para discutir temas sexuais a um baixo nível de conforto dos enfermeiros que trabalham na área da reabilitação cardíaca.

Do mesmo modo, outros estudos são claros na identificação do desconforto como barreira à abordagem da sexualidade. A investigação de Magnan, Reynolds e Galvin (2005) mostra que cerca de 50% dos enfermeiros envolvidos manifestaram desconforto na discussão da sexualidade. Percentagens mais elevadas de desconforto são observadas num estudo realizado na Turquia, 78,1% dos participantes (92,9% foram mulheres) referem sentir-se desconfortáveis no desenvolvimento de atividades relacionadas com a sexualidade (Akinci, 2011). Constata-se ainda que em todos os itens em avaliação associados ao desconforto em situações diversas, como por exemplo examinar os órgãos sexuais masculinos ou abordar as disfunções sexuais, as percentagens foram superiores a 57,5% em todos. Estes resultados expressam a importância da variável género e relevam a dimensão sociocultural da sexualidade. Igualmente no estudo de Costa e Coelho (2013) a relação entre o sexo do cuidador e da pessoa cuidada surge relacionada, dado que as enfermeiras (participaram apenas mulheres) expressaram constrangimento nos cuidados ao doente do sexo masculino particularmente, os ligados a um contacto direto com a intimidade.

A literatura científica evidencia o reconhecimento pelos enfermeiros da importância e necessidade de trabalhar as questões associadas à sexualidade na prática clínica de enfermagem. No entanto não se observam práticas consentâneas com esta evidência, por razões diversas. Importa ver como têm sido discutidas as estratégias a adotar que sejam promotoras desta inclusão. Higgins, Barker e Begley (2006), num artigo teórico onde apresentam algumas linhas orientadoras para a integração da sexualidade na prática clínica de enfermagem, referem a necessidade de legitimar a sexualidade como um aspeto do cuidar. Referem que para isso, os enfermeiros necessitam de legitimar a sexualidade para eles

próprios, refletindo nas suas próprias atitudes e em como elas podem afetar os cuidados que prestam. E também que devem reconhecer os doentes como seres sexuais com necessidades e desejos e que para ambos é apropriado e desejado que iniciem a discussão sobre a sexualidade. Evans (2013) sugere a este nível que os profissionais de saúde adotem o modelo ABC do Royal College of Nursing (2001)<sup>11</sup>. Este modelo permite não só melhorar o desenvolvimento profissional mas também o desenvolvimento pessoal, incentivando os profissionais de saúde a identificar as atitudes e crenças que dificultam uma prestação de cuidados eficaz. Reforçam que esta necessidade decorre não só duma prática profissional que não promove esta reflexão, mas igualmente duma preparação inadequada na formação inicial.

Neste sentido, na definição de estratégias promotoras da inclusão da sexualidade, a necessidade de investir na formação é transversal à maioria dos estudos, identificando-se duas orientações. A primeira aponta para que a formação inicial ao nível das escolas privilegie a inserção curricular da sexualidade, no sentido que desenvolva competências para a prática clínica (Julien, Thom, & Kline, 2010; Kim, Jung, & Park, 2012; Magnan, Reynolds, & Galvin, 2005; Quinn, Happell, & Welch, 2012; Reynolds & Magnan, 2005; Saunamäki, Andersson, & Engström, 2010; Westwood & Mullan, 2006). A segunda orientação centra-se na educação ao longo da vida, ou seja, que ao nível das organizações e dos diferentes contextos a sexualidade possa ser integrada num plano de formação contínua, onde possam ser trabalhadas diretrizes (Akinci, 2011; Saunamäki & Engström, 2013; Shell, 2007) e modelos de intervenção. Ao nível dos modelos são descritos: o PLISSIT<sup>12</sup> (Annon, 1976) e também a versão Ex-PLISSIT (Taylor & Davis, 2006; 2007) e o BETTER<sup>13</sup> (Mick, 2007). Estes modelos são considerados como ferramentas que podem ajudar os enfermeiros a ganhar confiança nas suas capacidades para responder de forma eficaz e confortavelmente às necessidades da pessoa em matéria de sexualidade (Kaplan & Pacelli, 2011).

---

<sup>11</sup> O acrónimo ABC resulta de Atitudes (A), Beliefs (B) e Clinical practice (C) e integra-se num modelo de abordagem proposto pelo Royal College of Nursing do Reino Unido em 2001.

<sup>12</sup> O acrónimo PLISSIT resulta de P (Permission-Giving); LI (Limited Information); SS (Specific Suggestions) e IT (Intensive Therapy). O Ex significa uma extensão do modelo PLISSIT.

<sup>13</sup> O acrónimo BETTER resulta de B (bringing up the topic); E (explaining to the patient that he/she is free to discuss sexual concerns); T (telling the patient about the resources for further information); T (timing, the patient can ask for advice at any time); E (education, about the sexual side effects of the patient's treatment regimen) e R (record the assessment and the information that is given patient's record).

Em síntese, os estudos sobre a prática clínica de enfermagem no âmbito da sexualidade mostram a existência de barreiras para a sua integração na prática e também, que não se encontrou uma forma consistente de incorporar estratégias formativas que seja promotoras de competências para cuidar no âmbito da sexualidade.

Neste sentido, discutem-se de seguida as evidências que emergem sobre a formação no âmbito da sexualidade desenvolvida durante o percurso inicial de formação em enfermagem, procurando uma adequada contextualização do objeto de estudo: o processo de ensino e aprendizagem da sexualidade humana na formação inicial em enfermagem.

## 2.2 A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

A investigação na formação em enfermagem evidencia a importância de incluir a temática sexualidade na abordagem curricular. À semelhança da prática clínica de enfermagem, os estudos em análise na formação em enfermagem são oriundos de diversas realidades sociais e culturais. Na Europa provêm da Grécia (Papaharitou, et al., 2008), Reino Unido (Astbury-Ward, 2011) e Turquia (Akinci, Yildiz, & Zengin, 2011; Ayhan, Iyigun, Tastan, & Coskun, 2010). Na América são oriundos do Brasil (Alencar, Ciosak, & Bueno, 2010; Berlezi & Van der Sand, 2008; Santos, Ribeiro, & Campos, 2007; Pereira, 2007; Ressel, et al., 2010; Sehnem, Pedro, Budó, Silva, & Ressel, 2014; Sehnem, Ressel, Pedro, Budó, & Silva, 2013) e dos Estados Unidos da América (Magnan & Norris, 2008; Sirota, 2013). Da Ásia são da China (Kong, Wu, & Loke, 2009), da Coreia do Sul (Chang, 2014), de Taiwan (Chu & Wang, 2012; Huang, Tsai, Tseng, Li, & Lee, 2013; Sung & Lin, 2013; Tsai, Huang, Liao, Tseng, & Lai, 2013) e da Índia (Washington & Pereira, 2012). Um estudo é originário da Nova Zelândia (Crossan & Mathew, 2013). A importância da inclusão da sexualidade na formação é também reconhecida pelos estudantes como fundamental. No estudo de Akinci, Yildiz e Zengin (2011) 97,5 % dos estudantes concordam com esta inclusão, enquanto no estudo de Astbury-Ward (2011) desenvolvido em escolas de enfermagem do Reino Unido, das 41 escolas inquiridas, 83% (34) manifestaram-se concordantes. Contudo, a sexualidade é ainda um tema frequentemente ausente da formação, considerado como um tabu (Berlezi & Van der Sand, 2008) e quando trabalhado, com uma abordagem inconsistente (Astbury-Ward, 2011).

Washington e Pereira (2012) apontam várias razões pelas quais a sexualidade e as questões de género necessitam de ser discutidas nos currículos de enfermagem, que numa visão pessoal sintetizam adequadamente muitos dos aspetos referenciados na literatura. Em primeiro lugar são ainda temas tabu, interpretados como problemas e numa perspetiva negativa. Em segundo lugar, porque os estudantes estão a viver em termos de etapa de vida, a transição da adolescência tardia para a jovem adultícia, dos quais se espera desde os primeiros contactos com a pessoa a realização de determinados procedimentos, muitas vezes logo no 1º ano do curso. Estes factos podem colocar o estudante em situações de vulnerabilidade, para as quais não tem desenvolvidas habilidades e atitudes para as enfrentar. Por outro lado a comunicação sobre as questões sexuais requer um certo grau de maturidade e conhecimento que o estudante ainda não possui. Uma outra razão centra-se no facto de muitos estudantes viverem pela primeira vez fora de casa, muitos em residências, estando mais vulneráveis a problemas psicológicos, pois deixam de ter a proteção do ambiente familiar e são expostos a ambientes profissionais muitas vezes sem acompanhamento. A quinta razão advém dos estudos que mostram como pré-requisito para desenvolver ensino e aconselhamento na área da sexualidade: o conhecimento, as habilidades e o conforto para discutir e trabalhar essa área. Por último, os estudantes percebem desde o início que são confrontados com questões sobre a sexualidade, às quais não sabem responder ou em relação às quais não se sentem confortáveis.

Outros autores também se referem à importância da sexualidade na formação, afirmando que a universidade, entenda-se o ensino superior, não se pode omitir ou marginalizar da discussão da sexualidade (Brêtas, Ohara, & Querino, 2008). Isto se tem o compromisso com uma formação que assenta numa visão holística do ser humano, devendo para isso, ter a preocupação de formar os jovens estudantes na sua dimensão individual e enquanto futuros profissionais. Por outro lado, a ausência desta abordagem pode contribuir na prática clínica de enfermagem para a assexualização dos cuidados, a impessoalidade nas relações, a ausência de diálogo, a contenção de emoções ou a presença de constrangimentos (Sehnem, Ressel, Pedro, Budó, & Silva, 2013). Estas diferentes justificações mostram como a sexualidade é um tema de relevante importância, não apenas na vida de cada pessoa, mas na área dos cuidados de saúde particularmente, no que se relaciona com os cuidados de enfermagem que urge ser analisada e compreendida. De facto, ao ser considerado ainda um tema tabu é, de certa

maneira, pouco estudado, pelo que esta investigação pode vir a dar um contributo numa realidade desconhecida em Portugal e contribuir para a definição de algumas orientações sobre o desenvolvimento do processo de ensino e aprendizagem.

Os estudos na área da formação têm seguido duas grandes orientações: a avaliação dos conhecimentos, atitudes e conforto acerca da sexualidade e a caracterização da abordagem curricular desenvolvida. Poucos são os estudos que projetam a abordagem da sexualidade em relação à prática clínica de enfermagem. São também escassos os que discutem a perspetiva do docente em relação à temática da sexualidade pois centram-se, maioritariamente na perspetiva do estudante. Neste sentido, esta investigação vem integrar estes aspetos, já que caracteriza o processo de ensino e aprendizagem da sexualidade na perspetiva de estudantes e professores, bem como projeta a sua perspetiva em relação ao desenvolvimento da prática clínica.

A avaliação dos conhecimentos dos estudantes de enfermagem tem sido feita em vertentes distintas. A que se liga com os conhecimentos sobre o tema sexualidade (Santos, Ribeiro, Campos, & Mattos, 2007), alguns associados à sua própria vivência, nomeadamente conhecimentos de práticas de sexo seguro (Kong, Wu, & Loke, 2009) e uma outra referente aos conhecimentos relacionados com situações específicas ou etapas da vida (Chu & Wang, 2012). Na primeira vertente observa-se nos dois estudos referenciados, um nível regular ou satisfatório de conhecimentos, traduzido quer pela atribuição de conceitos corretos aos termos correspondentes, quer pelas respostas corretas sobre práticas de sexo seguro. No entanto quando a complexidade das questões aumenta, existem dificuldades em dar respostas adequadas, o que mostra a necessidade de se investir também na formação individual do estudante. Estas duas vertentes são importantes na medida em que defende-se hoje que, quanto melhor as pessoas encararem, viverem e se sentirem confortáveis com a sua sexualidade, melhor estarão preparadas para agir em situações relacionadas com a sexualidade, nomeadamente em contexto profissional (Berlezi & Van der Sand, 2008; Washington & Pereira, 2012). Brêtas, Ohara e Querino (2008) categorizam este aspeto como “cuidar de si para cuidar do outro” (p. 573). A este nível há a evidência de que um programa formativo pode aumentar significativamente o conhecimento na área dos cuidados de saúde sexual, levando a mudança de atitudes e a uma maior confiança na discussão de assuntos sexuais com os doentes (Sung & Lin, 2013). Contudo emerge da investigação uma outra visão,



a de que as atitudes pessoais conservadoras por parte dos estudantes não dificultam a aceitação das responsabilidades profissionais na abordagem da sexualidade (Magnan & Norris, 2008), o que comprova a importância que atribuem à abordagem das questões sexuais. Por outro lado, parece estar presente uma dissociação do que “eu sou individualmente” e do que “eu sou do ponto de vista profissional” que é favorável à integração da sexualidade nos cuidados de enfermagem.

A compreensão das atitudes é, pois, essencial para se poderem melhorar e direcionar as práticas formativas dos estudantes. No estudo das atitudes face à sexualidade observam-se resultados que se referem às atitudes globais e outros que ilustram as atitudes dos estudantes na vivência da sexualidade na prática clínica; ou seja, alguns estudam as atitudes enquanto predisposições gerais, enquanto, noutros há a procura de compreendê-las na situação de cuidados.

De um modo geral, as atitudes dos estudantes sobre a sexualidade são semelhantes às dos enfermeiros, mostrando-se hesitantes em assumir um papel ativo na prática (Kong, Wu, & Loke, 2009; Tsai, Huang, Liao, Tseng, & Lai, 2013). Emerge que quando confrontados com questões sexuais na prática clínica, os estudantes reagem com silêncio e mudança de foco de atenção, sendo que muitas vezes o procedimento técnico é utilizado como uma estratégia para neutralizar a sexualidade (Sehnm, Ressel, Pedro, Budó, & Silva, 2013). Estes comportamentos evidenciam atitudes menos favoráveis à integração da sexualidade nos cuidados de enfermagem, que denotam uma postura de neutralização e banalização que encontram a sua justificação na associação às rotinas dos serviços, ao comodismo profissional e até mesmo à passividade do doente (Sehnm, Ressel, Pedro, Budó, & Silva, 2013). São, deste modo, visíveis tabus e preconceitos na abordagem da sexualidade que são necessários romper. Quando comparados com estudantes de outras áreas, os estudantes de enfermagem e de *midwifery* ao nível das atitudes revelam-se mais conservadores que os estudantes de psicologia, ciências farmacêuticas e medicina que expressaram atitudes neutras (Papaharitou, et al., 2008). Igualmente, parecem ser mais relutantes para cuidarem de pessoas com VIH positivo ou de orientação homossexual (Dattilo & Brewer, 2005; Sehnm, Pedro, Budó, Silva, & Ressel, 2014), mas, mostrando-se com atitudes mais positivas a cuidar de pessoas idosas (Chu & Wang, 2012). No estudo de Papaharitou, et al. (2008) os estudantes do sexo masculino são mais permissivos que as estudantes do sexo feminino, o que também se observou no

estudo de Huang, Tsai, Tseng, Li e Lee (2013), mas onde as atitudes mais positivas sobre os cuidados sexuais estiveram associadas ao aumento da idade para os homens.

Ainda ao nível das atitudes, a religião tem sido incluída em algumas investigações. Os resultados mostram que os estudantes com uma baixa religiosidade, traduzida numa prática religiosa moderada ou na sua ausência, tendem a ser mais liberais nas suas atitudes (Papaharitou, et al., 2008), enquanto são observadas atitudes mais conservadoras em estudantes que professam o budismo e o catolicismo (Chang, 2014). Noutro estudo onde a religião foi considerada como variável independente não se observaram diferenças significativas em função da religião (Huang, Tsai, Tseng, Li, & Lee, 2013).

O conforto tem sido outra variável estudada. É reconhecido que o nível de conforto influencia a maneira como o estudante se sente perante as diferentes situações de cuidados, sendo gerador de constrangimentos diversos. Emergem da literatura dois aspetos que são fundamentais para compreender o conforto do estudante na prática clínica da sexualidade. A prestação de cuidados no âmbito da sexualidade acontece ao nível do que se pode denominar de cuidados íntimos, ou seja, ocorre num contexto físico, psicológico e espiritual de grande proximidade (Crossan & Mathew, 2013), envolvendo frequentemente a realização de técnicas que interferem na intimidade e privacidade de cada pessoa. Por outro lado, para alguns estudantes o contacto com o corpo nu da outra pessoa é experienciado pela primeira vez no decurso destes procedimentos técnicos e é gerador de sentimentos de ansiedade, insegurança e até medo (Sehnem, Ressel, Pedro, Budó, & Silva, 2013). Estes aspetos encontram suporte nas razões que Washington e Pereira (2012) elencaram, nomeadamente a fase da vida em que se encontram estes jovens e alguma imaturidade podem ser geradoras de níveis de desconforto significativos.

Deste modo os estudantes referem desconforto e embaraço quando são confrontados com assuntos sexuais na prática (Santos, Ribeiro, & Campos, 2007), quando, por exemplo, os doentes colocam questões sobre a sexualidade ou prestam cuidados relacionados com os genitais. Akinci, Yildiz e Zengin (2011), num estudo com 161 estudantes turcos do 3º e 4º anos do curso de enfermagem sobre o nível de conforto em doentes com patologias crónicas de foro médico, identificaram que menos de metade está confortável a responder a questões sexuais, com valores a oscilar entre 39,8% para as pessoas com esclerose múltipla e 47,8%

para as pessoas com diabetes. Salienta-se ainda que somente 36% diz sentir-se ligeiramente confortável a cuidar de pessoas com colostomia. Um nível de conforto semelhante é observado no estudo de Kong, Wu e Loke (2009), em que 53,7% dos estudantes do 2º e último anos de curso referem sentir-se confortáveis na discussão de assuntos sexuais. No estudo de Magnan e Norris (2008) a percentagem de estudantes que diz estar confortável é substancialmente mais baixa, 36%. Crossan e Mathew (2013) avaliaram ainda o conforto nos cuidados íntimos em função do sexo e idade do cuidador e da pessoa cuidada. A maioria dos estudantes do 2º ano, 92%, e do 3º ano, 87%, considerou que era apropriado um enfermeiro prestar cuidados a uma pessoa do sexo oposto, mas expressaram preocupação, traduzida em embaraço, na prestação de cuidados a uma pessoa do sexo oposto e da mesma idade. Quando a pessoa era mais velha e independentemente do sexo, o embaraço era menos significativo, o que pode fazer pensar numa negação da sexualidade em pessoas mais velhas, podendo ser olhadas como seres assexuais. Contrariamente, foi observado no estudo de Dattilo e Brewer (2005) maior desconforto dos estudantes ao cuidarem de homens ou de pessoas mais velhas. Também, Sehnem, Ressel, Pedro, Budó e Silva (2013) identificam no seu estudo o constrangimento associado ao sexo, nomeadamente, quando é do sexo oposto ao cuidador. Estas evidências remetem para a questão de género e especificamente como a construção sociocultural dos papéis de género em sociedades diferentes, no caso na Nova Zelândia, no Brasil e nos Estados Unidos da América, reflete o controlo e interdição com que a sexualidade é abordada na perspetiva do ser homem e do ser mulher. Ainda que a profissão de enfermagem seja maioritariamente feminina na realidade mundial, persistem os estereótipos de género desfavoráveis ao modo como a mulher é considerada no exercício da profissão de enfermagem.

Analisando agora as barreiras que são identificadas na abordagem da sexualidade pelos estudantes, constata-se que são globalmente semelhantes às que os enfermeiros identificam. O não ter tempo para discutir assuntos sexuais com os doentes, a crença de que os doentes não esperam que a sexualidade seja discutida e o não sentir-se confortável são as barreiras mais salientes no estudo Magnan e Norris (2008). Resultados similares foram encontrados no estudo de Akinci, Yildiz e Zengin (2011) ao identificarem que as barreiras para os estudantes do 3º e 4º anos foram: sentir-se desconfortável para fornecer cuidados sexuais, não ter tempo para discutir problemas de natureza sexual, não confiar nas suas habilidades para avaliar

problemas sexuais, a crença de que a sexualidade é um tema demasiado privado para ser discutido com os doentes e os doentes não esperam que as suas preocupações sexuais sejam discutidas pelos enfermeiros. Também Chang (2014) encontrou resultados concordantes com estes estudos com recurso ao mesmo instrumento de colheita de dados, o Sexuality Attitudes and Beliefs Survey (Reynolds & Magnan, 2005).

Ainda no âmbito do conforto experienciado, os estudantes quando necessário, têm maior facilidade em abordar os aspetos da sexualidade que se relacionam com o período pré ou pós-natal, do que na pessoa pós-enfarte agudo do miocárdio ou pós-mastectomia (Dattilo & Brewer, 2005). Reconhecem que o enfarte agudo do miocárdio ou a mastectomia afetam a autoimagem e a capacidade de as pessoas se relacionarem intimamente com outras, mas não iniciam qualquer conversa sobre estas questões.

Em suma, os estudos mostram ao nível dos conhecimentos, atitudes e conforto dos estudantes na abordagem da sexualidade diferentes perspetivas, onde algumas variáveis como o sexo do cuidador e da pessoa cuidada, a idade, a religião exercem influência, para além da situação de saúde/doença que a pessoa cuidada está a vivenciar. Associam-se ainda barreiras que se centram em crenças e mostram a sexualidade como um assunto demasiado privado para ser abordado ou de pouco interesse para a pessoa.

Dando continuidade à linha orientadora desta revisão de literatura, caracteriza-se seguidamente a abordagem curricular da sexualidade.

#### A abordagem curricular da sexualidade

Ao nível da formação em enfermagem, o conceito de sexualidade tem sido caracterizado no sentido de que a sua identificação poderá desde logo, indiciar a visão predominante ao nível do processo de ensino e aprendizagem. Tem-se explorado o conceito, quer numa dimensão individual, seja para o estudante ou o professor (Pereira, 2007; Ressel, et al., 2010), quer numa dimensão grupal, para estudantes e estudantes e professores (Berlezi & Van der Sand, 2008; Ressel, et al., 2010). Na dimensão individual, o conceito de sexualidade para os professores assumiu uma visão biológica, como fazendo parte da natureza humana, que equaciona a sexualidade tendencialmente restrita ao ato sexual (Pereira, 2007). Enquanto para os estudantes, neste estudo, a visão foi biopsicossocial, não se restringindo apenas ao sexo ou à

genitalidade, perspectiva que a autora considera mais próxima da construção social. Ainda para os estudantes, no estudo de Ressel, et al. (2010), a sexualidade emergiu “como um elemento de mediação para os relacionamentos interpessoais e como expressão humana de um corpo sexuado” (p. 190), perspectiva que os autores consideram assentar numa dimensão normativa e de mediação sociocultural, ou seja, é a partir do corpo sexuado que se materializa a participação social nas relações interpessoais. Ressaltam também a evidência da sua universalidade a todos os seres humanos, caracterizada pela sua singularidade. O estudo do seu significado grupal, veio confirmar esta perspectiva individual; mas onde o aspeto biológico foi mais evidente, associado às diferentes etapas de desenvolvimento do ser humano e a influência sociocultural foi destacada, nomeadamente associada à perspectiva de género. Também, Berlezi e Van der Sand (2008) descreveram a conceção de sexualidade para professores e estudantes, concluindo que ela é entendida como algo construído ao longo do ciclo de vida, que possui além da dimensão biológica, uma dimensão relacional determinada pelo contexto sociocultural. Reconhecem a existência de um movimento dialético na construção da sexualidade, onde a pessoa é influenciada pelo meio sociocultural e, simultaneamente, influencia o mesmo e que a mesma se exprime de inúmeras formas, entre as quais o ato sexual. Estas diferentes perspectivas do conceito expressam, de modo geral, as orientações dominantes sobre as quais ele tem evoluído e trabalhadas no capítulo anterior. Por outro lado, ilustram a importância de a enfermagem se debruçar sobre o seu estudo, nomeadamente como é que estas perspectivas influenciam o processo de ensino e aprendizagem, pois “ estudar a sexualidade requer estar sempre aberto a novas percepções, a novas concepções, a noções outras que se produzem em cada estudo, em cada conversa, em cada momento reflexivo. Isso tudo porque ela – a sexualidade – não é, ela simplesmente está” (Berlezi & Van der Sand, 2008, p. 53).

A inclusão da temática sexualidade como parte do currículo na formação em enfermagem é inconsistente (Astbury-Ward, 2011), no entanto importa descrever os elementos caracterizadores possíveis a partir dos resultados dos estudos desenvolvidos organizados em: identificação da(s) unidades curricular(es), o que é abordado, como é abordado e o que sugerem para melhorar a abordagem.

Relativamente, à identificação de unidades curriculares (UC), não foram identificadas em nenhum estudo UC especificamente destinadas à abordagem da sexualidade. Observa-se que

a sexualidade foi incluída como parte do currículo de 38 (93%) das 41 escolas de enfermagem do Reino Unido que fizeram parte de uma investigação com a finalidade caracterizar a oferta formativa sobre sexualidade (Astbury-Ward, 2011). Num estudo realizado ao nível do curso de licenciatura em enfermagem nas escolas públicas do estado de São Paulo no Brasil com estudantes do 1º e 4º anos do curso, com o objetivo de fazer um levantamento sobre a inserção do ensino da sexualidade, constatou-se que os estudantes do 4º ano identificaram diferentes UC (Alencar, Ciosak, & Bueno, 2010). As mais referenciadas foram as UC de doenças infecciosas e ginecologia e as menos as UC na área da psiquiatria e psicologia e na área da relação enfermeiro-doente. Também, Pereira (2007) num estudo no Brasil com estudantes e professores numa escola do estado do Rio de Janeiro, refere que a sexualidade foi abordada por 50% dos docentes em diversas UC do curso de enfermagem, enquanto para os estudantes, esta percentagem foi de 81%, mas sem a relacionarem a uma UC ou área específica. Outra investigação realizada com estudantes de enfermagem foi observado que 37,5% dizem ter abordado a sexualidade, igualmente não a associando a qualquer UC (Santos & Campos, 2008).

No que respeita ao que foi abordado, ressaltam na globalidade, os conteúdos de ordem biológica relativos à anatomia e fisiologia sexual e à patologia (Alencar, Ciosak, & Bueno, 2010; Pereira, 2007; Santos & Campos, 2008). No estudo de Astbury-Ward (2011), também os aspetos da anatomia e fisiologia são os mais abordados em 89% das escolas inquiridas que referem abordar assuntos relacionados com a sexualidade, contudo são hierarquizados, por ordem decrescente, outros conteúdos, nomeadamente doenças sexualmente transmissíveis e da área da ginecologia em 84% das escolas e da área da saúde dos homens em 82%. Estes temas e os restantes: funcionamento sexual normal, relações e disfunções sexuais foram considerados pela investigadora como temas que são vistos como seguros, na lógica de que estão bem documentados, existe mais experiência na sua abordagem e são vistos como o que “deve” ser ensinado. Outra ideia a reter, é a de que é na etapa de vida adulta que estes conteúdos se inserem e mais ligados a áreas de cuidados onde as questões sexuais são tradicionalmente associadas, a urologia e a obstetrícia e ginecologia (Astbury-Ward, 2011), surgindo, também a área da sexualidade pós enfarte agudo do miocárdio no estudo de Pereira (2007). Emerge, neste sentido, uma orientação muito ligada à visão essencialista da sexualidade, que tem acompanhado a formação na área da saúde (Louro, 2000; Mendoza,

2009), deixando em aberto temas de relevante importância como os conceitos ligados à sexualidade, as questões de género e as necessidades sexuais dos indivíduos, tão essenciais aos denominados cuidados holísticos (Santos & Campos, 2008), a que se acrescentam a importância da educação sexual e as competências comunicacionais essenciais para assumir a sexualidade na prática clínica (Kong, Wu, & Loke, 2009). Numa outra perspetiva, a abordagem da sexualidade durante a formação em enfermagem centra-se no domínio cognitivo/comportamental e menos no domínio afetivo (Kong, Wu, & Loke, 2009; Pereira, 2007; Santos & Campos, 2008) para estudantes e professores. Parecem privilegiar-se e trabalharem-se conteúdos orientados para o desenvolvimento de competências psicomotoras, que reforçam as atitudes mais conservadoras ligadas à sexualidade, não se investindo no desenvolvimento de competências de natureza afetiva e atitudinal tão necessárias a uma visão mais aberta e comprometida com a sexualidade como dimensão integral do ser humano. Quanto ao momento em que estes conteúdos são incluídos nos currículos de enfermagem, Datillo e Brewer (2005) referem que ocorre no início do curso ou em momentos pontuais ao longo do mesmo.

Dos estudos que se debruçam sobre o modo como os conteúdos foram abordados, surgem da análise efetuada, duas orientações na utilização de estratégias de ensino aprendizagem. No estudo de Pereira (2007) predominou uma abordagem com recurso a metodologias expositivas por parte do professor e com restrição do diálogo e reflexão sobre o assunto, o que se configura numa abordagem tradicional do ensino. Esta abordagem vem na linha da visão essencialista de carácter biomédico com que a sexualidade tem sido considerada e sustenta-se no que Astbury-Ward (2011) denominou de temas seguros. No entanto, Astbury-Ward (2011) a partir de uma pergunta fechada com quatro hipóteses de resposta, identificou como estratégia mais utilizada, o trabalho em pequenos grupos, seguido da aula expositiva, do estudo auto-dirigido e da pesquisa bibliográfica. Parece haver, uma maior diversidade de estratégias que podem indiciar uma complementaridade na abordagem da sexualidade, mas os dados são insuficientes para uma discussão mais profunda. Os estudos são unânimes em recomendar estratégias mais ativas e participativas que impelem à discussão dos diferentes assuntos e partilha de experiências que sejam promotoras de capacidades e competências. Para 81% dos estudantes é desejada uma abordagem interativa através de oficinas de expressão, dinâmicas de grupo, debates, palestras, entre outras estratégias (Pereira, 2007),

enquanto, somente 60% dos estudantes do 4º ano no estudo de Alencar, Ciosak e Bueno (2010) referiu a abordagem participativa como a melhor estratégia para aprender sobre a sexualidade. De referir que, no estudo de Kong, Wu e Loke (2009) os estudantes quanto à sugestão de estratégias dividiram as suas preferências por um conjunto alargado, de que se destacam para 33,8%, o conjunto de aulas, orientação tutorial, palestras sobre saúde e grupos de discussão e para 22,3%, o conjunto de workshops, trabalho de projeto, estudos de caso, role-plays e visionamento de vídeos.

Não se identificaram nos estudos, outros dados que pudessem ajudar a caracterizar as orientações dominantes da dimensão operacionalização do desenvolvimento curricular, na sua totalidade, nomeadamente os objetivos e a avaliação. Contudo, a caracterização feita ao nível dos conteúdos e das estratégias permitiu uma apropriação suficiente que permite, até certo ponto, deduzir as principais orientações na abordagem curricular da sexualidade. Em síntese, a sexualidade é abordada numa forma limitada e insuficiente durante a formação em enfermagem, não se identificando disciplinas específicas onde ocorra a sua abordagem, sendo, por isso, caracterizada por uma abordagem que perpassa várias unidades curriculares. Os conteúdos restringem-se às questões do físico e fisiológico que lhe são inerentes e deixam a descoberto todo um conjunto de aspetos que lhe configuram na atualidade uma dimensão construída do ponto de vista social e cultural, num determinado contexto histórico que urge ser incluído na formação, para que os estudantes, possam enquanto futuros profissionais assumir uma prestação de cuidados integral e holística.

Ainda, ao nível do estudo da formação têm sido incluídos outros aspetos, os quais merecem ser explorados.

Alguns estudos têm avaliado que situações estudantes e professores têm vivenciado no contexto formativo envolvendo a sexualidade. No estudo de Pereira (2007), 55% dos estudantes afirmaram ter estado envolvidos em situações ligadas à sexualidade de que se destacam, o banho na cama e o cateterismo vesical. Esta percentagem é mais expressiva no estudo de Santos, Ribeiro e Campos (2007), dado que 68,75% dos estudantes fazem referência à sua vivência. Também neste caso, a principal situação é o banho no leito e exame físico de pessoas do sexo oposto, surgindo outras como, o questionamento da pessoa, família ou amigos, a excitação da pessoa durante a realização de procedimentos e o contacto com



prostitutas, homossexuais e pessoas consideradas pelos estudantes como portadoras de distúrbios da sexualidade. No estudo de Alencar, Ciosak e Bueno (2010) o questionamento foi noutro sentido, a identificação de situações onde os estudantes tiveram de abordar a sexualidade. Para 80% dos estudantes do 4º ano, tiveram de abordar o tema em palestras na escola e na comunidade e nas consultas de enfermagem durante os estágios. Os temas mais abordados foram as doenças sexualmente transmissíveis, os métodos contraceptivos e questões ligadas à orientação sexual e relacionamento sexual. Nos professores observa-se uma tendência inversa, ou seja, são em maior percentagem (58%) os que referem não ter vivenciado qualquer situação ligada à sexualidade. Estes resultados mostram-se interessantes, dado que permitem constatar duas visões diferentes da vivência da sexualidade durante a formação, o reconhecimento dos estudantes de que ela “está lá” e é trabalhada e por outro, o que se pode considerar, de certa forma, como a negação de que a sexualidade existe na formação em enfermagem, por parte do professor.

Nesta continuidade, observar o modo como ambos, estudantes e professores se sentem preparados para sua abordagem é primordial. Os resultados dos estudos mostram que face à formação os estudantes não se sentem preparados tecnicamente (84,38%) nem emocionalmente (56,25%) para lidar com as apelos sexuais na prática clínica (Santos, Ribeiro, & Campos, 2007). Dois estudos mostram valores mais baixos, mas sem especificar a diferença entre o domínio psicomotor e afetivo, respetivamente, 50% (Alencar, Ciosak, & Bueno, 2010) e 30% (Pereira, 2007). As razões apresentadas para este despreparo são: a sexualidade surgir como um assunto irrelevante, ser tratada de forma limitada e inadequada ou até mesmo negligenciada no curso (Santos, Ribeiro, & Campos, 2007) e também, não terem tido oportunidade de vivenciar situações que os testassem e a existência de preconceitos em relação à própria sexualidade (Pereira, 2007). Quanto aos professores, somente 8,3% se consideram não preparados para lidar com a sexualidade no campo prático (Pereira, 2007), valor que deve ser olhado com alguma reserva, dado que no mesmo estudo mais de metade dos professores referiu nunca ter abordado qualquer situação relacionada com a sexualidade na prática. Ainda, relativamente aos professores, em 33, das 41 escolas envolvidas no estudo de Astbury-Ward (2011) foi referenciado o ser capaz de ensinar assuntos sobre sexualidade durante a formação. Num outro estudo, Pereira (2009) relembra que a sexualidade não está suficientemente trabalhada entre os docentes, não se referindo a dados em concreto. Datillo

e Brewer (2005) afirmam que é comum a crença entre os estudantes que o professor não se sente confortável em avaliações sexuais, não dando mesmo importância às mesmas. Estes resultados vêm confirmar que apesar de os professores aparentemente se sentirem preparados para lidar com a sexualidade ou ensinar assuntos sexuais, os estudantes não expressam opiniões no mesmo sentido.

Por último, em termos de sugestões para melhorar a abordagem da sexualidade no contexto formativo as evidências vão no sentido de que é necessário, por parte das escolas, o reconhecimento e a integração da sexualidade como conteúdo curricular e o compromisso para desenvolver competências favoráveis nos estudantes no assumir a abordagem da sexualidade na prática clínica. Alencar, Ciosak e Bueno (2010) afirmam, mesmo, que é contraditório, que numa sociedade que discute cada vez mais a sexualidade, as escolas não acompanhem adequadamente este processo de discussão. São hoje demonstrados os efeitos positivos que os programas formativos podem ter nos estudantes a diferentes níveis, seja aumentando o seu conhecimento, seja promovendo atitudes positivas face à integração da sexualidade na prática clínica, aumentando deste modo a eficácia das suas intervenções (Astbury-Ward, 2011; Akinci, Yildiz, & Zengin, 2011; Kong, Wu, & Loke, 2009; Sirota, 2013; Sung & Lin, 2013). É claro que a formação não se pode restringir à dimensão biológica da sexualidade e à vertente técnica que lhe está associada, devendo serem incorporadas as outras dimensões, fundamentais para compreender a multiplicidade de fatores que interferem e determinam a expressão da sexualidade humana (Sehnm, Pedro, Budó, Silva, & Ressel, 2014). Também as estratégias devem ser mais participativas, no sentido de um maior envolvimento do estudante, colocando-o num processo de autorresponsabilização pela sua formação, contudo, a responsabilidade deste processo de ensino e aprendizagem deve ser conjunta entre professores e estudantes (Sehnm, Ressel, Pedro, Budó, & Silva, 2013; Sung & Lin, 2013), devendo os professores assumir um nível de proficiência cada vez mais elevado.

Tendo sido neste capítulo, abordada a sexualidade na perspetiva da enfermagem, em torno de dois eixos orientadores, a prática clínica e a formação em enfermagem, pode concluir-se que os estudos que tem sido produzidos mostram, ainda, este tema como um tabu que tem sido percecionado e reproduzido, não se tendo encontrado uma forma consistente de incorporar uma reflexão que seja promotora de competências para cuidar no âmbito da sexualidade. Assim, partindo do pressuposto que sem dados de programas educacionais, as

suposições continuam a ser especulativas, conforme afirmam Magnan e Norris (2008) e dado que em Portugal, não foi identificado nenhum estudo que caracterize o processo de ensino e aprendizagem da sexualidade humana na formação em enfermagem, esta investigação tem como objetivo caracterizar este processo. Neste sentido construiu-se um desenho de estudo que contemplasse um conjunto alargado de variáveis suficientes para dar conta do fenómeno em estudo, na perspetiva de estudantes e professores, procurando uma visão global do fenómeno. Deste modo, pretende-se a partir das perceções, atitudes e conhecimentos sobre a sexualidade associadas à caracterização do processo de ensino e aprendizagem da sexualidade humana, ao nível da situação de interação didática, perspetivar a abordagem da sexualidade na prática clínica de enfermagem segundo estudantes e professores, na lógica da usabilidade do aprendido.



**PARTE II**  
**INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**



## **CAPÍTULO I - METODOLOGIA**





## **1 – O PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO E OS OBJETIVOS**

O estudo sobre a sexualidade na formação em enfermagem é uma área de interesse, cada vez mais atual e pertinente no contexto da enfermagem. A investigação tem mostrado que existe uma lacuna na formação, ao não serem desenvolvidas competências e habilidades e mesmo, conhecimentos para a sua abordagem no contexto da prática clínica (Alencar, Ciosak, & Bueno, 2010; Astbury-Ward, 2011; Dattilo & Brewer, 2005; Sehnem, Ressel, Pedro, Budó, & Silva, 2013; Sung & Lin, 2013; Tsai, Huang, Liao, Tseng, & Lai, 2013; Washington & Pereira, 2012). Igualmente dos estudos realizados no âmbito da prática clínica emerge a necessidade de a sexualidade ser integrada na mesma, de uma forma consistente, continuada e legitimada (Evans, 2013; Higgins, Barker, & Begley, 2006); isto porque, a sexualidade é uma dimensão da pessoa, enquanto ser sexual, em todo o ciclo de vida e em todas as fases de desenvolvimento (Roper, Logan, & Tierney, 2001; Sung & Lin, 2013). Durante o processo de crescimento e desenvolvimento as pessoas deparam-se com uma variedade de fatores que podem afetar a sexualidade e que se não forem acompanhados e alvo de intervenção adequada podem constituir-se em sérias ameaças à saúde.

Em Portugal, desconhecem-se estudos que se tenham centrado na problemática da formação sobre a sexualidade em enfermagem, pelo que, realizar uma investigação que tome por objeto de estudo este tema mostra-se pertinente e até mesmo exigível. Dado que a investigação tem por finalidade essencial encontrar respostas aos fenómenos relacionados ao campo empírico, numa lógica centrada na natureza de cada objeto de estudo, assumindo, o mesmo uma grande centralidade em todo o processo investigativo, impõe-se que a sua identificação e delimitação seja clara e indique desde logo, possíveis abordagens.

Neste sentido, a questão: o quê investigar em educação em enfermagem sobre a sexualidade humana? constituiu-se desde cedo num fio condutor fundamental na definição e desenvolvimento do projeto de investigação. Esta interrogação indicou a necessidade de considerar o objeto de estudo, para além da área disciplinar de enfermagem, no âmbito das ciências da educação e simultaneamente de atender à natureza multidisciplinar da sexualidade humana (Di Mauro, 1997). Há, assim, a assunção de que não se pretende estudar a disciplina de enfermagem isoladamente, mas sim, construir uma problemática

multireferencial, onde a interdisciplinaridade promova a construção de um conhecimento alargado e integrado do objeto de estudo. Alves e Azevedo (2010) referem que existe a necessidade de considerar uma abordagem holística de investigação em educação que se desenvolva numa dinâmica emergente entre pelo menos três unidades analíticas: os indivíduos, o contexto e o conhecimento. Reforçando que todos estão “interrelacionados e condicionam o decorrer de processos de ensino/aprendizagem” (p. 7). A este propósito, Berger (2009)<sup>14</sup> sintetiza a identidade da investigação em educação em duas ideias que se podem considerar agregadoras do que tem vindo a ser apresentado: a multireferencialidade disciplinar e o questionamento a partir do universo educativo conhecido, ao qual o investigador pertence, nomeadamente, o modo como “define o seu objecto a partir do conjunto de práticas que dizem respeito ao acto educativo, sejam elas práticas familiares, práticas de ensino ou práticas institucionais” (p. 184). Também na ótica de Ponte (2002), investigar a prática profissional é um processo privilegiado de construção do conhecimento que a par da participação no desenvolvimento curricular, constitui um elemento decisivo da identidade profissional do professor.

Nestas assunções, situou-se o objeto de estudo a partir do ato educativo que ocorre ao nível do processo de ensino e aprendizagem da sexualidade humana na formação em enfermagem segundo estudantes e professores, o que permite enquadrar o contexto onde ele acontece, quem está envolvido e também, tomar conta do seu conhecimento. Neste sentido, o objeto de estudo enquadra-se no contexto de decisão micro do desenvolvimento curricular, onde a intervenção curricular de professores e estudantes é marcante e decisiva. O estudo da aprendizagem da sexualidade, e não só do seu ensino permite olhar o currículo não apenas pelo concreto da implementação dum projeto, mas também tomar conta do eventual desfasamento entre o que se realizou e o que se pretendia fazer, o denominado currículo oculto. O reconhecimento do currículo oculto reforça grandemente o protagonismo dos atores curriculares (estudantes e professores) (Pacheco, 2001, 2005). Refere Gimeno (1992, citado por Pacheco, 2005) que o estudo desta vertente curricular é importante porque “permite distinguir o que se pretende do que realmente se faz e utilizar dois discursos: um,

---

<sup>14</sup> Estes aspetos foram publicados originalmente em 1992 na Revista de Psicologia e de Ciências da Educação (3/4), 23-36)

que expressa o que se pretende (expectativas curriculares) e refere a fundamentação; outro, que serve para dizer como é a realidade, descrevendo-a e criticando-a” (p.58).

A pertinência funcional e estratégica do desenvolvimento curricular decorre de ele se tornar um “processo situado”, ou seja, que tem em conta as características das situações particulares (históricas e sociais) em que se opera. Aspetos que ao nível da abordagem da sexualidade são um bom exemplo da influência das necessidades sociais sobre o currículo, que mostram a importância do desenvolvimento de competências, enquanto saberes atuantes e não inertes. Referem (Gaspar & Roldão, 2007) que a competência é o “mediador essencial entre o currículo escolar e a demanda social que o legitima” (p.115).

Neste contexto, a questão de investigação central definida foi:

- Como se caracteriza o processo de ensino e aprendizagem da sexualidade ao nível do 1.º ciclo de formação em enfermagem, segundo estudantes e professores?

Da qual emergiram as seguintes subquestões:

- Quais são as perceções e atitudes dos estudantes e professores sobre a sexualidade?
- Quais são as atitudes dos estudantes e professores sobre a sexualidade na enfermagem?
- O que reconhecem os estudantes e os professores sobre a sexualidade no processo de ensino e aprendizagem?
- Como perspetivam estudantes e professores a integração do aprendido sobre a sexualidade na prática clínica?

A definição de uma questão central e de subquestões surge na lógica de que a questão central indica os principais conceitos e constructos que enquadram a investigação, os intervenientes e o contexto, enquanto as subquestões ajudam a delimitar o enfoque da questão central e a orientar a investigação para aspetos mais específicos relacionadas com a recolha de dados e a criação dos instrumentos de análise (Gonçalves, 2010).

Contextualizada a problemática do estudo e a questão de investigação central e as subquestões, os objetivos definidos foram:

Objetivo geral:

- Analisar o processo de ensino e aprendizagem da sexualidade ao nível do 1º ciclo de formação em enfermagem segundo estudantes e professores:

Objetivos específicos:

- Descrever as perceções e atitudes dos estudantes e professores sobre a sexualidade;
- Identificar as atitudes dos estudantes e professores sobre a sexualidade na enfermagem;
- Caracterizar o processo de ensino e aprendizagem da sexualidade segundo os estudantes e os professores;
- Caracterizar a perspetiva de estudantes e professores para a abordagem da sexualidade na prática clínica de enfermagem.

Em termos de finalidade definiu-se:

- Contribuir para o desenvolvimento de um currículo de formação em enfermagem que reconheça a sexualidade como parte integrante do processo de cuidados e promova o desenvolvimento de competências neste âmbito.

A necessidade de congruência entre os pressupostos ontológicos, epistemológicos e metodológicos dum estudo é um dos maiores desafios que se coloca ao investigador, mas ao qual ele não deve de deixar atender. É na construção desta exigência que construiu o paradigma sobre o qual o estudo decorre, recorrendo a características como a criatividade e flexibilidade tão importantes nesta decisão (Houghton, Hunter, & Meskell, 2012).

Assim, procura-se nos capítulos seguintes dar continuidade a esta necessidade explicitando o desenho do estudo e as abordagens metodológicas seguidas, dado tratar-se dum estudo de métodos mistos.

## 2 – DESENHO DO ESTUDO

### Paradigma de investigação

Toda a investigação científica em qualquer campo disciplinar é conduzida à luz de paradigmas (Kuhn, 1970 citado por Weaver & Olson, 2006). Entenda-se, neste sentido, paradigma como “um conjunto básico de crenças que orienta a ação” (Guba, 1990 citado por Denzin & Lincoln, 2011) ou os mecanismos que estabelecem a ligação entre o conhecimento de determinada disciplina e os sistemas para produzir esse mesmo conhecimento substantivo e significativo (Weaver & Olson, 2006). Baseando-se na definição de paradigma citada anteriormente Creswell (2010) utiliza o termo concepção, definindo-a como “uma orientação geral sobre o mundo e sobre a natureza da pesquisa defendidas por um pesquisador” (p.28).

Classicamente associam-se a um paradigma três características de natureza ontológica, epistemológica e metodológica, o que determina a existência de diferentes paradigmas. Configura-se, assim, que existem vários paradigmas que se sustentam em diferentes perspetivas teóricas, sendo que todos permitem o estudo de determinado fenómeno numa perspetiva particular, não podendo, em momento algum, entender-se uma como mais vantajosa sobre outra (Weaver & Olson, 2006). Neste sentido, a opção de enquadrar um estudo num determinado paradigma ou concepção deve ser um processo cuidadoso e sustentado no estado do conhecimento sobre a área em estudo (Weaver & Olson, 2006). Centrando-se esta investigação numa área do conhecimento que abarca três dimensões – o processo de ensino e aprendizagem, a sexualidade humana e a formação em enfermagem, amplamente estudadas, individualmente, a diferentes níveis disciplinares; a sua interceção é, ainda, parca em evidências, logo é uma realidade que interessa descobrir e caraterizar.

Foi esta procura de um conhecimento substantivo capaz de responder às questões colocadas e aos objetivos que conduziu o estudo para um paradigma pós-positivista com uma orientação pragmática (Creswell, 2010; Weaver & Olson, 2006; Welford, Murphy, & Casey, 2011). O pós-positivismo permitiu olhar para o objeto de estudo numa perspetiva ontológica que evidencia que a realidade em causa não pode ser totalmente conhecida pela sua natureza relativa, valorizando o pragmatismo a compreensão do objeto de estudo na realidade em que

acontece. Foi, assim, desde logo claro que perante um assunto de natureza sensível, como o estudo da sexualidade, a investigação permitiria o conhecimento de uma parte e, não do todo, do objeto de estudo, mas mais importante era poder alcançar esse conhecimento na realidade onde o processo de ensino e aprendizagem acontece ao nível da formação em enfermagem e na perspetiva de quem o vive. Numa perspetiva epistemológica, o pós-positivismo considera o investigador e o objeto, não como realidades independentes sem influência no processo de conhecimento, mas sim, como realidades que podem ser apreendidas pela objetividade da relação que estabelecem, orientando o pragmatismo para que seja encontrada uma solução pragmática útil. Foi o que se procurou neste estudo desenvolver quando, para além da análise crítica dos factos, leiam-se resultados, houve a intenção de que os mesmos pudessem ser discutidos numa lógica de contributo para o processo de ensino e aprendizagem e da sua aplicabilidade na enfermagem. Na perspetiva metodológica o pós-positivismo aponta para um método de pesquisa com instrumentos precisos e com uma abordagem rigorosa, mas flexível ao longo do processo investigativo, enquanto o pragmatismo permite ao investigador uma diversidade metodológica. Esta perspetiva metodológica orientou desde logo para uma abordagem de métodos mistos.

Explicita-se, de seguida, como se operacionalizou esta matriz paradigmática.

### Abordagem Metodológica

Ao nível metodológico, o estudo da sexualidade coloca algumas questões, nomeadamente, qual o desenho de estudo mais adequado e a dificuldade em operacionalizar conceitos, entre outras (Di Mauro, 1997; Ridner, Topp, & Frost, 2007), constituindo-se num dos campos de mais difícil acesso (Gomes & Nunes, 2008). A natureza da sexualidade reconhecida como intrínseca ao ser humano e, marcadamente, como um processo construído socialmente leva a que no desenvolvimento de processos de investigação se procurem desenhos que consigam através do planeamento de uma matriz epistemológica e metodológica devidamente sustentada dar conta do objeto de estudo.

Assumindo-se uma abordagem integrada no paradigma pós-positivista, com uma orientação pragmática, a perspetiva metodológica assentou numa estrutura acionável e compreensiva (Lincoln, Lynham, & Guba, 2011) com recurso aos métodos mistos (Creswell, 2010; Morse & Niehaus, 2009), pela conjugação dos métodos quantitativo e qualitativo. Esta opção

fundamentou-se, por um lado, no que na atualidade vários autores defendem sobre a natureza da investigação curricular e do que a caracteriza (Pacheco, 2001). E por outro, porque através da estratégia de métodos mistos o objeto de estudo pode ser explorado com mais profundidade e em múltiplas perspetivas tornando o estudo mais compreensivo do que se, se usasse só um método (Creswell, 2010; Morse & Niehaus, 2009). Truisi (2011) refere que a complementaridade e integração paradigmática e metodológica são cada vez mais habituais na investigação, sendo que nas ciências de enfermagem também se vem observando esta tendência, o que reforça a estratégia selecionada.

Um estudo com métodos mistos caracteriza-se por um desenho de investigação rigoroso que compreende duas componentes – uma componente central e uma componente suplementar (Morse & Niehaus, 2009). A componente suplementar vem aumentar a validade do desenho em si, enriquecendo ou expandindo uma perspetiva que a componente central não pode avaliar, ou ajuda a verificar os resultados noutra perspetiva. Cada uma destas componentes pode ser de natureza quantitativa e/ou qualitativa. Quanto à natureza e articulação destas componentes dois princípios são fundamentais. Identificar e respeitar o referencial teórico primário, a componente central que é designada pelo uso de letras maiúsculas, QUAN para o quantitativo e QUAL para o qualitativo. E definir o papel da componente suplementar que se designa pelo uso de letras minúsculas, *quan* para a quantitativo e *qual* para o qualitativo. Há pois, a necessidade de articular estas duas componentes, quanto ao que Creswell (2010) define como: distribuição do tempo, atribuição do peso, combinação e teorização e Morse & Niehaus (2009) denominam como: referencial teórico, modo de sincronização e ponto de interface<sup>15</sup>. Por último, refere-se que em termos de notação, na articulação entre as duas componentes recorre-se ao símbolo “+” quando as duas ocorrem em simultâneo e ao símbolo “→” quando a componente suplementar é implementada sequencialmente.

Após esta breve explicitação do modo como se constrói um desenho de investigação com recurso aos métodos mistos, é de seguida apresentada a estrutura do desenho construída.

Neste estudo recorreu-se a uma abordagem de métodos mistos com recurso a uma estratégia sequencial, traduzida pela expressão “QUAN→qual”. Assim, foi assumido que em termos de

---

<sup>15</sup> No original estes três aspetos são referenciados como: *theoretical drive*, *pacing* e *point of interface* (Morse & Niehaus, 2009)

referencial primário, as grandes linhas orientadoras estavam implícitas e decorreram das três dimensões da questão de investigação, já referenciadas, num movimento, predominantemente, dedutivo. A revisão de literatura foi central para este movimento a diferentes níveis. Esta assunção, levou a considerar no estudo a componente central como de orientação quantitativa. A caracterização do processo de ensino e aprendizagem ao nível do 1.º ciclo de formação em enfermagem segundo estudantes e professores foi perspetivada pela construção de um inquérito por questionário com três dimensões, que permitiria aceder à perspetiva dos participantes, a partir das suas respostas. Esta lógica fez supor desde o início ser possível aceder ao currículo real, conforme Pacheco (2001) refere “estudar o currículo a partir das aprendizagens consiste numa busca deliberada do currículo real que corresponde ao que realmente é feito na prática e que determina a aprendizagem dos alunos” (p.144). Contudo, não seria possível aceder ao currículo prescrito e/ou moldado pelo que entendeu-se, desde logo, que seria necessário aceder aos planos curriculares e analisá-los segundo as dimensões referentes ao desenvolvimento curricular: objetivos, conteúdos, estratégias, avaliação. Neste sentido, foi planeada uma componente suplementar, para aceder aos aspetos não contemplados pela primeira, e que também facultasse a obtenção do desfazamento entre o currículo real e o currículo prescrito e/ou moldado, pela emergência do currículo oculto. A análise documental foi o método escolhido e logo, a componente teve uma orientação qualitativa. A origem das fontes para a análise documental decorreu do tratamento feito às unidades curriculares onde na perspetiva dos estudantes a sexualidade foi abordada. O ponto de interface ou combinação entre as componentes aconteceu ao nível da descrição dos resultados da componente central, com uma integração de todos os dados ao nível da discussão dos resultados. Ao longo dos capítulos seguintes estão clarificados os diferentes passos relativos a cada componente. Apresenta-se na figura 1 uma síntese do desenho do estudo, com base nas orientações de Creswell (2010) e Morse e Niehaus (2009).



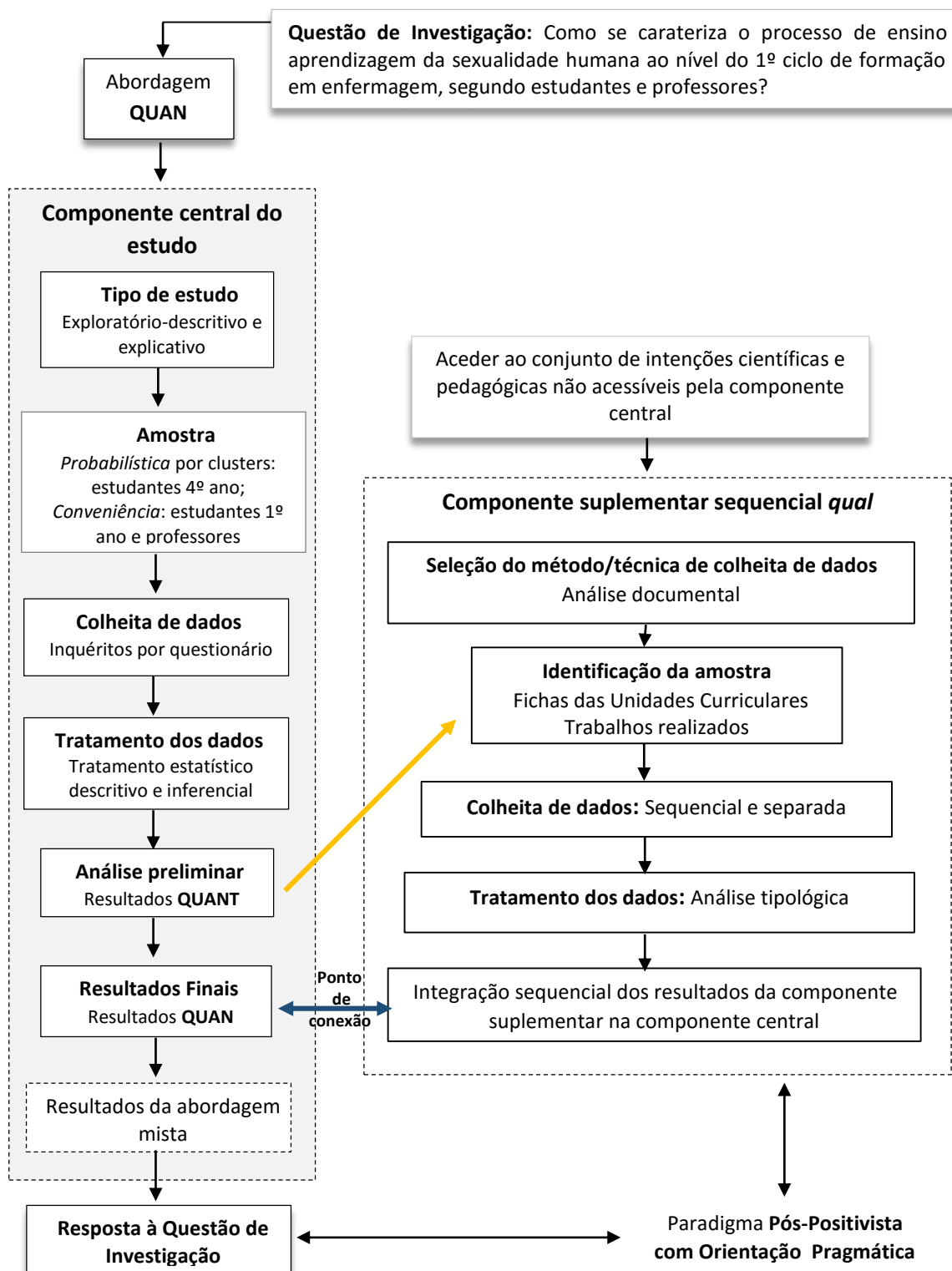


Figura 1. Desenho do estudo: Abordagem métodos mistos – Estratégia sequencial QUAN→qual

### **3 – COMPONENTE CENTRAL DA INVESTIGAÇÃO – A ABORDAGEM QUANTITATIVA**

#### **3.1 – TIPO DE ESTUDO**

Quanto ao tipo de estudo, optou-se por um estudo exploratório-descritivo e explicativo (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006). O facto de ser um assunto sem estudos na realidade portuguesa, tornou necessário descrever e caracterizar o fenómeno em análise. Assim, conforme Carmo e Ferreira (2008) trata-se de um estudo que amplia o estado do conhecimento a partir doutras realidades, dado que procura obter dados que não estavam disponíveis. Neste sentido, o recurso a um desenho exploratório-descritivo permitiu um conhecimento alargado do objeto de estudo, o processo de ensino e aprendizagem da sexualidade humana na formação inicial em enfermagem, pela descrição das diferentes dimensões associadas. Por outro lado, a vertente explicativa foi conseguida pela identificação dos fatores que contribuem para a ocorrência da singularidade deste processo (Gil, 2007), ou seja, procurou-se uma explicação a partir dos resultados. Quanto à incorporação do tempo, trata-se de um estudo transversal, dado que situa o fenómeno em estudo numa dimensão temporal única (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006).

#### **3.2 – A POPULAÇÃO/AS AMOSTRAS/A TÉCNICA DE AMOSTRAGEM**

É o objetivo da investigação que determina a natureza e a dimensão do Universo<sup>16</sup> (Hill & Hill, 2008). Centrando-se este estudo na caracterização do processo de ensino e aprendizagem da sexualidade no 1º ciclo de formação em enfermagem segundo estudantes e professores, a população alvo constituiu-se nos estudantes das escolas de saúde e de enfermagem portuguesas públicas que frequentavam o curso de enfermagem – 1º ciclo e nos professores da área científica de enfermagem.

No que respeita aos estudantes decidiu-se como população a inquirir os estudantes de enfermagem das escolas de saúde e de enfermagem públicas<sup>17</sup> do 1.º e 4.º anos. Esta opção

---

<sup>16</sup> Será utilizada a palavra Universo ou População na referência aos casos em análise.

<sup>17</sup> À data, as escolas de saúde e de enfermagem eram em número de 21 distribuídas pelo continente e ilhas.

residiu no facto de que se pretendeu avaliar as diferenças entre as perceções e atitudes dos estudantes sobre a sexualidade humana e a sexualidade na enfermagem à entrada do curso e à saída, assegurando aqui, uma lógica de transversalidade e não uma incorporação longitudinal do tempo.

Assim, a população a inquirir teve como base os estudantes do 4.º ano, estimando-se o seu número a partir do número de inscritos no 1.º ano pela 1.ª vez no ano letivo 2008/2009, e que ao momento de colheita de dados prevista, ano letivo 2011/2012, estariam no 4.º ano. Pelos dados disponíveis no Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais (GPEARI) do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior<sup>18</sup> o número de estudantes nestas condições foi neste ano de 2351 estudantes para o conjunto dos dois códigos de acesso<sup>19</sup> (Tabela 1).

Tabela 1

*Estudantes inscritos no 1.º ano - 1.ª vez no ano letivo 2008/2009 por código de acesso e sexo*

Estudantes	9500 (Setembro)	9501 (Março)	Total
Feminino	1655	290	1945
Masculino	349	57	406
Total	2004	347	2351

Perante esta caracterização foi definido como critério de seleção dos estudantes do 4.º ano a inquirir os que integrassem o código 9500, dado que se previu a colheita de dados para o final do ano letivo, a que correspondeu aos meses de junho e julho de 2012. Os estudantes de código 9501 ainda que fazendo parte deste ano letivo terminariam o seu curso entre fevereiro e março de 2013, o que face à previsão de colheita de dados já estaria desajustado.

Quanto aos estudantes do 1.º ano, considerou-se como população a inquirir os que estivessem a frequentar o curso de enfermagem ao início do ano letivo 2012/2013, considerando-se, também, aqui os estudantes referentes ao código 9500.

<sup>18</sup> À data era esta a denominação do Ministério hoje denominado Ministério da Educação e Ciência.

<sup>19</sup> Fonte: <http://www.gpeari.mctes.pt/index.php?idc=21&=400361&valor=1> (acesso em 2011/03/02).

Quanto aos professores, definiu-se como população a inquirir os professores que tivessem como formação base a licenciatura em enfermagem, excluindo-se, desta forma professores doutras áreas científicas que eventualmente lecionem no curso de enfermagem.

### As amostras

Partindo da premissa que a população estudantil a inquirir teria com referência os estudantes do 4º ano, os procedimentos relativos à definição da amostra foram desenvolvidos nesse sentido. Houve a necessidade de definir o método de seleção da amostra e a dimensão da mesma (Reis, 2001). Assim, optou-se por um tipo de amostragem probabilística, dado que se pretendeu, de acordo com o tipo de estudo, ter a possibilidade de generalizar os resultados para a população teórica do estudo, medir o grau de incerteza dessa extrapolação e identificar os potenciais enviesamentos (Reis, 2001). Em termos de método de amostragem, a amostragem por clusters, conglomerados, grupos ou áreas foi a selecionada. Este método torna-se extremamente útil quando os elementos da população teórica estão distribuídos por uma vasta área geográfica (Marôco, 2010), o que se verifica neste caso. Referem Sampieri, Collado e Lucio (2006) que neste tipo de amostragem é necessário diferenciar entre a unidade de análise (quem vai ser medido) e a unidade amostral (como se vai fazer o acesso à unidade de análise). Nesta investigação, o estudante é a unidade de análise e a unidade amostral é a turma, ou seja, a população em estudo é dividida em subgrupos exaustivos e mutuamente exclusivos que apresentam uma variabilidade semelhante à encontrada na população (Marôco, 2010). Neste sentido, constituiu-se a lista das turmas do 4.º ano das escolas públicas de enfermagem e de saúde, seguindo-se a extração aleatória das turmas até perfazer a dimensão estimada da amostra.

Para a determinação da dimensão da amostra seguiram-se as orientações de Sampieri, Collado e Lucio (2006), estimando um erro padrão menor que .01 e aplicando a fórmula<sup>20</sup>:

$$n = \frac{n'}{1 + n'/N}$$

Obteve-se o valor de 333 da dimensão estimada da amostra ( $n$ ) para um tamanho de população de 2004 ( $N$ ). Este valor enquadra-se no proposto por Krejcie e Morgan (1970

---

<sup>20</sup> ( $n'$  = tamanho da amostra sem ajuste;  $n$  = tamanho da amostra;  $N$  = tamanho da população)

A obtenção de  $n'$  resulta da fórmula:  $n' = \frac{s^2}{V^2}$  ( $s^2$  = variância da amostra;  $V^2$  = variância da população)

citados por Almeida & Freire, 2008). Na Figura 2 apresenta-se a síntese do desenvolvimento do plano amostral para os estudantes do 4.º ano:

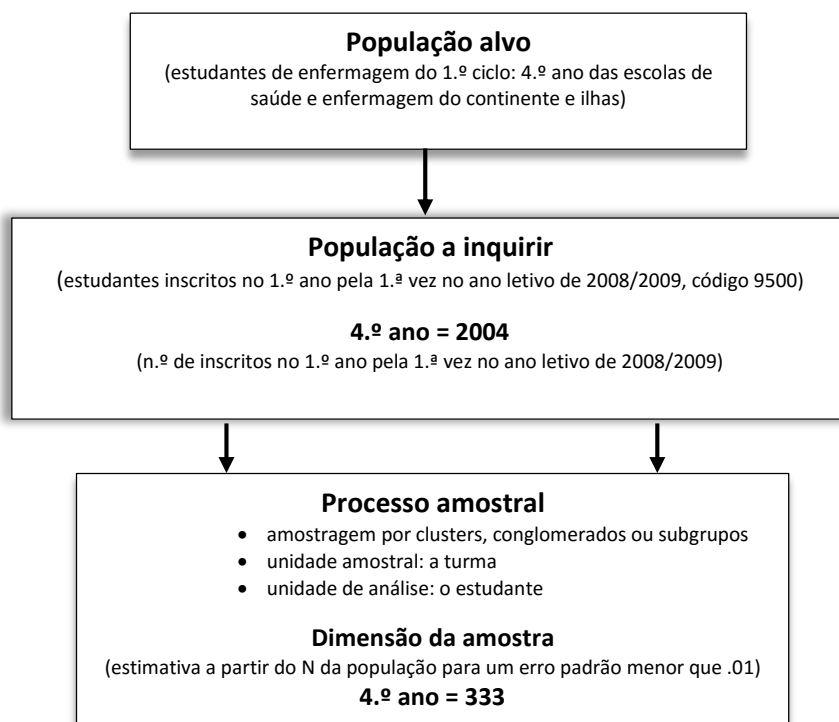


Figura 2. Síntese do plano amostral para os estudantes do 4º ano

Quanto aos estudantes do 1º ano e professores decidiu-se manter por referência a escola extraída, tratando-se de amostras de conveniência. Foram inquiridos nas escolas selecionadas os estudantes do 1º ano do ano letivo 2012/2013, igualmente pertencentes ao código 9500. A amostra dos professores baseou-se nos critérios: pertencerem à área científica de enfermagem e lecionarem a área da sexualidade.

### 3.2.1 – Caraterização dos participantes

Participaram neste estudo 646 pessoas, sendo que 53.6% (346) são estudantes do 1º ano, 39.1% (253) são estudantes do 4º ano e 7.3% (47) são professores. A distribuição por sexo mostra que 81.3% (525) são do sexo feminino (Tabela 2).

Tabela 2  
*Distribuição dos participantes por amostra e por sexo*

Amostra	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Est. 1º ano	66	10.2	280	43.4	346	53.6
Est. 4º ano	41	6.3	212	32.8	253	39.1
Professores	14	2.2	33	5.1	47	7.3
Total	121	18.7	525	81.3	646	100.0

Dada a natureza das variáveis sociodemográficas consideradas, os estudantes de 1º e de 4º ano são caracterizados conjuntamente, enquanto os professores são separadamente.

### Estudantes

Em termos de idade os estudantes do 1º ano situaram-se entre os 17 e os 55 anos ( $M=18.62$ ;  $DP=2.76$ ) e os estudantes do 4º ano entre os 21 e os 42 anos ( $M=22.7$ ;  $DP=2.84$ ). A quase totalidade dos estudantes do 1º e 4º ano são solteiros, respetivamente 99.4% (344) e 95.6% (242). Dos estudantes do 1º ano que expressaram a sua confissão religiosa, 87.9% (294) são católicos e, maioritariamente, praticantes (48.6%). Perfil que é semelhante nos estudantes do 4º ano (Tabela 3).

Tabela 3  
*Caracterização sociodemográfica e académica dos estudantes do 1.º e 4.º anos*

	1º ano (N=346)		4º ano (N=253)	
	N	%	N	%
Estado civil				
Solteiro	344	99.4	242	95.6
Casado	2	0.6	6	2.4
Divorciado/Separado			3	1.2
Não resposta			2	0.8
Religião				
Católica Praticante	168	48.6	113	44.7
Católica Não Praticante	136	39.3	105	41.5
Sem religião	31	9.0	31	12.2
Evangélica Protestante	1	0.3	1	0.4
Agnóstico	1	0.3		
Cristã	1	0.3		
Espírita	2	0.6		
Ortodoxa	1	0.3	1	0.4
Adventista de 7º dia			1	0.4
Não resposta	5	1.3	1	0.4
Reprovações				
Sim	44	12.7	35	13.8
Não	302	87.3	216	85.4
Não resposta			2	0.8
Acesso e Ingresso ES				
Concurso acesso geral	321	92.8	237	93.7
Concursos locais	20	5.8	6	2.3
Concursos especiais	5	1.4	10	4.0

## Professores

A idade dos professores variou entre os 28 e os 57 anos, com a idade média de 47.94 anos ( $DP=7.31$ ). São maioritariamente casados (72.3%) e de religião católica (93.7%) (Tabela 4).

Tabela 4  
*Caracterização sociodemográfica dos professores*

	Professores (N=47)	
	N	%
Estado civil		
Solteiro	6	12.8
Casado	34	72.3
Divorciado/Separado	7	14.9
Religião		
Católica Praticante	21	44.8
Católica Não Praticante	23	48.9
Sem religião	1	2.1
Ortodoxa	1	2.1
Adventista de 7º dia	1	2.1

A maioria dos professores (76.6%) é mestre na área de educação e formação da enfermagem (44.7%). Trinta e quatro professores (72.3%) são professores adjuntos e apenas 15 professores (31.9%) referiram a aquisição do título de especialista ao abrigo do DL nº 206/2009, de 31 de agosto. Quarenta professores (85.1%) são especialistas pela ordem dos enfermeiros (OE) nas diferentes áreas de especialização. Em termos de anos de exercício profissional, a média de anos na docência ( $M=15.21$ ;  $DP=6.93$ ) é mais elevada que na prática clínica ( $M=10.06$ ;  $DP=5.06$ ) (Tabela 5).

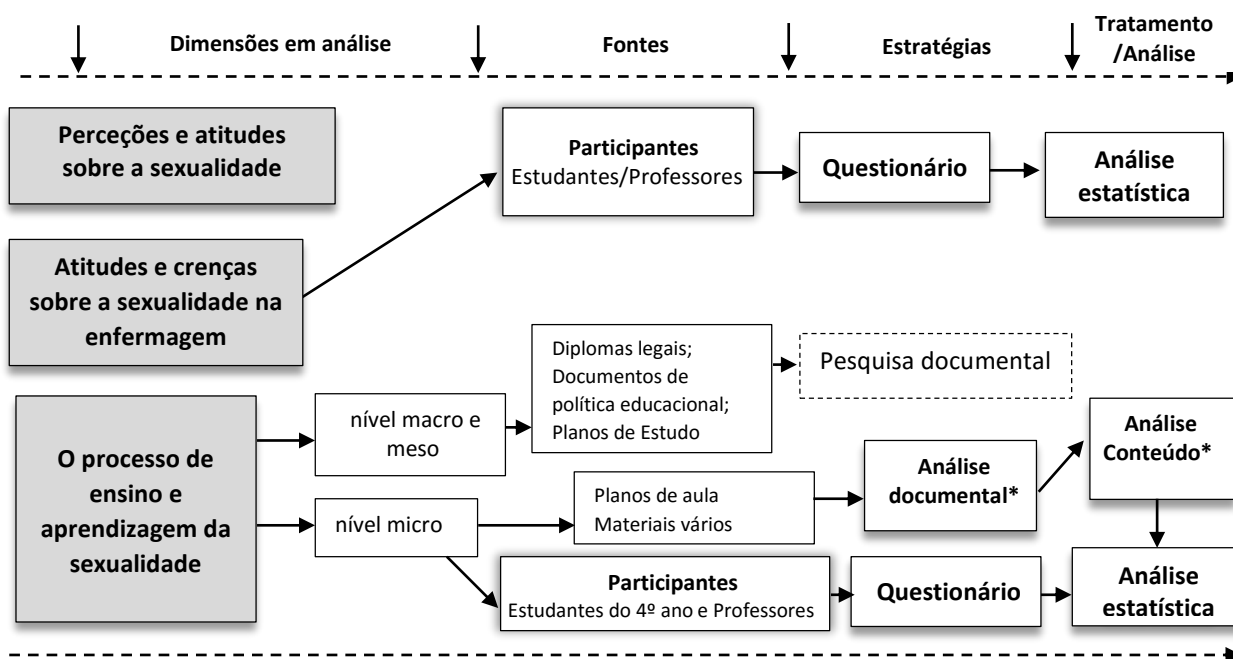
Tabela 5  
*Caracterização académica e profissional dos professores*

	Professores (N=47)	
	N	%
Habilitações Académicas		
Licenciatura	1	2.1
Mestrado	36	76.6
Doutoramento	10	21.3
Área Educação e Formação das habilitações		
Ciências da educação (142)	9	19.1
Filosofia e ética (226)	1	2.1
Ciências sociais e do comportamento (310)	2	4.3
Psicologia (311)	4	8.6
Economia da saúde (314)	1	2.1
Gestão e administração (345)	1	2.1
Saúde (720)	5	10.6
Enfermagem (723)	21	44.7
Não respostas	3	6.4
Categoria profissional		
Professor coordenador	8	17.0
Professor adjunto	34	72.3
Assistente 2º triénio	5	10.7
Especialista (DL nº 206/2009)		
Sim	15	31.9
Não	31	66.0
Não resposta	1	2.1
Especialista pela OE		
Sim	40	85.1
Não	7	14.9
Área de especialização da OE		
Enfermagem comunitária	8	20.0
Enfermagem de saúde infantil e pediátrica	5	12.5
Enfermagem de reabilitação	8	20.0
Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica	2	5.0
Enfermagem de saúde materna e obstetrícia	7	17.5
Enfermagem médico-cirúrgica	8	20.0
Não resposta	2	5.0

### 3.3 – OS INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Ao nível da componente central para a recolha de dados recorreu-se ao inquérito por questionário. Explicita-se a relação entre as dimensões em análise, as fontes de dados, as estratégias e o tratamento e análise dos dados (Figura 3).





Nota. \*Componente suplementar

Figura 3. Relação entre dimensões em análise, fontes, estratégias e tratamento/análise

### 3.3.1 – Os inquéritos por questionário. A construção: conteúdos e estrutura

Os inquéritos por questionário constituem-se em instrumentos que permitem ao investigador “transformar em dados a informação directamente comunicada por uma pessoa (ou sujeito)” (Tuckman, 2000, p. 307). Enquanto instrumentos de investigação possibilitam a avaliação de domínios cognitivos – informações ou conhecimentos, crenças, expectativas, atribuições; domínios afetivos – atitudes, valores, preferências e domínios comportamentais – hábitos, reações, experiências passadas ou atuais (Moreira, 2004; Tuckman, 2000). Permitem, enquanto técnica de recolha de dados rigorosamente padronizada e sistemática responder a um problema específico, pela resposta escrita a um conjunto de questões (Carmo & Ferreira, 2008) relacionadas a uma ou mais variáveis a serem medidas.

O estudo da sexualidade coloca dificuldades a nível metodológico, essencialmente a criação de instrumentos que consigam operacionalizar os conceitos ligados à mesma e a obtenção de respostas minimamente dependentes da desejabilidade social, dado tratar-se de um tema de natureza íntima e, ainda, permeado de preconceitos e tabus nem sempre difíceis de ultrapassar. No sentido, de poder obviar algumas destas dificuldades a escolha do inquérito

por questionário foi uma decisão tomada, com a intenção de que privilegiando-se um preenchimento autoadministrado, as respostas fossem alvo de menor constrangimento.

A construção do questionário é uma fase crucial (Giglione & Matalon, 2001), seja na determinação das dimensões relevantes referentes ao problema de investigação, seja na estrutura. Nesta linha foram construídos três questionários dirigidos às amostras do estudo (estudantes do 1º ano, estudantes do 4º ano e professores). A criação de três instrumentos decorreu por um lado da forma como se pretendia caracterizar o processo de ensino e aprendizagem da sexualidade segundo estudantes e professores, enquanto intervenientes centrais a este processo, bem como, no grupo dos estudantes interessava perceber como este processo poderia ter influenciado as perceções e atitudes sobre a sexualidade.

Tendo em conta as dimensões da questão de investigação e subquestões foram a partir das mesmas estruturados os blocos centrais dos questionários, para além de um bloco de caracterização pessoal, académica e profissional. Os questionários dos estudantes do 4º ano e professores estão organizados em quatro blocos. O dos estudantes do 1º ano não integra o último bloco, o qual remete para o processo de ensino e aprendizagem da sexualidade na formação inicial em enfermagem:

- Bloco 1 – Caracterização pessoal e profissional;
- Bloco 2 – Perceções e atitudes sobre a sexualidade;
- Bloco 3 – Atitudes e crenças sobre a sexualidade na enfermagem;
- Bloco 4 – O processo de ensino e aprendizagem da sexualidade.

Apresentam-se, de seguida, os diferentes blocos, onde para além da descrição das variáveis em causa é feita a apresentação do tratamento das escalas de medida utilizadas. Refira-se que houve recurso a instrumentos validados. Assumindo-se que a qualidade dos resultados está associada à utilização de instrumentos válidos e fiáveis, este trabalho contribui, também, para a aferição da validade e fidelidade dos mesmos (Almeida & Freire, 2008).

#### 3.3.1.1 – Caracterização pessoal e profissional

Integra variáveis de natureza sociodemográfica como o sexo, idade, estado civil e religião e relativas ao percurso académico nos estudantes, enquanto nos professores refere-se a aspetos académicos e profissionais. Foi incluída uma medida de desejabilidade social, a versão

reduzida da Marlow-Crowne Social Desirability Scale (MCSDS-SF, Ballard, 1992 citado por Carvalho, 2007) com o objetivo de controlar a tendência em dar respostas de acordo com o socialmente desejável, mesmo de forma involuntária, dado a especificidade da sexualidade. Trata-se de uma versão com 13 itens, com um formato de resposta dicotómico. Destes itens a resposta chave é: cinco são verdadeiros (4, 7, 9, 10 e 13) e oito falsos (1, 2, 3, 5, 6, 8, 11, e 12). A cada resposta correta é atribuída a pontuação “1” e à resposta incorreta a pontuação “0”. O valor final obtém-se pela soma dos itens, sendo que valores mais elevados correspondem a respostas com maior desejabilidade social. A consistência interna foi avaliada pelo Kuder-Richardson (*KR-20*) que neste estudo foi de .63. Não se distancia grandemente do valor da versão original, *KR-20*= .70 (Ballard, 1992) e do valor obtido por Carvalho (2000), *KR-20* =.65, enquanto no estudo de Dias e Sim-Sim (2015b) obteve-se um valor .77.

### 3.3.1.2 – Perceções e atitudes sobre a sexualidade

Com o objetivo de identificar as perceções e atitudes foi avaliada a participação em atividades relacionadas com a sexualidade e o nível de conhecimentos que se julga ter sobre a sexualidade. Utilizaram-se, ainda, duas escalas de medida sobre as atitudes sexuais e as atitudes face à saúde sexual, respetivamente, Escala de Atitudes Sexuais (Hendrick & Hendrick, 1987) [versão portuguesa de Alferes, 1999] e Escala de Atitudes face à Saúde Sexual e Reprodutiva (Nemčić, et al., 2005) [versão portuguesa de Abreu, 2008].

#### Escala de Atitudes Sexuais

A Escala de Atitudes Sexuais (EAS) avalia as atitudes sexuais, é constituída por 43 itens e comporta quatro subescalas. A permissividade sexual (PER) com 21 itens refere-se às atitudes face ao sexo ocasional, sem compromisso, com diversidade e simultaneidade de parceiros. A comunhão (COM) com nove itens refere-se ao sexo como experiência sublime de intimidade física e psicológica. A instrumentalidade (INS) com seis itens refere-se à orientação para um sexo utilitário, essencialmente, destinado ao prazer físico. A subescala práticas sexuais (PRA) com sete itens refere-se a atitudes de planeamento familiar e educação sexual, com aceitação de práticas socialmente menos aceitáveis – masturbação e sexo não convencional. Cada item é avaliado numa escala de tipo Likert de cinco pontos, de 1 (completamente em desacordo) a 5 (completamente de acordo). Dos 43 itens, três são invertidos (36, 38 e 40). Os respondentes devem assinalar a posição que melhor representa as suas opiniões, pensamentos ou

sentimentos sobre a afirmação em causa. O resultado de cada subescala é dado pelo somatório dos itens respetivos. Em termos globais, altas concordâncias indiciam atitudes mais utilitárias ao nível da sexualidade e baixas concordâncias o oposto.

A versão utilizada nesta investigação foi adaptada por Alferes (1999) no âmbito de um inquérito psicossocial sobre os valores, atitudes e comportamentos sexuais dos estudantes do ensino superior, apontando o autor que não existe qualquer razão para não utilizar a EAS em outros grupos para além dos estudantes, ainda que a maioria dos estudos tenha sido com amostras de estudantes universitários. Neste estudo, Alferes (1999) testou a estrutura fatorial proposta pelos autores, encontrando resultados relativamente próximos, situando-se as principais discrepâncias na polarização de alguns itens da subescala permissividade sexual por outras subescalas e no padrão de saturações dos itens da subescala práticas sexuais, dado que para além dos itens que saturam esta subescala, um conjunto de itens (23, 33 e 35) polarizou a subescala comunhão. De acordo com o *scree test* de Cattell, foi realizada uma análise fatorial para uma solução de cinco fatores. Tendo os fatores sido renomeados: permissividade, comunhão, prazer físico/instrumentalidade, «sexo impessoal» e responsabilidade.

Num outro estudo português realizado por Antunes (2007) a partir da adaptação de Alferes (1999) após testar várias estruturas fatoriais, optou-se por uma estrutura de 4 fatores com base em 40 itens (retirou os itens 22, 26 e 32) dado ser a que mais se assemelhava à estrutura original da escala. Também, esta autora procedeu à renomeação de um fator, pelo que o fator comunhão passou a chamar-se comunhão/envolvimento afetivo.

Assim, perante diferentes decisões sobre a estrutura fatorial original da EAS optou-se nesta investigação por testar várias hipóteses até à que melhor respondesse por um lado, aos principais pressupostos deste tipo de análise, nomeadamente, o critério de Kaiser, o *scree test* de Cattell, a percentagem da variância explicada e a retenção de fatores com saturação superior a .30 e também a perspetiva teórica subjacente e os resultados de análises anteriores. Todos os procedimentos são descritos no apêndice A.

Neste sentido, apresenta-se a versão utilizada nesta investigação. Optou-se por uma solução fatorial de quatro fatores retirados os itens 22, 26 e 33. Os 40 itens considerados foram sujeitos a nova análise fatorial em componentes principais (AFCP) ( $KMO=.875$  e teste de Bartlett=6172.473;  $p<.001$ ), retendo-se a estrutura tetra dimensional esperada após rotação

ortogonal (varimax) que convergiu em cinco interações e que explica 37.53% da variabilidade total dos dados. O primeiro fator integra 18 itens com saturações  $>.35$ , ultrapassando os  $.40$  em 16 itens. Este conjunto de itens refere-se, indiscutivelmente, ao que na estrutura original foi denominado permissividade e que se consubstancia nas atitudes face ao “sexo sem compromisso”, ao “sexo ocasional” e à diversidade de parceiros sexuais. Face a esta constatação manteve-se a denominação de permissividade (PER). O fator dois polariza 12 itens (saturações  $>.47$ ), pertencendo nove à subescala comunhão e, ainda, o item 24 da subescala PER e os itens 23 e 35 da subescala PRA. A inclusão destes itens vem, para além do entendimento da comunhão como as atitudes relativas ao sexo como experiência sublime de intimidade física e psicológica, reforçar a vivência desta experiência que se constrói por uma sexualidade pré-marital e da prática da masturbação, originalmente ligada a uma sexualidade não convencional. Esta nova visão parece configurar uma comunhão mais aberta a práticas socialmente menos aceites, pelo que se renomeou este fator em comunhão construída (COMC). Por sua vez, o fator três satura todos os itens da subescala instrumentalidade, com valores superiores a  $.41$  e refere-se às atitudes face ao sexo enquanto atividade essencialmente de prazer físico. Alferes (1999) preferiu a denominação de prazer físico para este fator, ainda que haja concordância, manteve-se o rótulo original. Finalmente, o quarto fator engloba os quatro itens da subescala PRA relacionados com a responsabilidade face ao planeamento familiar e à importância da educação sexual, com saturações superiores a  $.55$ , o que revela um bloco conceitualmente homogêneo. Neste fator, há concordância com Alferes (1999) quanto à atribuição de nova denominação ao fator, pois práticas sexuais parece desajustado a esta coerência conceitual, pelo que se atribuiu o nome de responsabilidade (RES). É de referir que originalmente este fator englobava mais três itens (23, 33 e 35) que referiam a práticas de sexo não convencional e logo, socialmente condenáveis (Tabela 6).

Tabela 6

*Saturações fatoriais e comunalidades ( $h^2$ ) para a estrutura de quatro fatores da EAS (versão 40 itens)*

Itens	F1	F2	F3	F4	$h^2$
28. O sexo só pelo sexo é perfeitamente aceitável.	<b>.73</b>	.13	.14	.01	.57
0. Não preciso de estar comprometido com uma pessoa para ter relações sexuais com ela.	<b>.73</b>	.14	.09	-.02	.55
2. As relações ocasionais são aceitáveis.	<b>.68</b>	.17	.12	.02	.51
6. As «aventuras sexuais» de uma só noite são, por vezes, muito agradáveis.	<b>.67</b>	.09	.18	.03	.49
4. Gostaria de ter relações sexuais com muitos parceiros.	<b>.63</b>	.01	-.13	.06	.45
36R. O sexo sem amor não faz sentido.	<b>.63</b>	.11	.08	-.19	.42
8. É correto ter relações sexuais com mais do que uma pessoa no mesmo período de tempo.	<b>.61</b>	.02	.04	-.16	.40
12. As relações sexuais como simples troca de «serviços» são aceitáveis desde que ambos os parceiros estejam de acordo.	<b>.55</b>	.18	.12	.14	.37
14. O melhor sexo é o que se faz na ausência de quaisquer «compromissos».	<b>.54</b>	-.04	.24	-.06	.35
18. É possível gostar de ter relações sexuais com uma pessoa não gostando muito dessa pessoa.	<b>.51</b>	-.00	.22	.22	.35
10. É correto influenciar uma pessoa para ter relações sexuais sem fazer quaisquer promessas para o futuro.	<b>.49</b>	.01	.19	-.21	.33
16. A vida teria menos problemas se as pessoas tivessem relações sexuais de modo mais livre.	<b>.48</b>	.25	.28	-.10	.38
20. O sexo é mais divertido com alguém que não amamos.	<b>.47</b>	-.15	.24	.08	.31
40R. Para que o sexo seja bom é necessário ter sentido para as pessoas.	<b>.44</b>	-.31	.02	-.20	.33
34. O sexo apenas como forma de «descarga» física é bom.	<b>.42</b>	.12	.37	.09	.33
30- Sentir-me-ia confortável tendo relações sexuais com o meu parceiro na presença de outras pessoas.	<b>.41</b>	.02	.16	-.20	.23
32- A prostituição é aceitável.	<b>.38</b>	.07	.18	.01	.18
38R. As pessoas não deviam, no mínimo, ser amigas antes de terem relações sexuais.	<b>.35</b>	-.23	-.19	-.03	.21
29. O sexo é, geralmente, uma experiência intensa e absorvente.	.10	<b>.64</b>	.03	.15	.44
37. O sexo é uma parte muito importante da vida.	.07	<b>.63</b>	.04	.25	.47
41. Fazer sexo é, fundamentalmente, bom.	.13	<b>.60</b>	.15	.13	.41
15. Um encontro sexual entre duas pessoas profundamente apaixonadas é a forma mais sublime de interação humana.	-.06	<b>.59</b>	.09	-.08	.37
35. Masturbar o nosso parceiro durante as relações sexuais pode aumentar o prazer do sexo.	-.01	<b>.59</b>	-.02	.19	.41
25. Durante as relações sexuais, o conhecimento intenso do parceiro é o melhor «estado de espírito».	.21	<b>.58</b>	-.08	.13	.38
19. Na sua melhor expressão, o sexo parece ser a fusão de dois «seres».	-.11	<b>.57</b>	.05	.02	.34
21. O orgasmo é a melhor experiência do mundo.	.11	<b>.54</b>	.23	-.00	.36
3. O sexo torna-se melhor à medida que as relações progridem.	.04	<b>.53</b>	-.09	-.01	.29
9. O sexo é a forma mais íntima de comunicação entre duas pessoas.	-.15	<b>.53</b>	-.02	-.11	.31
23. A masturbação é algo agradável e inofensivo.	.26	<b>.51</b>	-.05	.18	.36
24. É bom ter uma prolongada experiência sexual pré-marital.	.22	<b>.47</b>	.05	.09	.28
42. A principal finalidade do sexo é dar-nos prazer a nós mesmos.	.02	-.06	<b>.70</b>	-.00	.50
17. O sexo é, principalmente, uma atividade física.	.21	-.10	<b>.62</b>	-.06	.44

Itens	F1	F2	F3	F4	$h^2$
39. O sexo é sobretudo um jogo entre machos e fêmeas.	.23	.01	<b>.62</b>	.02	.43
31. O sexo é, principalmente, uma função corporal, tal como comer.	.18	.12	<b>.51</b>	-.03	.31
11. O sexo é, em primeiro lugar, obter prazer através do outro.	.19	-.00	<b>.49</b>	-.06	.28
5. O sexo é melhor quando nos «deixamos ir» e nos centramos no nosso próprio prazer.	.05	.17	<b>.41</b>	.05	.20
1. O planeamento familiar faz parte de uma sexualidade responsável.	-.07	-.01	-.03	<b>.66</b>	.44
27. Os homens devem partilhar as responsabilidades do planeamento familiar.	-.05	.17	-.00	<b>.65</b>	.46
7. As mulheres devem partilhar as responsabilidades do planeamento familiar.	-.04	.14	.02	<b>.65</b>	.44
13. A educação sexual é importante para a juventude.	-.04	.19	-.02	<b>.55</b>	.34
Valores próprios	7.03	4.37	1.9	1.7	-
Variância explicada (%)	17.54	10.93	4.75	4.26	-
Variância cumulativa (%)	17.54	28.47	33.22	37.53	-

A fidelidade foi avaliada através da consistência interna recorrendo-se ao coeficiente alfa de Cronbach. O valor para a escala completa é muito bom (.86), valor que é mais elevado comparativamente à versão de Alferes (1999) com 37 itens (.83). Para as subescalas PER (.87) e COMC (.81) os valores são, igualmente muito adequados, dado que são superiores a .80. Enquanto para as subescalas INS (.64) e RES (.61) são valores aceitáveis, pois situam-se entre .60 e .70 (Almeida & Freire, 2008; Hill & Hill, 2008; Maroco & Garcia-Marques, 2006; Ribeiro, 2010). Estes valores aproximam-se dos encontrados por Antunes (2007) que foram respetivamente: .88, .78, .71 e .56 para as mesmas subescalas (versão 40 itens), contudo em referência a Hendrick & Hendrick (1987) são relativamente aproximados (versão original com 43 itens) (Tabela 7).

Tabela 7  
*Análise da consistência interna da EAS*

Escala/Subescalas	N.º itens	Item-total mínimo	Item-total máximo	Alfa de Cronbach
EAS	40	-	-	.86
Permissividade sexual	18	.20	.69	.87
Comunhão construída	12	.37	.56	.81
Instrumentalidade	6	.24	.44	.64
Responsabilidade	4	.31	.45	.61

Perante estes resultados foram criadas quatro novas variáveis baseadas no somatório dos itens dos diferentes fatores.

### Escala de Atitudes face à Saúde Sexual e Reprodutiva

A Escala de Atitudes face à Saúde Sexual e Reprodutiva (EAFSSR) de Nemčić et al (2005) mede as atitudes relativamente à saúde sexual em três subescalas: cuidados pessoais (24 itens), princípios de comportamento sexual (12 itens) e sexo seguro (14 itens), num total de 50 afirmações (20 com formulação positiva e 30 com formulação negativa). Foi construída e validada com base nos princípios do modelo de crenças em saúde que prevê que uma pessoa não toma quaisquer ações de proteção para a sua saúde, a menos que tenha um mínimo de motivação relevante para tal, o que significa que a pessoa só age quando sente uma ameaça potencial e percebe o benefício de utilizar algum tipo de proteção. As afirmações são avaliadas numa escala de tipo Likert de cinco posições, de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). O resultado em cada subescala corresponde à média dos itens, significando valores mais elevados atitudes mais positivas face à saúde sexual.

Na descrição da construção e validação da escala há referência à utilização da AFCP como método para avaliar a validade de constructo, contudo não são apresentados resultados. No estudo português onde foi feita a adaptação para a língua portuguesa não é feita referência a qualquer procedimento estatístico neste sentido, pelo que optou-se por utilizar a versão portuguesa de Abreu (2008) constituída por 46 itens (excluídos os itens 1, 3, 8 e 24 da escala original); contudo, no sentido de melhorar as suas qualidades aplicou-se a escala composta pelos 50 itens. Assim, a subescala cuidados pessoais (CPES) refere-se às atitudes ao nível do autocuidado individual com o corpo e a saúde sexual e reprodutiva; a subescala princípios do comportamento sexual (PCSEX) avalia as atitudes relacionadas com os valores e princípios associados à conduta sexual e, por último, a subescala sexo seguro (SEXSG) mede as atitudes referentes à utilização do preservativo e outros métodos contraceptivos.

Procedeu-se, à avaliação da consistência interna através do alfa de Cronbach para a EAFSSR e as três subescalas. Uma vez que para a subescala CPES, retirando-se o item 22 melhorava-se o valor da consistência interna, decidiu-se pela sua exclusão. Assim, a versão deste estudo contém 49 itens. O valor do alfa de Cronbach (0,88) é muito semelhante quer ao do estudo original (.91) quer ao de Abreu (2008) que se situou em .89, o que mostra esta medida como



um bom instrumento, para medir as atitudes em relação à saúde sexual e reprodutiva. Quanto às subescalas, observam-se valores mais baixos nas subescalas CPES e PCSEX e igual na subescala SEXSG, comparativamente aos autores (.86, .82 e .76 respetivamente). Em relação a Abreu (2008) os valores são muito semelhantes (.78 e .79, respetivamente), registando-se, na subescala SEXSG um valor mais elevado (.66) (Tabela 8). Seguindo as orientações construíram-se novas variáveis com a média aritmética das subescalas.

Tabela 8  
*Análise da consistência interna da EAFSSR*

Escala/Subescalas	N.º itens	Item-total mínimo	Item-total máximo	Alfa de Cronbach
EAFSSR	49	-.19	.58	.88
Cuidados Pessoais	23	-.14	.46	.76
Princípios de Comportamento Sexual	12	.19	.58	.76
Sexo Seguro	14	.12	.58	.76

### 3.3.1.3 – Atitudes e crenças sobre a sexualidade na enfermagem

No seguimento do bloco anterior, pretendeu-se avaliar as atitudes e crenças sobre a sexualidade na prática clínica da enfermagem. As evidências científicas sugerem que as barreiras que limitam a incorporação da sexualidade na prática de enfermagem percecionam-se já na formação, por parte dos estudantes. Como mais relevantes surgem a crença de que os doentes não esperam que a sexualidade seja abordada, a falta de tempo e a falta de confiança e conforto pessoal na abordagem. Poucos estudos fazem esta avaliação relativamente aos professores. Assumindo-se a relevância desta avaliação recorreu-se ao Sexuality Attitudes and Beliefs Survey (SABS) de Reynolds e Magnan (2005). Dado tratar-se de uma escala não validada para a população portuguesa procedeu-se, após autorização dos autores, ao processo de tradução, adaptação e validação (Dias & Sim-Sim, 2015b). Revelou-se um instrumento válido e fiável para utilização em estudos de investigação, quer ao nível da formação quer da prática clínica, obtendo-se uma versão final constituída por 11 itens (o item 3<sup>21</sup> da escala original foi retirado por apresentar valores muito baixos de correlações inter-item e item-total).

<sup>21</sup> Corresponde na versão original ao item 3 - *Sinto-me desconfortável quando falo sobre assuntos sexuais* (Magnan & Reynolds, 2005)

O SABS é uma escala que avalia as atitudes e crenças dos profissionais de enfermagem face à sexualidade, considerando a prática clínica. É uma escala de autopreenchimento, unidimensional, constituída por um conjunto de 12 itens, em que cada item é avaliado numa escala de tipo Likert de 6 posições, de 1=discordo fortemente a 6=concordo fortemente. Os respondentes devem assinalar o número que melhor representa a sua posição. Na versão portuguesa (Dias & Sim-Sim, 2015b), sete itens são recodificados<sup>22</sup> (i.e. 1, 2, 3, 5, 7, 9 e 11). O resultado da escala é dado pela soma dos itens que pode variar entre 11 e 66. Os valores mais altos indicam mais barreiras para incorporar a avaliação/aconselhamento da sexualidade humana na prática de enfermagem. A avaliação da fiabilidade pelo alfa de Cronbach mostra um valor de .66, valor baixo, mas aceitável, pois situa-se muito próximo de .70 (Almeida & Freire, 2008; Maroco & Garcia-Marques, 2006). Comparativamente ao estudo de validação para a população portuguesa (Dias & Sim-Sim, 2015b) o valor encontrado nesta investigação é mais baixo. De uma forma global, não difere significativamente dos resultados que têm sido encontrados noutros estudos, entre .70 (Magnan, Reynolds, & Galvin, 2005) e .74 (Magnan & Norris, 2008).

#### 3.3.1.4 – O processo de ensino e aprendizagem da sexualidade

A caracterização do processo de ensino e aprendizagem na perspetiva dos estudantes do 4º ano e dos professores é realizada neste bloco. As linhas orientadoras emergiram da revisão de literatura, na fase concetual do estudo. O processo de construção das questões conjugou a área disciplinar de enfermagem suportada nas ciências da educação. Ainda, que pensado e operacionalizado na fase metodológica do estudo revela o carácter interdisciplinar que o objeto de estudo exige para a sua compreensão. Do ponto de vista do desenvolvimento curricular, este bloco refere-se ao nível micro e pretende-se que contribua para a caracterização do ato didático relativo à abordagem da sexualidade, que corresponde ao currículo em ação, nomeadamente aos elementos substantivos: objetivos, conteúdos/atividades, recursos e avaliação (Pacheco, 2001).

Dado que teve na sua génese um processo de construção diferente, referem-se de seguida, alguns dos pressupostos tidos em conta na sua construção, que sendo essenciais para a maioria dos autores, foram também essenciais nos blocos anteriores, sobretudo nas questões

---

<sup>22</sup> Na escala original os itens a recodificar são o 1, 2, 4, 6, 8, 10 e 12.

construídas explicitamente para este questionário. Quanto à forma procurou assegurar-se, como afirmam Carmo e Ferreira (2008) uma formulação de perguntas que revelasse uma coerência intrínseca e organizada por áreas temáticas claramente expressas. Assim, este bloco foi organizado em três secções:

Secção A – A abordagem da sexualidade em contexto de ensino teórico

Secção B – A abordagem da sexualidade em contexto de ensino clínico

Secção C – Importância atribuída, nível de conforto e nível de preparação para a prática clínica (estudantes) ou para o ensino (professores). Fatores influenciadores do processo de ensino e aprendizagem e modelo de abordagem predominante. Nível de vontade para o desenvolvimento da prática clínica no âmbito da sexualidade.

No que respeita à construção das questões atendeu-se à sua compreensibilidade e não ambiguidade. E também, que se cingissem a aspetos relativos à experiência do respondente, à minimização do incómodo na resposta, à não indução da resposta e à utilização de uma linguagem apropriada às características do respondente (Carmo & Ferreira, 2008; Moreira, 2004; Sampieri, Collado, & Lucio, 2006). Construíram-se questões de tipo fechado e aberto. Em termos de escala de medida recorreu-se às escalas nominal, ordinal e intervalar.

Detalha-se, de seguida a construção de cada secção deste bloco, enunciando-se para além das variáveis medidas, os autores de maior referência concetual para a sua definição.

As secções A e B decorrem de que a formação em enfermagem ao nível do 1º ciclo, regulamentada pela Portaria nº 779-D/99, de 18 de setembro estabelece no ponto 1 do artigo 3º que o “plano de estudos inclui, de forma adequadamente articulada, uma componente de ensino teórico e uma componente de ensino clínico.”. Nos artigos 4º e 5º apresenta os objetivos de ambos os ensinos. Logo, perante a natureza dual da formação, a caracterização da abordagem aos dois níveis é de extrema importância, pois o modelo de formação em alternância característico da enfermagem atribui às duas componentes pesos iguais, mas que se fundamentam em pressupostos diferentes.

A secção A englobou, para além duma pergunta filtro relativa à identificação da abordagem da sexualidade em contexto de ensino teórico, um conjunto de seis questões (Tabela 9).

Tabela 9

*Descrição da secção A: A abordagem da sexualidade em contexto de ensino teórico*

Variáveis medidas	Tipo de questões	Bibliografia de referência
Identificação da(s) UC	Aberta	-
Identificação do ano de curso da(s) UC		
Identificação dos conteúdos abordados:		
Físico e fisiológico	Mista Checklist Aberta	Bevis e Watson, 2005 Carvalho, 2008 Lopez e Fuertes, 1999 Louro, 2000 Pacheco, 2001 Roldão, 2006
Proteção e prevenção		
Atitudes		
Idade e desenvolvimento humano		
Educação sexual formal e informal		
Interação do par		
Culturas sociais, culturas de género		
Comportamentos de risco associados		
Desvios e comportamentos de minorias		
Ética		
Identificação da(s) UC onde foram abordados		
Tipologia das sessões letivas	Mista	Decreto-lei nº 42/2005, de 22 de fevereiro
Identificação da(s) UC onde foram abordados	Checklist Aberta	
Estratégias utilizadas	Fechada	Roldão, 2009 Vieira e Vieira, 2005
Tipo de instrumentos de avaliação	Fechada	Roldão, 2009

A secção B englobou, também a pergunta filtro relativa à identificação da abordagem da sexualidade em contexto de ensino clínico e um conjunto de quatro questões (Tabela 10).

Tabela 10

*Descrição da secção B – A abordagem da sexualidade em contexto de ensino clínico*

Variáveis medidas	Tipo de questões	Bibliografia de referência
Identificação da(s) UC estágio	Aberta	-
Identificação do ano de curso da(s) UC		
Âmbito do estágio		
Identificação das atividades organizadas por AV:		
AV Higiene pessoal e vestir-se	Mista Checklist Aberta	Roper, Logan e Tierney, 2001
AV Respirar		
AV Controlar a temperatura corporal		
AV Comer e beber		
AV Eliminar		
AV Mover-se		
AV Trabalhar e divertir-se		
AV Comunicar		
AV Dormir		
AV Manter o ambiente seguro		
AV Expressar a sexualidade		
Identificação do local onde ocorreram as situações	Mista Checklist Aberta	-
Identificação de como se sentiu nessas situações	Diferencial semântico	-

A secção C reuniu um conjunto de onze questões sobre algumas especificidades associadas ao processo de ensino e aprendizagem da sexualidade de que se destacam os fatores influenciadores, o nível de conforto e a perceção sobre a preparação para integrar a sexualidade na prática clínica, conjuntamente com o à-vontade em algumas atividades organizadas pelos domínios das competências da Ordem dos Enfermeiros (2004).

Tabela 11

*Descrição da secção C – Especificidades do processo de ensino e aprendizagem*

Variáveis medidas	Tipo de questões	Bibliografia de referência
Importância atribuída ao ensino da sexualidade	Tipo intervalar	(Brêtas, Ohara, & Querino, 2008)
Participação em atividades extracurriculares Tipo	Fechada Mista	-
Nível de conforto relativamente ao exercício da sexualidade (professores) Sentido de evolução	Tipo intervalar	Santos, Ribeiro, & Campos (2007)
Nível de conforto relativamente à prática clínica da sexualidade (estudantes) Sentido de evolução	Tipo Likert	Kong, Wu, & Loke (2009)
Perceção do nível de preparação para integrar a sexualidade no exercício docente (professores) Perceção do nível de preparação dos professores para o exercício docente da sexualidade (estudantes)	Tipo intervalar	Pereira (2007)
Fatores influenciadores do processo ensino aprendizagem da sexualidade Relacionados com o estudante Relacionados com o professor Relacionados à situação de interação	Tipo Likert	Bevis e Watson, 2005 Gaspar e Roldão, 2007 Pacheco, 2001 Pacheco, 2005
Modelo de aprendizagem da sexualidade	Fechada	
Perceção da preparação dos estudantes para a prática clínica da sexualidade (professores) Perceção da preparação para a prática clínica da sexualidade (estudantes)	Tipo intervalar	-
Perceção do nível de à-vontade dos estudantes para o exercício da prática clínica da sexualidade (professores) Perceção do nível de à-vontade para o exercício da prática clínica da sexualidade (estudantes)	Tipo Likert	(Ordem dos Enfermeiros, 2004)

### 3.3.2 – O Pré-teste

O pré-teste do questionário é um procedimento da maior relevância após a construção da primeira versão de um questionário. O investigador assegura a sua aplicabilidade e avalia se corresponde aos objetivos previstos. Entre outros aspetos o pré-teste permite além do teste

da compreensão semântica, avaliar se a forma das questões permite colher as informações pretendidas, se há recusa em responder a algumas questões pela sua própria natureza e se o questionário é demasiado extenso ou aborrecido. Avalia-se, ainda a disposição gráfica, as instruções para as respostas e as condições de aplicação (Carmo & Ferreira, 2008; Moreira, 2004; Sampieri, Collado, & Lucio, 2006). Para testar todos estes pressupostos é aplicado a um conjunto de pessoas que reflita as características da população onde vai ser aplicado.

Deste modo, foi realizado o pré-teste a três populações distintas, estudantes de 1º ano, estudantes de 4º ano e professores. O processo decorreu em duas escolas, com deferimento dos diretores de cada uma. Após, os contactos com os responsáveis em cada escola por acompanhar este processo, planeou-se a aplicação dos questionários nas condições mais semelhantes possível às que se perspectivavam para a aplicação final. Assim, decorreu maioritariamente para os estudantes em contexto de sala de aula, em tempo cedido para o efeito, sendo que para alguns estudantes de 4º ano, houve necessidade de serem entregues e devolvidos à posteriori, por se encontrarem em ensino clínico. Para os professores foi feito contacto pessoal e fornecido o questionário, que foi devolvido posteriormente.

O pré-teste foi aplicado a 150 sujeitos, distribuídos de seguinte forma: 47.3% (71) estudantes do 1º ano, 28% (42) estudantes do 4º ano e 24.7% (37) professores.

Quanto à verificação dos pressupostos acima referenciados constatou-se uma boa compreensibilidade das questões e não houve recusa de respostas a questões específicas. Este facto revelou-se positivo, essencialmente, pelo carácter sensível do assunto em estudo e que por vezes, se revela de difícil resposta. Contudo, alguns aspetos mereceram referência por parte dos respondentes. Os mais mencionados foram os que se relacionaram com o formato de resposta de algumas questões, nomeadamente a sugestão de se poder passar de uma resposta em formato dicotómico para uma com mais posições de resposta. Também, a indicação expressa de que em algumas respostas poderia haver a possibilidade de assinalar mais do que uma resposta.

Foi, ainda, feito um tratamento prévio dos resultados dos questionários, nomeadamente estatísticas descritivas de algumas variáveis e avaliação das qualidades psicométricas das escalas do 1º, 2º e 3º blocos.

Perante estes aspetos, procedeu-se a alterações no sentido de otimizar as versões finais com o objetivo de se tornarem mais adequadas aos respondentes. Também, estas alterações contribuíram para a criação da base no programa IBM® SPSS® Statistics 22, nomeadamente o dicionário de variáveis. No apêndice B podem consultar-se as versões finais dos três questionários utilizados nesta investigação.

#### 3.4 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Apuradas as escolas onde o estudo ia decorrer e em posse dos instrumentos de colheita de dados na sua versão final, passou-se à planificação e recolha de dados.

O primeiro passo consistiu em endereçar uma comunicação via *e-mail* aos órgãos diretivos das cinco escolas selecionadas (Apêndice C) a solicitar autorização para a realização do estudo. Todas as instituições responderam positivamente, passando-se num segundo momento de acordo com o calendário enviado a programar os momentos de recolha de dados. Em todas as escolas foi indicada uma pessoa de referência para contacto preferencial, com a qual disponibilizou, quer via *e-mail* quer por telefone, dados importantes como casuística dos estudantes do 4º ano, momentos e locais mais convenientes para a recolha de dados.

Conforme o calendário previsto, a recolha de dados iniciou-se pelos estudantes do 4º ano, tendo ocorrido nos meses de junho e julho de 2012, em momento cedido pela escola e na presença da investigadora. Somente, numa escola os questionários foram preenchidos na ausência da investigadora por razões de organização interna e devolvidos posteriormente. Dando-se cumprimento aos princípios inerentes a um momento de recolha de dados, foi explicitado todo o pedido de consentimento informado, constante da folha de rosto do questionário, esclarecidas as dúvidas levantadas e acompanhado todo o momento de preenchimento. O tempo médio foi de cerca de 45 minutos. Face a uma amostra estimada de 333 estudantes, responderam ao questionário 253. Explicita-se a relação entre o número estimado, o número real e o número de respondentes, conjugado com a correspondência à taxa de resposta em relação aos números de estudantes fornecido pelas escolas (Tabela 12). As taxas de resposta face ao número de estudantes fornecido foram muito satisfatórias (superiores a 78%), apenas uma escola apresentou uma taxa inferior a 50%. Em termos médios, a taxa de resposta face ao mesmo indicador foi de 74,6%. A diferença entre o número estimado e o número fornecido resulta da mobilidade de estudantes ao longo do curso,

nomeadamente a não transição de ano, e ainda fatores como mudança de curso, transferência ou anulação de matrícula. Por outro lado, a diferença entre o número fornecido e o número de respondentes fundamenta-se na ausência no momento de colheita de dados. Todos os presentes responderam ao questionário.

Tabela 12

*Relação entre o número estimado de estudantes do 4º ano, o número fornecido pelas escolas e o número de respondentes*

Escola	Nº estimado de estudantes	Nº fornecido pelas escolas	Nº de estudantes que responderam	Taxa de resposta em %
A	83	80	63	78.8
L	53	40	35	87.5
M	72	66	55	83.3
U	86	78	66	84.6
V	79	75	34	45.3
Total	373	339	253	74.6

A recolha de dados dos estudantes do 1º ano ocorreu entre a segunda metade do mês de setembro e outubro de 2012. Relativamente ao momento de recolha de dados, a investigadora esteve presente em duas escolas em momento agendado e acordado para o efeito; enquanto nas outras três foram as próprias escolas que se responsabilizaram pela recolha de dados. As razões da ausência da investigadora prenderam-se com a disponibilidade manifestada pelos elementos de referência para assumirem esta tarefa, associado ao distanciamento geográfico. Neste sentido, foram explicitados a estes elementos os procedimentos de recolha de dados a praticar, solicitando-se a sua colaboração e disponibilidade para acompanhar todo o processo até ao envio dos questionários, o qual foi concretizado por mão própria ou via correio. Dos dados recolhidos, o tempo médio de resposta foi de cerca de 15 minutos e não houve recusa ao preenchimento de nenhum estudante presente ao momento de colheita de dados.

Pode observar-se a relação entre o número de vagas colocadas a concurso por cada escola e o número de respostas obtidas (Tabela 13). Tratando-se esta amostra de conveniência, manteve-se, no entanto, o princípio de se inquirir como unidade amostral a turma à semelhança dos estudantes do 4º ano; contudo numa escola no momento de recolha de dados estiveram presentes duas turmas, tomando-se a decisão pela dificuldade de referenciar cada estudante à sua turma, a recolha de dados a todos os estudantes. Por outro lado, o



registo de um número superior de respondentes em relação ao número de vagas previstas em duas escolas decorre de que estas turmas integraram estudantes de outros regimes de acesso e ingresso, nomeadamente os concursos locais e os concursos especiais. Igualmente, as taxas de resposta são favoráveis, sendo a taxa média de resposta de 90,1%.

Tabela 13

*Relação entre as vagas colocadas a concurso nacional no ano letivo 2012/2013 e o número de respondentes*

Escola	Vagas concurso nacional de acesso e ingresso no ensino superior público (ano letivo 2012/2013)	Nº de estudantes que responderam	Taxa de resposta em %
A	106	105	99.1
L	46	32	69.6
M	70	71	10.4
U	80	83	103.8
V	72	55	76.4
Total	374	346	-

Relativamente aos professores, a recolha de dados não ocorreu totalmente da forma prevista. Assim, aquando do primeiro contacto presencial com as escolas, nos meses de junho e julho de 2012, foram apresentados os critérios para a seleção dos professores, a saber: ser professor da área científica da enfermagem e lecionar a área da sexualidade. Nesta sequência, observou-se um certo constrangimento quer em identificar esses professores, quer em obter a sua colaboração para participar. As respostas foram no sentido de que havia dificuldade em saber concretamente quem o faz; a sexualidade é abordada como “outro assunto”; está mais ligada a determinadas áreas com a enfermagem de saúde infantil ou a enfermagem na área da saúde reprodutiva, não esquecendo a referência à sexualidade como área sensível. Foi, assim, necessário negociar o acesso a estes professores, pelo que em três escolas foi possível contactar diretamente com professores destas duas áreas identificadas e solicitar a sua colaboração, enquanto nas outras o acesso foi indireto, dado que foi realizado pelo elemento de referência.

Foram distribuídos nesta fase 125 questionários na totalidade das cinco escolas. Todos foram entregues acompanhados de um envelope para serem colocados após preenchimento, garantindo-se, deste modo, o direito à resposta individual e a confidencialidade das respostas.

Acordou-se que a sua devolução ocorreria nos mesmos moldes dos questionários dos estudantes do 1º ano, ou seriam entregues à investigadora quando se deslocasse à escola ou remetidos posteriormente. A taxa de resposta foi baixa, apenas 34 professores devolveram o questionário, o que em termos percentuais corresponde a 27.2% e apenas foram considerados válidos 21, estando os restantes em branco ou muito parcialmente preenchidos.

Revelando-se este facto problemático, decidiu-se, por outra forma de abordagem, a concretizar na segunda fase do estudo.

Dado que, também pela baixa adesão dos professores, se reformulou a forma de acesso, decidiu-se, enviar conjuntamente a este pedido de materiais das UC, novamente questionários para os professores, colocando aqui o critério de que deveriam lecionar nestas UC. Uma vez que algumas UC não seriam em algumas escolas lecionadas pelos professores da área científica da enfermagem, como no caso das ciências sociais e humanas ou da anatomia fisiologia, optou-se por aceitar todos os questionários e depois considerar como válidos apenas os preenchidos pelos professores da respetiva área; contudo nenhum dos devolvidos se enquadrou neste critério de validação. Foram remetidos 68 questionários, igualmente, em envelope para fechar e com um envelope de correio verde para o responsável por os congregar fazer o seu envio. A devolução cifrou-se em 43 questionários, dos quais apenas foram considerados válidos 26, em virtude de quatro estarem muito incompletos no preenchimento, cinco em branco e oito na forma como haviam sido remetidos. No global das duas fases dos 193 questionários enviados consideraram-se válidos para o estudo 47, o que dá uma percentagem de respostas válidas no valor de 24.4% (Tabela 14). Ainda que seja, um valor baixo, enquadra-se no valor médio de resposta esperada, que é de 20 a 30% (Hill & Hill, 2008).

Tabela 14

*Síntese do número de professores respondentes nas duas fases de colheita de dados*

Escola	1ª Fase				2ª Fase			
	Enviados	Devolvidos	Rejeitados	Válidos	Enviados	Devolvidos	Rejeitados	Válidos
A	22	2	2	2	20	2	1	1
L	21	4	4	6	10	8	1	7
M	22	5	2	11	12	-	-	-
U	35	13	3	2	13	8	2	6
V	25	10	2	-	13	25	13	12
Total	125	34	13	21	68	43	17	26

### 3.5 – TRATAMENTO DOS DADOS

Ao nível do tratamento dos dados, apresenta-se o tratamento estatístico efetuado aos dados produzidos. Faz-se também referência ao tratamento prévio que duas questões sofreram para se poder desenvolver a componente suplementar do estudo e otimizar a introdução dos dados.

#### Tratamento estatístico

Os dados de natureza quantitativa foram sujeitos a tratamento estatístico com recurso ao IBM® SPSS® Statistics 22 e centrou-se na estatística descritiva e estatística inferencial.

Como procedimentos descritivos foram realizados os seguintes: descrição de dados pelo cálculo de frequências absolutas ( $n^o$ ) e relativas (%); cálculo de medidas de tendência central – a média ( $M$ ) e a mediana ( $Me$ ) e cálculo de medidas de dispersão – o valor mínimo, o valor máximo e o desvio padrão ( $DP$ ).

Quanto à estatística inferencial e para decisão do tipo de testes a utilizar foram verificadas as condições de aplicação dos testes paramétricos: a normalidade da distribuição das variáveis e a homogeneidade das variâncias populacionais (Dancey & Reidy, 2006; Marôco, 2010). Para verificar a normalidade usou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov e o teste de Shapiro-Wilk e o teste de Levene para verificar a homogeneidade das variâncias. Os resultados são apresentados no apêndice D.

Dado que quer ao nível da normalidade e da homogeneidade das variâncias os resultados mostraram violação destes pressupostos para algumas variáveis, ou seja, um valor de significância inferior ou igual a .05, decidiu-se utilizar os testes não paramétricos. A decisão pela utilização dos testes paramétricos ou testes não paramétricos não é uma decisão consensual nos diferentes autores, em presença da violação dos pressupostos. Contudo, fundamentou-se esta decisão em concordância com Marôco (2010, p. 315) quando refere “é geralmente aceite que os testes não paramétricos são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos. (...) Porém esta afirmação só é realmente robusta para amostras de grande e igual dimensão. Para amostras pequenas, de diferentes dimensões e onde as variáveis sob estudo não verificam os pressupostos dos métodos paramétricos, os

testes não paramétricos podem ser mais potentes.”. Também Moreira (2006) partilha desta opinião. Na presente investigação, está-se perante amostras de diferente dimensão, sendo a dos professores inferior a 50 e existe violação dos pressupostos, pelo que a utilização da estatística não paramétrica pareceu a mais adequada.

Foram utilizados os seguintes testes não paramétricos:

- Para amostras independentes – teste de Mann-Whitney e teste de Kruskal-Wallis com comparações múltiplas das ordens de Dunn<sup>23</sup>;
- Para amostras emparelhadas – teste de Wilcoxon e teste de Friedman;
- Para testes de correlação – teste de correlação de Spearman.

No tratamento estatístico dos dados assumiu-se um  $p < .05$ , como valor crítico de significância dos resultados.

De referir, também, que no tratamento das escalas foram utilizadas diversas técnicas estatísticas. Para a EAS foi utilizada a AFCP, como forma de avaliar a análise de constructo, com verificação dos pressupostos, teste de Bartlett e índice de Kaiser-Meyer-Olkin e com uma rotação Varimax. A avaliação da consistência interna para a MCSDS-SF foi feita com recurso ao *KR-20* e para as restantes pelo alfa de Cronbach.

#### Tratamento prévio de algumas questões

Particulariza-se o tratamento feito aos dados obtidos pelas questões 4.1 a) da secção A e 4.2 a) da secção B do bloco 4 – o processo de ensino e aprendizagem da sexualidade humana, ao nível da fase preparatória da criação e introdução dos dados na base de dados. A explicitação deste tratamento prende-se com a necessidade de tornar claro este processo e ilustrar como de um conjunto inicial de UC identificadas se atribuiu um sentido, não só facilitador da criação e introdução dos dados, mas também já enformado de uma orientação prévia para a apresentação e análise dos resultados.

As questões 4.1 e 4.2 solicitavam uma resposta afirmativa ou negativa às seguintes interrogações: *Durante o curso de enfermagem a sexualidade foi abordada em algum*

---

<sup>23</sup> Na apresentação dos resultados com recurso às comparações múltiplas das ordens de Dunn utilizaram-se os outputs produzidos pelo software IBM® SPSS® Statistics 22 na opção *Pairwise comparisons* que permite em simultâneo, a visualização das diferenças entre os pares com indicação do grau de significância e também a sua representação gráfica (Field, 2013; Marôco, 2010).

*momento no ensino teórico?* e *Durante o ensino clínico houve alguma situação que se relacionasse com aspetos da sexualidade?*; solicitando-se de seguida que em caso afirmativo as unidades curriculares fossem identificadas e referenciadas ao ano curricular correspondente (questões 4.1 alínea *a* e 4.2 alínea *a*). Assim, foi constituída uma lista exaustiva das UC/ano curricular e por escola, com nomeação conforme a designação constante no plano de estudos de cada escola, que resultou para o ensino teórico num conjunto de 82 UC e para o ensino clínico num total de 32 UC. De seguida as UC foram agregadas por áreas científicas similares e por ano curricular. Em algumas houve necessidade de recorrer a subáreas do conhecimento, nomeadamente as que se encontravam na área científica de enfermagem. Após, o que foi atribuída uma designação comum aos diferentes conjuntos de UC, tendo em conta o ano curricular onde se situavam. Por último, foi atribuído um código organizado do seguinte modo: designação numérica da UC/área ou subárea/ano curricular. Resultaram 20 códigos para as UC relativas ao ensino teórico e 11 para as do ensino clínico. Na figura 4 ilustra-se este processo. No processo de introdução de dados foi utilizada a designação numérica de cada UC.

ENSINO TEÓRICO	4.1 – Durante o curso de enfermagem a sexualidade foi abordada em algum momento no ensino teórico? Sim   Não 4.2 a) Em que unidades curriculares? A que ano pertencem?	Constituição de lista exaustiva das UC/ano curricular /escola – nomeação conforme plano de estudos  → Agregação das UC por áreas   subáreas científicas similares   ano curricular  Exemplo: Enfermagem da saúde da mulher Enfermagem da conceção à adolescência Enfermagem da saúde reprodutiva  → Atribuição de designação comum à UC  Exemplo: “Enfermagem de saúde reprodutiva”  → Atribuição final de código: Designação numérica da UC   área ou subárea   ano curricular  Exemplo: 115   Enfermagem saúde reprodutiva   3	Lista de códigos das UC  101 Psicologia 1 102 Psicologia 2 103 Sociologia 1 104 Sociologia 2 105 Sociologia 3 106 Anatomia   Fisiologia 1 107 Anatomia   Fisiologia 2 108 Anatomia   Fisiologia 3 109 Fundamentos de Enf.1 110 Enf. Adulto Idoso 2 111 Enf. Adulto Idoso 3 112 Enf. Comunitária 2 113 Enf. Comunitária 3 114 Enf. Comunitária 4 115 Enf. Saúde Reprod. 3 116 Enf. Criança   Adoles. 3 117 Enf. Saúde Mental 3 118 Enf. Alto Risco 4 119 Educação Saúde 1 120 Formação e desenv. 3
ENSINO CLÍNICO	4.2 – Durante o ensino clínico houve alguma situação que se relacionasse com aspetos da sexualidade? Sim   Não 4.2 a) Em que estágios? A que ano pertencem? Qual o âmbito do estágio?	→ Agregação das UC por áreas   subáreas científicas similares   ano curricular  Exemplo: EC-Enfermagem saúde materna e obstetrícia EC-Enfermagem da conceção à adolescência EC-Enfermagem mulher e saúde reprodutiva  → Atribuição de designação comum à UC  Exemplo: Enfermagem da Saúde Reprodutiva  → Designação numérica da UC   área ou subárea   ano curricular  Exemplo: 107   Enfermagem de saúde reprodutiva   3	101 Fundamentos de Enf.1 102 Fundamentos de Enf.2 103 Enf. Médico Cirúrgica 2 104 Enf. Médico Cirúrgica 3 105 Enf. Comunitária 3 106 Enf. Comunitária 4 107 Enf. Saúde Reprod. 3 108 Enf. Criança   Adoles. 3 109 Enf. Saúde Mental 3 110 Enf. Ortopneumato. 3 111 Estágio Integração vida Profissional 4

AS  
QUESTÕES



FASE PREPARATÓRIA DO TRATAMENTO DAS QUESTÕES



INTRODUÇÃO  
DOS DADOS

Figura 4. Esquema do tratamento das questões nº 4.1 alínea a) e 4.2 alínea a) do bloco 4 – o processo de ensino e de aprendizagem da sexualidade humana

#### **4 – COMPONENTE SUPLEMENTAR DA INVESTIGAÇÃO – A ABORDAGEM QUALITATIVA**

Esta componente suplementar foi delineada com o objetivo de que fosse possível aceder a uma perspetiva do desenvolvimento curricular não avaliada pela componente central. Tratou-se de centrar a análise efetuada, no conjunto de intenções científicas e pedagógico-didáticas inscritas nos planos curriculares (Oliveira, Pereira, & Santiago, 2004), fazendo emergir as orientações dominantes no processo de ensino e aprendizagem da sexualidade.

No caso da estratégia adotada, estratégia sequencial, a componente suplementar deve concretizar-se após a componente central estar concluída, podendo ser delineada logo na fase de projeto ou emergir da componente central (Creswell, 2010; Morse & Niehaus, 2009). Na presente investigação foi planeada na fase inicial, mas com uma dependência do tratamento prévio dos resultados, nomeadamente a contribuição para a definição da amostra. A componente suplementar veio contribuir para uma maior inteligibilidade do objeto de estudo, essencialmente porque permitiu o conhecimento de vertentes não acessíveis pela componente central, conforme anteriormente referido.

Recorreu-se à análise documental, enquanto técnica inscrita na abordagem qualitativa. A análise documental utilizada ao nível da investigação educacional (Calado & Ferreira, 2005), permite, entre outros aspetos, através de um conjunto de operações, a descrição e representação de documentos de uma forma diferente da original, mas em si mesma, unificada e sistemática com uma finalidade específica (Bardin, 2011; Iglesias & Gómez, 2004). Aires (2011) define-a como técnica indireta que desempenha diversas funções “apoiar os métodos directos de recolha de informação, «validar» e contrastar a informação obtida, reconstituir acontecimentos importantes para as pessoas ou grupos sociais em análise” (p. 42). Também Creswell (2010) considera a análise documental como adequada na componente suplementar, *qual*, de um desenho de métodos mistos.

Como documento entende-se, uma declaração escrita, oficialmente reconhecida, que serve de prova de um acontecimento (Cellard, 2010), podendo traduzir-se numa representação social de contextos sociopolíticos e contribuir para a compreensão de questões e saberes considerados pertinentes em determinados contextos (Borrione & Chaves, 2004). Neste sentido, constituíram-se como documentos, as fichas das UC referentes aos diversos planos

de estudos das cinco escolas e também trabalhos produzidos pelos estudantes no âmbito das mesmas unidades curriculares. Ambos os documentos quanto à sua natureza classificam-se em fontes primárias e quanto à forma como textuais (Quivy & Campenhoudt, 2003). Foram asseguradas a crítica externa, no que respeita ao seu carácter genuíno e a crítica interna, assegurando a sua autoria (Bell, 1997).

Em concordância com Oliveira, Pereira, & Santiago (2004) a análise das fichas das UC pode entender-se como um ato complexo, pelo olhar descontextualizado que é feito, ou seja, não é possível comparar o discurso com as práticas, o que permitiria uma melhor apreensão do que o envolve. Contudo, a sua análise ao permitir aceder às orientações dominantes ao nível do processo de ensino e aprendizagem da sexualidade, nas dimensões: objetivos, conteúdos, tipologia das sessões letivas, estratégias de ensino aprendizagem e avaliação, ou seja, às orientações curriculares prescritas e legitimadas, as mesmas vieram enformar uma visão construída durante a componente central, que traduziu o currículo real.

#### 4.1 – A AMOSTRA

A definição da amostra na componente suplementar num desenho de métodos mistos com uma estratégia sequencial é um processo criterioso. Esta componente tem objetivos muito precisos, que pela sua concretização ajudam a descrever dados não acessíveis na componente central, mas que são essenciais para a compreensão do objeto de estudo. A amostra constituiu-se nas fichas das UC e em materiais produzidos nas mesmas UC, partindo-se dos resultados da componente central para a sua determinação.

Tendo como base as UC onde a temática da sexualidade foi identificada pelos estudantes<sup>24</sup>, desenvolveram-se vários passos até à constituição da amostra a ser analisada.

- Definição dos critérios para selecionar as UC a analisar partindo das tabelas constantes no apêndice E. Assim, estabeleceram-se os seguintes critérios: analisar as UC que estavam referenciadas em todas as escolas e analisar a UC mais referenciada quando não surgia em todas as escolas. O primeiro critério permitiu aceder às regularidades e o segundo às singularidades.

---

<sup>24</sup> Tabela 44 “Unidades curriculares do ensino teórico onde foi identificada a abordagem da sexualidade segundo estudantes do 4º ano e professores” e apêndice E que mostra a distribuição destas unidades curriculares por escola.

Tabela 55 “Unidades curriculares do ensino clínico onde foi identificada a abordagem da sexualidade segundo estudantes do 4º ano e professores” e apêndice E que mostra a distribuição destas unidades



- Recontextualização do código atribuído no processo de codificação ao nível do tratamento dos dados na componente central, na designação da UC conforme plano de estudos;
- Identificação das UC por escola, que resultou num conjunto de 44 UC de ensino teórico e 24 UC de ensino clínico.

#### 4.2 – FASE DE RECOLHA DE DADOS

Esta fase iniciou-se em abril de 2013 e decorreu até final de 2013. Foi à semelhança da componente central, remetida uma carta a todas as escolas, neste caso via correio, com a solicitação de colaboração e onde se especificava a natureza da colaboração pretendida, com o devido enquadramento no estadio de desenvolvimento do estudo (Apêndice F). Simultaneamente, foram estabelecidos contactos pessoais e contactos via e-mail para reforçar e explicitar o que se desejava. Procurou-se que este momento de recolha de dados fosse dirigido, no sentido de que esta objetividade pudesse ser mais facilitadora da colaboração. Assim, foi enviado a cada escola a lista das UC identificadas e solicitado que referente a cada uma pudesse ser enviado:

- A ficha da UC constante do plano de estudo;
- A ficha da UC elaborada pelo titular referente ao planeamento operacional (se possível, com referência a um ano letivo compreendido entre os anos letivos 2008/2009 a 2011/2012);
- Documentos que o professor elaborou e disponibilizou aos estudantes;
- Trabalhos que os estudantes tenham elaborado sobre a sexualidade.

A resposta a esta solicitação foi inconsistente, dado que umas escolas colaboraram prontamente, disponibilizando a grande maioria dos documentos solicitados, enquanto noutras, a contribuição foi muito reduzida. Nos inúmeros contactos que foram feitos, percebeu-se algum constrangimento em expor à análise da investigadora.

No apêndice G consta a distribuição dos materiais recolhidos por escola, os quais se constituíram no conjunto de documentos sujeitos a tratamento. As UC foram identificadas com numeração sequencial por escola por ano curricular (UC1-ano a UCn-ano).

#### 4.3 – TRATAMENTO DOS DOCUMENTOS OBTIDOS

O tratamento dos documentos obtidos foi feito pela análise de conteúdo. Seguiram-se as orientações de Bardin (2011) apoiadas em Landry (2003) quanto às fases a seguir e em Guerra (2006) quanto ao tipo de análise a efetuar.

Constituído o conjunto dos documentos a analisar a partir dos materiais recolhidos, entrou-se na fase de pré-análise: escolha dos documentos a submeter a análise, determinação dos objetivos e elaboração dos indicadores. Situando-se o objetivo desta componente, no sentido da apropriação das orientações dominantes presentes nas intenções científicas e pedagógico-didáticas dos programas das UC e nos materiais associadas às mesmas no processo de ensino e aprendizagem da sexualidade, a etapa da pré-análise constitui-se como operacionalização do mesmo. A leitura flutuante realizada permitiu conhecer os diferentes materiais e verificar que nem em todos havia a menção explícita, nomeadamente a objetivos ou conteúdos que se relacionassem à sexualidade. Este facto, encaminhou para a escolha dos documentos a analisar, pois perante um objetivo determinado era de todo o interesse escolher os que eram mais suscetíveis de fornecer informações sobre o objeto de estudo (Bardin, 2011; Landry, 2003). Esta decisão possibilitou por um lado, diminuir o conjunto de documentos a analisar, mas indicou também a existência de diferenças entre o currículo prescrito e/ou moldado pelo professor e o currículo real. No corpus sujeito a análise, foram consideradas 22 UC relativas ao ensino teórico. Não se considerou nenhuma UC do ensino clínico, em virtude de não ficarem explícitos através da leitura objetivos ou conteúdos relativos à sexualidade. Apresenta-se a distribuição das UC a analisar por ano curricular e área de educação e formação (Tabela 15).

Tabela 15  
*Síntese do corpus documental sujeito a análise*

Escola	Ano curricular	Área de educação e formação	Fichas de unidade curricular		Materiais
			Plano de estudos	Operacional	Trabalhos realizados pelos estudantes
A	1º	721	1	-	-
L		310	-	1	-
L		721	-	1	-
M		721	1	-	-
U		721	1	-	-
V		721	-	1	-
A	2º	723	2	-	-
L		723	-	2	-
M		723	3	-	-
A	3º	723	2	-	-
L		723	-	3	Sim
M		723	1	-	-
U		723	2	-	-
V		723	-	1	Sim
Total			13	9	-

A decisão quanto ao tipo de análise de conteúdo a efetuar, não se pode considerar um procedimento neutro, já que decorre do enquadramento paradigmático de referência (Guerra, 2006). Assim, dada a assunção dum paradigma pós-positivista com uma orientação pragmática, optou-se por um movimento dedutivo-indutivo, a partir das dimensões da operacionalização do desenvolvimento curricular, nomeadamente, objetivos, conteúdos, tipologia das sessões, estratégias de ensino aprendizagem e avaliação. Ainda que pudesse ser classificada como uma análise temática (Bardin, 2011), optou-se por classificá-la em acordo com Guerra (2006) como uma análise tipológica. Esta é um processo simplificado de análise de conteúdo e permite uma comparação pela construção de tipologias, sendo considerada uma análise descritiva, o que ia ao encontro ao que se pretendia, a comparação entre os currículos. Ao pretender-se organizar os materiais nas dimensões referidas, as tipologias, foi necessário definir os temas e eventualmente os subtemas à volta dos quais as mesmas seriam classificadas. Foram deste modo considerados os temas constantes do inquérito por questionário, relativos a cada dimensão, à exceção da dimensão objetivos que se construiu a partir dos níveis da estrutura do processo cognitivo de Bloom revista (Ferraz & Belhot, 2010). Estabeleceu-se que este processo de reagrupamento seria desenvolvido pela proximidade do tema constante no documento com o constante na grelha de análise, encontrando-se as

semelhanças e as diferenças, numa lógica mais dedutiva. Deixando também a possibilidade de emergirem novos temas do material em análise, registando-se para ambas as situações, as frequências. Pode assim caracterizar-se a existência de uma grelha de análise mista que contempla categorias derivadas do quadro teórico e outras emergentes do material que levaram ao alargamento do quadro teórico proposto. Creswell (2010) refere que a existência de um livro de códigos na investigação qualitativa, que se pode entender como uma grelha, é útil quando “a pesquisa quantitativa domina e é necessária uma abordagem mais sistemática da pesquisa qualitativa” (p. 221). A cada dimensão (leia-se tipologia) foram associados os temas por área de educação e formação e a necessária correspondência à unidade curricular por ano curricular em cada escola que se traduziu no seguinte código, “Escola, Unidade curricular-Ano”. Nesta lógica foram construídas grelhas para cada uma das dimensões em análise (Apêndice H).

Na fase de exploração do material, aplicaram-se as diferentes grelhas por dimensão aos diferentes materiais, cumprindo-se as regras da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. No apêndice I podem ser visualizadas.

Dado que estes dados respeitam à componente suplementar da investigação e situando-se o ponto de interface com a componente central ao nível da apresentação dos resultados, os mesmos são incorporados ao longo do ponto 6 do capítulo seguinte. Desta forma, a apresentação paralela dos resultados possibilitou descrever dados não acessíveis pela componente central e que vieram enriquecer a compreensibilidade do processo de ensino e aprendizagem da sexualidade. Por outro lado, os resultados obtidos nesta componente suplementar vieram contribuir para a validade interna dos resultados, ao focalizarem as especificidades e particularidades do objeto de estudo, contudo sem possibilidade de generalizações. Conjuntamente com a validade externa dos resultados obtidos pela componente central, estes resultados permitem garantir um nível razoável de validade interna e externa e realçar a importância de se integrarem resultados de métodos qualitativos e quantitativos.

A interpretação de todos os dados resultantes das duas componentes é feita ao nível da discussão dos resultados, traduzindo-se na visão global do objeto de estudo.

## 5 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em qualquer investigação científica as questões de natureza ética devem ser colocadas cuidadosamente. Assim, desde o princípio equacionaram-se os princípios básicos que regulam a investigação com seres humanos. A saber: o respeito pelas pessoas, a beneficência e a justiça (Relatório Belmont, 1978, citado por Lima, 2006). De forma a cumprir estes princípios foram desenvolvidas normas de conduta científica, que como refere Lima (2006) devem situar-se em todas as fases de investigação, desde a escolha do tema até à publicação dos resultados.

No sentido de assegurar um desenho de investigação válido, o projeto de investigação foi discutido em prova de registo e na sua decorrência solicitou-se parecer à Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, o qual foi deferido (Apêndice J).

Ao nível da construção dos instrumentos de recolha de dados, dado que se utilizaram escalas de medida construídas por outros autores foram realizados pedidos de autorização aos autores, cumprindo-se um princípio ético recomendável (Moreira, 2004). Todos os autores deram o seu consentimento (Apêndice L).

Para a seleção dos participantes as questões éticas foram consideradas a dois níveis: o que se prende com as escolas na sua dimensão institucional e a dimensão individual de cada participante. Na dimensão institucional foi solicitada em cada escola autorização para desenvolver a investigação em carta via correio eletrónico dirigida aos órgãos diretivos (Apêndice C). Esta carta explicitava o objeto de estudo e os objetivos, o que se esperava da participação da escola, os participantes, os instrumentos e momentos para colheita de dados; bem como, a nomeação de uma pessoa de referência para desenvolver os contactos mais operacionais. Todas as escolas responderam afirmativamente.

Relativamente, ao que se relaciona com cada participante (estudantes e professores), ou seja a dimensão individual, os participantes selecionados estiveram de acordo com os propósitos do estudo, eram representativos da população em estudo e em número adequado. De forma a garantir o consentimento informado, como princípio fundamental para a aceitabilidade ética de um estudo (Lima, 2006) desenvolveram-se os seguintes aspetos. Ao nível da construção dos questionários foi contemplada na folha de rosto informação sobre a identificação da

investigadora, contactos e a sua afiliação académica e os propósitos do estudo. Consideraram-se também os aspetos relacionados com o carácter voluntário da sua participação e um espaço para a colocação de uma cruz (X) como confirmação da concessão do consentimento. No momento de recolha de dados foi lido e explicitado o consentimento informado e garantiu-se a confidencialidade dos dados fornecidos e o anonimato de todos os participantes. Igualmente, explicitou-se o processo de armazenamento dos dados e quem lhe teria acesso. Em observância a todos os aspetos considera-se ter cumprido os princípios éticos exigíveis.

## **CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**





## 1 – CARATERIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES SOBRE SEXUALIDADE

Caraterizam-se, seguidamente, os grupos de estudantes e o grupo de professores relativamente à sua participação em atividades sobre a sexualidade.

A maioria dos estudantes do 1º ano e do 4º ano participou em atividades sobre sexualidade como formando (83.8% (290) e 84.1% (211), respetivamente) (Tabela 16).

Tabela 16

*Participação em atividades sobre sexualidade como formando para os estudantes*

Participação em atividades sobre sexualidade como formando	Est. 1º ano		Est. 4º ano	
	N	%	N	%
Sim	290	83.8	211	84.1
Não	56	16.2	40	15.9
Total	346	100.0	251	100.0

Dos participantes em atividades e através da análise de respostas múltiplas<sup>25</sup> constatou-se que para os estudantes do 1º ano o ensino básico e secundário foi o mais reconhecido (88.9% das respostas). Quanto aos estudantes do 4º ano há uma aproximação entre a participação em atividades ao nível do ensino básico e secundário e o ensino superior (44.6% e 43.0%, respetivamente) (Tabela 17).

Tabela 17

*Contextos da participação em atividades sobre sexualidade como formando para os estudantes*

Contexto	Est. 1º ano			Est. 4º ano		
	Respostas		% de casos	Respostas		% de casos
	N	%		N	%	
Ensino básico e secundário	289	88.9	99.7	168	44.6	80.0
Ensino superior	3	0.9	1.0	162	43.0	77.1
Serviços de saúde	31	9.5	10.7	47	12.5	22.4
Escuteiros	1	0.3	0.3	-	-	-
Instituto Português da Juventude	1	0.3	0.3	-	-	-
Total	325	100.0	112.1	377	100.0	179.5

<sup>25</sup> A análise de respostas múltiplas permite avaliar simultaneamente as frequências absolutas e relativas das respostas, bem como a correspondência do número de respostas em relação ao número de participantes, expressa pela percentagem dos casos (% de casos).

Relativamente ao número de horas de formação, a média para os estudantes do 1º ano foi de 6.85 horas ( $DP=5.94$ ) e para os estudantes do 4º ano foi de 17.03 horas ( $DP=24.11$ ). O resultado do teste de Mann-Whitney mostrou uma diferença significativa no número de horas de formação em função do ano curricular ( $U=16728.000$ ;  $n1=279$ ;  $n2=190$ ;  $p=.000$ ): a mediana dos estudantes do 4º ano (10.0) é o dobro da dos estudantes do 1º ano (5.0) (Tabela 18). Considerando o sexo, não se registaram diferenças quer nos estudantes do 1º ano ( $U=5636,5$ ;  $n1=53$ ;  $n2=226$ ;  $p=.501$ ) quer do 4º ano ( $U=2465,5$ ;  $n1=32$ ;  $n2=158$ ;  $p=.825$ ).

Tabela 18

*Horas de participação em atividades sobre sexualidade para os estudantes*

Horas de participação em atividades sobre sexualidade	Est. 1º ano	Est. 4º ano
Media	6.85	17.03
Mediana	5.0	10.0
Desvio-padrão	5.94	24.11
Mínimo	1	1
Máximo	40	160

No grupo dos professores 57.4% (27) participaram em atividades como formandos em atividades sobre sexualidade. A frequência de ações de formação é o contexto mais mencionado com 62.9% das respostas (Tabela 19). A média de horas de formação situou-se nas 42.2 horas ( $DP=49.81$ ) com um valor mínimo de 3 e um valor máximo de 200 horas.

Tabela 19

*Contextos da participação em atividades sobre sexualidade como formando para os professores*

Contexto	Professores		
	Respostas		% de casos
	N	%	
Ação de formação	22	62.9	81.5
Curso de curta duração	10	28.6	37.0
Pós-graduação	1	2.9	3.7
Curso de Estudos Superiores de Especialização em Enfermagem	1	2.9	3.7
Curso formação de formadores em educação sexual e planeamento familiar	1	2.9	3.7
Total	35	100.0	129.6

Os professores foram ainda questionados se participaram em atividades sobre sexualidade como formadores. Assim, dos 46 respondentes, a maioria não participou (60.9%), sendo que

39.1% afirmaram ter participado. Dos que participaram, através da análise de respostas múltiplas, evidenciou-se a participação de 76.5% como formadores em ações de formação (Tabela 20). O número de horas como formador variou entre 1 e 100 horas, com uma média de 15.63 horas ( $DP=24.82$ ).

Tabela 20

*Contextos da participação em atividades sobre sexualidade como formador para os professores*

Contexto	Professores		
	Respostas		% de casos
	N	%	
Ação de formação	13	52.0	76.5
Curso de curta duração	5	20.0	29.4
<i>Workshop</i> na comunidade	4	16.0	23.5
Projeto em parceria com escola EB 2+3	2	8.0	11.8
Pós-graduação	1	4.0	5.9
Total	25	100.0	147.1

## 2 – CONHECIMENTOS SOBRE A SEXUALIDADE

Relativamente ao nível de conhecimentos sobre a sexualidade humana os estudantes do 1º ano têm uma média mais baixa ( $M=66.54$ ;  $DP=15.64$ ) relativamente aos estudantes do 4º ano e professores (Tabela 21).

Tabela 21

*Estatísticas descritivas dos conhecimentos sobre a sexualidade por amostra*

Nível de conhecimentos sobre a sexualidade	Est. 1º ano	Est. 4º ano	Professores
Média	66.54	71.46	71.47
Mediana	68	73	75
Desvio-padrão	15.64	15.19	16.02
Mínimo	22	0	27
Máximo	100	100	100

O teste de Kruskal-Wallis mostra diferenças significativas no nível de conhecimentos sobre a sexualidade em função da amostra ( $\chi^2_{KW}(2)=18.271$ ;  $p=.000$ ). Pelo método das comparações múltiplas das ordens de Dunn constata-se que as diferenças são significativas entre os grupos dos estudantes do 1º e do 4º anos ( $p=.000$ ), apresentando os estudantes do 1º ano níveis de conhecimento mais baixo relativamente aos estudantes do 4º ano (Figura 5).

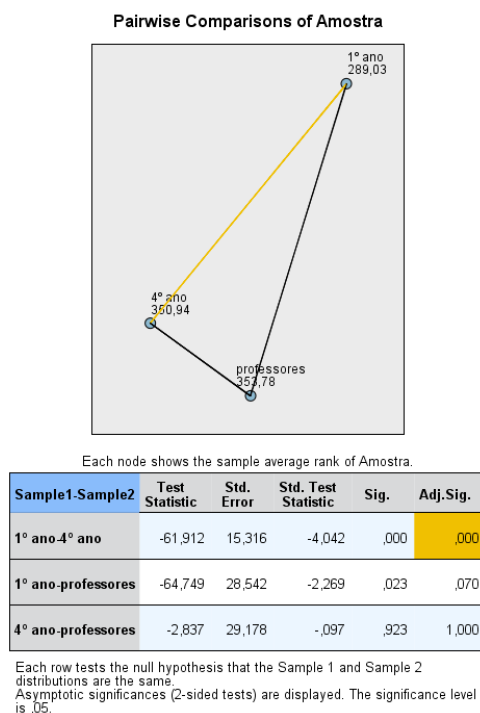


Figura 5. Comparações múltiplas das ordens de Dunn para a variável “conhecimentos sobre sexualidade” em função da amostra

Não se observaram diferenças significativas quanto ao nível de conhecimentos sobre sexualidade em função do sexo por amostra estudantes do 1º ano ( $U=7628.5$ ;  $n1=64$ ;  $n2=276$ ;  $p=.089$ ), estudantes do 4º ano ( $U=3613.0$ ;  $n1=41$ ;  $n2=207$ ;  $p=.133$ ) e professores ( $U=203.0$ ;  $n1=14$ ;  $n2=33$ ;  $p=.515$ ).

A avaliação do nível de conhecimentos sobre sexualidade em função da religião, após recodificação da variável religião em quatro categorias (i.e. católica praticante, católica não praticante, sem religião e outras religiões) através de um teste de Kruskal-Wallis para cada uma das amostras, não evidenciou diferenças significativas: estudantes do 1º ano ( $\chi^2_{KW}(3)=4.351$ ;  $p=.226$ ), estudantes do 4º ano ( $\chi^2_{KW}(3)=0.166$ ;  $p=.984$ ) e professores ( $\chi^2_{KW}(3)=3.010$ ;  $p=.390$ ).

O perfil de associação realizado com recurso à correlação de Spearman entre o nível de conhecimentos sobre a sexualidade com a idade para qualquer das amostras não revelou associações significativas ( $p>.05$ ).

Por último, pela realização de testes Mann-Whitney o nível de conhecimentos sobre a sexualidade foi avaliado em função da participação em atividades sobre sexualidade como formando para cada uma das amostras. Não se encontraram diferenças significativas para qualquer das amostras: estudantes do 1º ano ( $U=7137.5$ ;  $n1=290$ ;  $n2=50$ ;  $p=.861$ ); estudantes do 4º ano ( $U=3897.5$ ;  $n1=208$ ;  $n2=39$ ;  $p=.699$ ) e professores ( $U=234.0$ ;  $n1=27$ ;  $n2=20$ ;  $p=.438$ ).

### 3 – PERCEÇÕES E ATITUDES SOBRE A SEXUALIDADE

#### 3.1 – AS ATITUDES SEXUAIS

A partir do tratamento efetuado à EAS (Hendrick & Hendrick, 1987) [versão portuguesa de Alferes, 1999] apresentado no capítulo anterior e da constituição das variáveis: permissividade sexual (PER), comunhão construída (COMC), instrumentalidade (INS) e responsabilidade (RES) determinaram-se as estatísticas descritivas de cada subescala, no conjunto das três amostras. Verifica-se que a RES tem o valor médio mais elevado ( $M=4.73$ ;  $DP=0.44$ ), seguida da COMC ( $M=3.91$ ;  $DP=0.57$ ) (Tabela 22).

Tabela 22  
*Estatísticas descritivas das subescalas da EAS*

	Permissividade sexual	Comunhão construída	Instrumentalidade	Responsabilidade
Média	2.16	3.91	2.28	4.73
Mediana	2.06	3.96	2.17	5.0
Desvio-padrão	0.64	0.57	0.71	0.44
Mínimo	1.0	1.33	1.0	2.25
Máximo	4.28	5.0	4.67	5.0

Foi realizado um teste Friedman de medidas repetidas, mostrando diferenças estatisticamente significativas nas atitudes sexuais dependendo do tipo de dimensão ( $\chi^2_F(3)=1421.976$ ,  $p=.000$ ). Com o intuito de verificar onde se encontravam as diferenças foram desenvolvidos testes de Wilcoxon e análise post hoc com a aplicação de correção Bonferroni<sup>26</sup>, resultando num nível de significância=.008. As medianas observadas das diferentes dimensões foram respetivamente: RES de 5.0 (4.5 a 5.0), COMC de 3.96 (3.58 a 4.33), INS de 2.17 (1.67 a 2.83) e PER de 2.06 (1.67 a 2.61). Observaram-se diferenças significativas entre todas as condições de emparelhamento:

- Experiência de Comunhão versus Permissividade ( $Z = -20.579$ ,  $p=.000$ );
- Instrumentalidade versus Permissividade ( $Z = -4.269$ ,  $p=.000$ );

<sup>26</sup> Para cálculo dos ajustamentos de Bonferroni foram seguidas as orientações de <https://statistics.laerd.com/spss-tutorials/wilcoxon-signed-rank-test-using-spss-statistics.php> (acedido em 2014-12-17). Assim, dado existirem seis condições de emparelhamento e assumindo-se, inicialmente, o nível de significância no valor de .05, foi calculado o quociente entre  $.05/6=.008$ , valor que se assumiu como o novo nível de significância para estes testes.

- Responsabilidade versus Permissividade ( $Z = -21.430, p=.000$ );
- Instrumentalidade versus Experiência de Comunhão ( $Z = -20.795, p=.000$ );
- Responsabilidade versus Experiência de Comunhão ( $Z = -19.660, p=.000$ );
- Responsabilidade versus Instrumentalidade ( $Z=-21.685, p=.000$ ).

O perfil das quatro dimensões da EAS por amostra é idêntico nas três amostras, à exceção da amostra dos professores em que a subescala PER surge antes da INS (Tabela 23).

Tabela 23

*Estatísticas descritivas das subescalas da EAS por amostra*

	Permissividade sexual			Comunhão construída			Instrumentalidade			Responsabilidade		
	Est.1º ano	Est.4º ano	Prof.	Est.1º ano	Est.4º ano	Prof.	Est.1º ano	Est.4º ano	Prof.	Est.1º ano	Est.4º ano	Prof.
Média	2.17	2.17	2.13	3.97	3.9	3.87	2.32	2.26	2.09	4.69	4.79	4.7
Mediana	2.06	2.11	2.11	4.0	3.92	3.92	2.33	2.17	2.0	5.0	5.0	5.0
Desvio-padrão	0.63	0.65	0.66	0.58	0.56	0.52	0.44	0.72	0.67	0.44	0.42	0.46
Mínimo	1.0	1.06	1.17	1.33	1.33	2.33	1.0	1.0	1.0	2.75	2.25	3.25
Máximo	4.28	4.17	3.89	5.0	5.0	4.83	4.67	4.0	3.83	5.0	5.0	5.0

A análise de diferenças em cada subescala em função da amostra foi desenvolvida com recurso ao teste de Kruskal-Wallis. Os resultados revelam diferenças estaticamente significativas somente na subescala RES, mostrando que a distribuição das atitudes sexuais relativas à RES difere em função da amostra ( $\chi^2_{KW}(2) = 15.743; p=.000$ ). Assim, ao nível da RES e de acordo com a comparação múltipla de médias das ordens de Dunn, a distribuição difere significativamente entre os estudantes do 1º e do 4º ano ( $p=.000$ ), mostrando os estudantes do 4º ano atitudes mais responsáveis relativamente ao planeamento familiar e à educação sexual comparativamente aos estudantes do 1º ano (Figura 6).

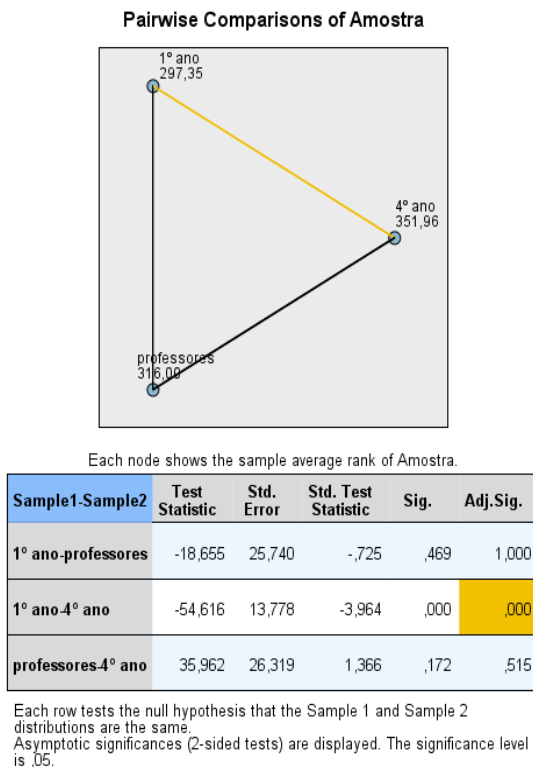


Figura 6. Comparações múltiplas das ordens de Dunn para a dimensão “responsabilidade” da EAS em função da amostra

### As atitudes sexuais em função do sexo e religião

Foram, também avaliadas diferenças em função do sexo por amostra. Constatou-se que somente na dimensão da PER existem diferenças de atitudes por sexo nas três amostras: estudantes de 1º ano ( $U=4222.5$ ;  $n1=62$ ;  $n2=267$ ;  $p=.000$ ), estudantes do 4º ano ( $U=1765.5$ ;  $n1=39$ ;  $n2=203$ ;  $p=.000$ ) e professores ( $U=130.5$ ;  $n1=14$ ;  $n2=32$ ;  $p=.025$ ). Em todas as amostras os indivíduos de sexo masculino apresentam valores mais elevados quanto às atitudes relacionadas à PER em relação ao sexo feminino, evidenciando atitudes mais utilitárias face ao sexo ocasional, sem compromisso, com diversidade e simultaneidade de parceiros. Na dimensão RES observam-se diferenças por sexo, mas só para os estudantes: estudantes do 1º ano ( $U=7256.5$ ;  $n1=66$ ;  $n2=277$ ;  $p=.005$ ) e estudantes do 4º ano ( $U=3304.5$ ;  $n1=41$ ;  $n2=208$ ;  $p=.006$ ), mas num perfil inverso ao anterior. As mulheres dos grupos dos estudantes apresentam valores mais elevados nas atitudes sexuais ligadas à RES contrariamente aos homens (Tabela 24).



Tabela 24

*Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da EAS por amostra e por sexo*

Subescalas da EAS	Amostra	Sexo	n	Média postos	Me	U	Z	p
Permissividade	Est. 1º Ano	Masculino	62	230.40	2.83	4222.5	-6.013	.000
		Feminino	267	149.81	1.97			
	Est. 4º Ano	Masculino	39	177.96	2.72	1756.5	-5.502	.000
		Feminino	203	110.65	2.0			
	Professores	Masculino	14	30.18	2.33	130.5	-2.235	.025
		Feminino	32	20.58	2.0			
Comunhão construída	Est. 1º Ano	Masculino	63	167.84	4.0	7570.0	-0.754	.451
		Feminino	256	158.07	3.92			
	Est. 4º Ano	Masculino	40	117.33	4.0	3687.0	-0.245	.807
		Feminino	189	114.51	3.92			
	Professores	Masculino	13	24.96	3.92	169.5	-0.825	.409
		Feminino	31	21.47	3.92			
Instrumentalidade	Est. 1º Ano	Masculino	65	174.55	2.33	8674.0	-0.371	.711
		Feminino	275	169.54	2.33			
	Est. 4º Ano	Masculino	39	140.64	2.42	3368.0	-1.644	.100
		Feminino	207	120.27	2.17			
	Professores	Masculino	14	23.25	2.0	220.5	-0.245	.806
		Feminino	33	24.32	2.0			
Responsabilidade	Est. 1º Ano	Masculino	66	143.45	4.75	7256.5	-2.802	.005
		Feminino	277	178.8	5.0			
	Est. 4º Ano	Masculino	41	101.60	5.0	3304.5	-2.730	.006
		Feminino	208	129.61	5.0			
	Professores	Masculino	14	22.25	5.0	206.5	-0.643	.520
		Feminino	33	24.74	5.0			

Investigou-se também a existência de diferenças nas subescalas da EAS tendo em conta a religião, usando-se a variável religião recodificada. No conjunto das amostras observam-se diferenças significativas nas subescalas PER ( $\chi^2_{KW} (3)=33.538$ ;  $p=.000$ ) e COMC ( $\chi^2_{KW} (3)=19.477$ ;  $p=.000$ ) (Tabela 25).

Tabela 25

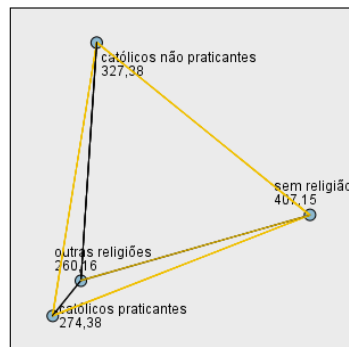
Resultados dos testes Kruskal-Wallis das subescalas da EAS para o conjunto das amostras em função da religião

Subescalas da EAS	Religião	n	Média postos	Me	$\chi^2$	gl	p
Permissividade	CP	287	274.38	1.97	33.528	3	.000
	CNP	252	327.38	2.17			
	SR	62	407.15	2.67			
	OR	16	260.16	1.67			
Comunhão construída	CP	277	273.4	3.83	19.477	3	.000
	CNP	242	325.23	4.08			
	SR	59	315.42	4.17			
	OR	14	177.04	3.5			
Instrumentalidade	CP	298	301.99	2.17	4.605	3	.203
	CNP	256	33.94	2.33			
	SR	62	325.31	2.33			
	OR	17	294.76	2.33			
Responsabilidade	CP	299	321.42	5.0	1.431	3	.698
	CNP	261	319.66	5.0			
	SR	63	326.64	5.0			
	OR	16	272.72	4.75			

Nota. Legenda: CP-Católicos praticantes; CNP-Católicos não praticantes; SR- Sem religião e OR-Outras religiões

Pela comparação múltipla de médias das ordens de Dunn, na permissividade o grupo dos CP apresenta uma distribuição significativamente diferente do grupo SR ( $p=.000$ ) e do grupo dos CNP ( $p=.003$ ), mostrando o grupo dos CP atitudes tendencialmente menos utilitárias face ao sexo sem compromisso e de ocasião. Ainda, nesta dimensão no grupo SR evidenciam-se diferenças significativas com o grupo dos CNP ( $p=.010$ ) e com o grupo OR ( $p=.020$ ), observando-se valores mais elevados no grupo dos SR. Evidencia-se, assim, que o grupo SR tem atitudes mais sugestivas ao sexo sem compromisso e ocasional (Figura 7).

Pairwise Comparisons of religião recodificada



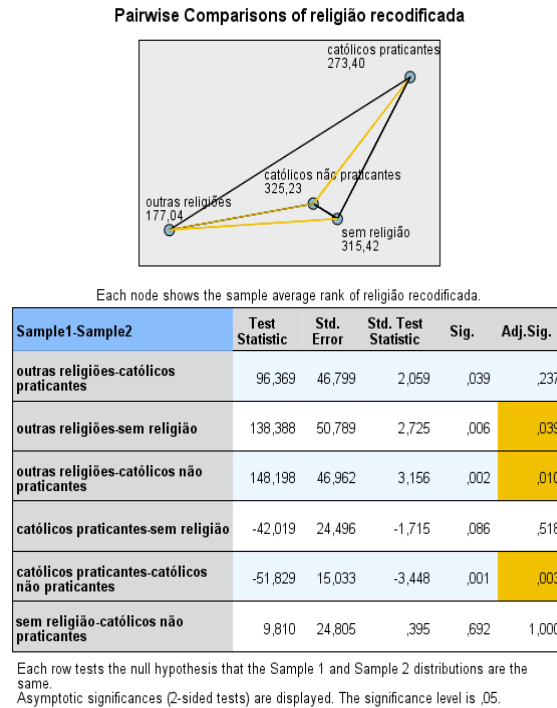
Each node shows the sample average rank of religião recodificada.

Sample1.Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
outras religiões-católicos praticantes	14,225	45,770	,311	,756	1,000
outras religiões-católicos não praticantes	67,225	45,938	1,463	,143	,860
outras religiões-sem religião	146,989	49,964	2,942	,003	,020
católicos praticantes-católicos não praticantes	-52,999	15,382	-3,446	,001	,003
católicos praticantes-sem religião	-132,764	24,954	-5,320	,000	,000
católicos não praticantes-sem religião	-79,764	25,260	-3,158	,002	,010

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

Figura 7. Comparações múltiplas das ordens de Dunn para a dimensão “permissividade sexual” da EAS para o conjunto das amostras em função da religião

Na dimensão comunhão construída a comparação múltipla de médias das ordens de Dunn mostra que existem diferenças significativas entre os CP e os CNP ( $p=.003$ ), com as atitudes mais conservadoras relativas ao sexo como experiência sublime de intimidade física e psicológica e a uma sexualidade não convencional no grupo dos CP. Igualmente o grupo OR revela um perfil atitudinal semelhante ao anterior comparativamente ao grupo dos CNP ( $p=.010$ ) e ao grupo SR ( $p=.039$ ) (Figura 8).



*Figura 8.* Comparações múltiplas das ordens de Dunn para a dimensão “comunhão construída” da EAS para o conjunto das amostras em função da religião

O perfil por amostra quanto às subescalas da EAS em função da religião revela que existem diferenças significativas nas dimensões permissividade sexual, comunhão construída e instrumentalidade. Assim, observam-se diferenças significativas no grupo dos estudantes do 1º ano em função da religião na dimensão PER ( $\chi^2_{KW}(3)=13.862$ ;  $p=.003$ ), na dimensão COMC ( $\chi^2_{KW}(3)=16.045$ ;  $p=.001$ ) e na dimensão INS ( $\chi^2_{KW}(3)=8.608$ ;  $p=.035$ ). No grupo dos estudantes do 4º ano as diferenças são significativas somente na dimensão PER ( $\chi^2_{KW}(3)=19.812$ ;  $p=.000$ ). Nos professores não se observam nas quatro subescalas quaisquer diferenças significativas. (Tabela M1 do Apêndice M).

Nos estudantes do 1º ano pela comparação múltipla de médias das ordens de Dunn observa-se que na dimensão PER o grupo dos SR apresenta uma distribuição significativamente diferente do grupo dos CP ( $p=.009$ ), pelo que é no grupo dos SR que se observam atitudes mais permissivas face ao sexo (Figura 9).

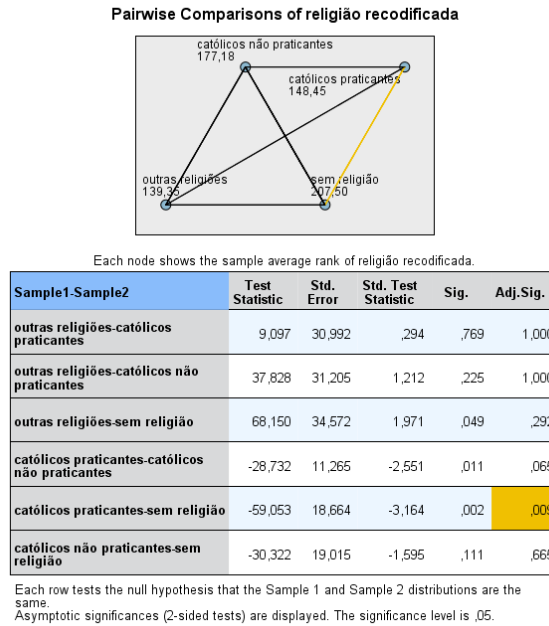


Figura 9. Comparações múltiplas das ordens de Dunn para a dimensão “permissividade sexual” da EAS para os estudantes do 1º ano em função da religião

As diferenças observadas na dimensão COMC mostram que nos estudantes de 1º ano, o grupo dos CNP tem atitudes mais abertas para uma vivência do sexo como experiência sublime de intimidade física e psicológica e para uma sexualidade não convencional contrariamente ao grupo dos CP ( $p=.002$ ) (Figura 10).

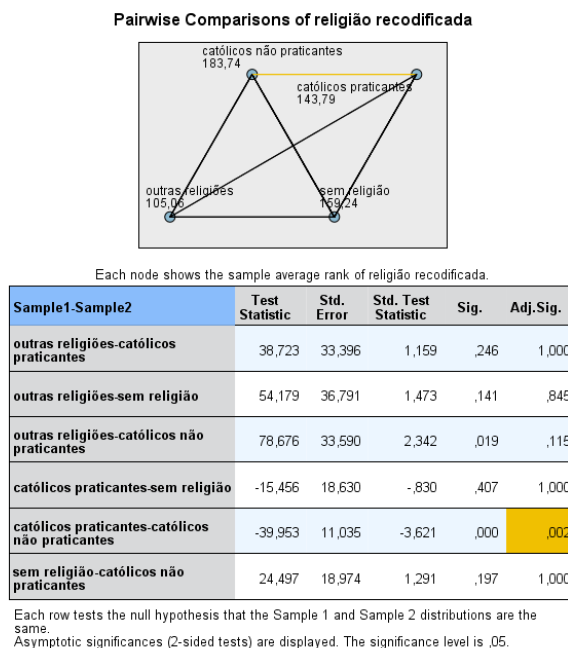


Figura 10. Comparações múltiplas das ordens de Dunn para a dimensão “comunhão construída” da EAS para os estudantes do 1º ano em função da religião

Na dimensão INS, os estudantes do 1º ano pertencentes ao grupo dos CNP têm atitudes mais utilitárias face ao sexo ligadas ao prazer físico que os do grupo dos CP ( $p=.026$ ). (Figura 11)

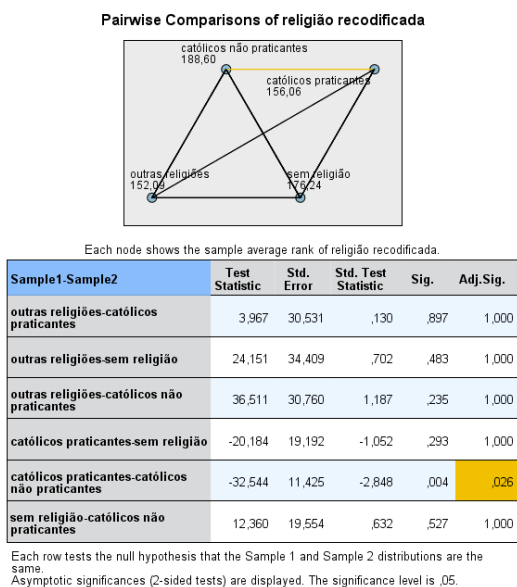


Figura 11. Comparações múltiplas das ordens de Dunn para a dimensão “instrumentalidade” da EAS para os estudantes do 1º ano em função da religião

Para os estudantes do 4º ano, na dimensão PER observam-se diferenças significativas entre o grupo dos SR com o grupo dos CP ( $p=.000$ ) e com o grupo dos CNP ( $p=.020$ ). Evidenciam-se, deste modo, atitudes mais permissivas face ao sexo sem compromisso, ocasional e com diversidade de parceiros para o grupo dos SR (Figura 12).

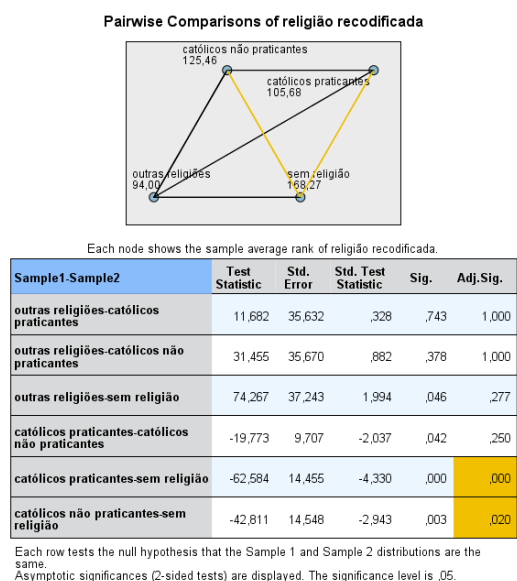


Figura 12. Comparações múltiplas das ordens de Dunn para a dimensão “permissividade sexual” da EAS para os estudantes do 4º ano em função da religião

### As atitudes sexuais e a participação em atividades sobre sexualidade

Com recurso ao teste de Mann-Whitney foram avaliadas as subescalas da EAS por amostra em função da participação em atividades sobre sexualidade como formando. Os resultados mostram existirem diferenças somente na amostra dos estudantes do 1º ano e na dimensão instrumentalidade ( $U=6233.5$ ;  $n_1=284$ ;  $n_2=56$ ;  $p=.01$ ), apresentando os estudantes que participaram em atividades sobre sexualidade como formando atitudes menos utilitárias que os que não participaram ( $Me=2.25$  e  $Me=2.5$ , respetivamente).

Na amostra dos professores foi ainda testada a existência de diferenças nas atitudes sexuais em função da participação em atividades sobre sexualidade como formador, não se observando diferenças em quaisquer das dimensões em análise.

### A associação entre as dimensões das atitudes sexuais

A matriz de correlações de Spearman mostra que todas as subescalas da EAS se correlacionaram significativamente entre si, ainda que os valores observados variem entre muito baixos e moderados. A PER correlaciona-se diretamente a um nível moderado com a INS ( $r_s(608)=.43$ ;  $p<.001$ ) e muito baixo com a COMC ( $r_s(570)=.15$ ;  $p<.001$ ) e de forma inversa com a RES ( $r_s(612)=-.09$ ;  $p<.05$ ), a qual por sua vez também se associa negativamente à INS ( $r_s(628)=-.08$ ;  $p<.05$ ). A COMC associa-se diretamente num nível baixo à RES ( $r_s(588)=.26$ ;  $p<.001$ ) e muito baixo à INS ( $r_s(585)=.11$ ;  $p<.05$ ) (Tabela 26).

Tabela 26

*Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da EAS*

	Permissividade sexual	Comunhão construída	Instrumentalidade
COMC	.15**	-	
INS	.43**	.11*	-
RES	-.09*	.26**	-.08*

*Nota.* \* $p<.05$  \*\* $p<.01$

### As atitudes sexuais e a idade

A associação entre as atitudes sexuais e a idade no conjunto das amostras mostra que apenas se verifica uma correlação significativa entre a RES e a idade, contudo a um nível muito fraco ( $r_s(637)=.08$ ;  $p<.05$ ).

### As atitudes sexuais e os anos de exercício profissional para a amostra dos professores

Na amostra dos professores foi verificada a correlação entre as variáveis anos de exercício como enfermeiro e anos de exercício docente com as atitudes sexuais, que não evidenciou associações significativas, ou seja, as atitudes sexuais para este grupo de professores são independente dos anos de exercício profissional.

### As atitudes sexuais e o nível de conhecimentos sobre a sexualidade

Na avaliação da associação das atitudes sexuais com o nível de conhecimentos sobre a sexualidade no conjunto das três amostras observou-se, somente, uma correlação significativa e muito fraca entre a COMC e o nível de conhecimentos ( $r_s(582)=.12$ ;  $p<.01$ ), mostrando-se as outras dimensões não associadas ao nível de conhecimentos sobre a sexualidade.

### As atitudes sexuais e a desejabilidade social

A investigação de desejabilidade social, com recurso à MCSDS-SF, nas respostas à EAS nas suas quatro dimensões em cada uma das amostras revelou que apenas em duas dimensões houve tendência para dar respostas socialmente esperadas. Observou-se na dimensão PER uma associação moderada na amostra dos professores ( $r_s(46)=-.51$ ;  $p<.01$ ) e fraca para a amostra de estudantes do 1º ano ( $r_s(326)=-.27$ ;  $p<.01$ ). Na dimensão INS, a relação observada foi de nível muito fraco e registou-se na amostra dos estudantes de 4º ano ( $r_s(244)=-.15$ ;  $p<.05$ ) (Tabela 27).

Tabela 27

*Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da EAS e MCSDS-FS por amostra*

	Permissividade sexual			Comunhão construída			Instrumentalidade			Responsabilidade		
	Est.1º ano	Est.4º ano	Prof.	Est.1º ano	Est.4º ano	Prof.	Est.1º ano	Est.4º ano	Prof.	Est.1º ano	Est.4º ano	Prof.
Desejabilidade social	-.27**	-.12	-.51**	-.11	-.09	-.08	-.07	-.15*	-.24	.08	.04	.25

Nota. \* $p<.05$  \*\* $p<.01$



### 3.2 – AS ATITUDES FACE À SAÚDE SEXUAL

As atitudes face à saúde sexual avaliadas pela EAFSSR comportam três dimensões: cuidados pessoais (CPES), princípios de comportamento sexual (PCSEX) e sexo seguro (SEXSG). No global observam-se atitudes positivas face à saúde sexual, pois a média oscilou entre 4.3 ( $DP=0.47$ ) no SEXSG e 4.37 ( $DP=0.32$ ) nos CPES (Tabela 28). A realização do teste Friedman de medidas repetidas, não mostrou diferenças estatisticamente significativas nas atitudes face à saúde sexual dependendo do tipo de dimensão ( $\chi^2_F(2) = 3.992, p = .136$ ).

Tabela 28

*Estatísticas descritivas das subescalas da EAFSSR*

	Cuidados pessoais	Princípios de comportamento sexual	Sexo seguro
Média	4.37	4.33	4.3
Mediana	4.43	4.42	4.36
Desvio-padrão	0.32	0.47	0.47
Mínimo	2.74	2.75	1.86
Máximo	4.91	5.0	5.0

A configuração por amostra das estatísticas descritivas das dimensões da EAFSSR é muito semelhante ao conjunto das amostras (Tabela 29).

Tabela 29

*Estatísticas descritivas das subescalas da EAFSSR por amostra*

	Cuidados pessoais			Princípios de comportamento sexual			Sexo seguro		
	Est.1º ano	Est.4º ano	Prof.	Est.1º ano	Est.4º ano	Prof.	Est.1º ano	Est.4º ano	Prof.
Média	4.32	4.4	4.46	4.33	4.3	4.31	4.24	4.34	4.34
Mediana	4.35	4.48	4.57	4.42	4.33	4.42	4.29	4.43	4.43
Desvio-padrão	0.29	0.38	0.29	0.44	0.5	0.49	0.43	0.51	0.46
Mínimo	2.74	2.65	3.61	2.92	2.75	3.17	1.86	2.5	3.29
Máximo	4.87	4.96	4.83	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0

A aplicação do teste de Kruskal-Wallis para avaliar diferenças em cada subescala em função da amostra revelou diferenças estatisticamente significativas na subescala CPES ( $\chi^2_{KW}(2) = 31.185; p = .000$ ) e na subescala SEXSG ( $\chi^2_{KW}(2) = 13.667; p = .001$ ) (Tabela 30).

Tabela 30

Resultados dos testes Kruskal-Wallis das subescalas da EAFSSR por amostra

Subescalas da EAFSSR	Amostra	n	Média postos	Me	$\chi^2$	gl	p
Cuidados pessoais	Est. 1º Ano	319	263.89	4.35	31.185	2	.000
	Est. 4º Ano	238	338.34	4.48			
	Professores	43	362.71	4.57			
Princípios de comportamento sexual	Est. 1º Ano	336	317.19	4.42	0.108	2	.947
	Est. 4º Ano	246	312.22	4.33			
	Professores	47	313.9	4.42			
Sexo seguro	Est. 1º Ano	325	280.89	4.29	13.667	2	.001
	Est. 4º Ano	238	334.68	4.43			
	Professores	47	327.91	4.43			

Na dimensão CPES, de acordo com a comparação múltipla de médias das ordens de Dunn, a distribuição difere significativamente entre os estudantes do 1º e do 4º ano ( $p=.000$ ) e os estudantes do 1º ano e os professores ( $p=.001$ ), mostrando-se os estudantes do 1º ano menos responsáveis, relativamente às atitudes face à saúde sexual ao nível do autocuidado individual com o corpo e a saúde sexual e reprodutiva (Figura 13).

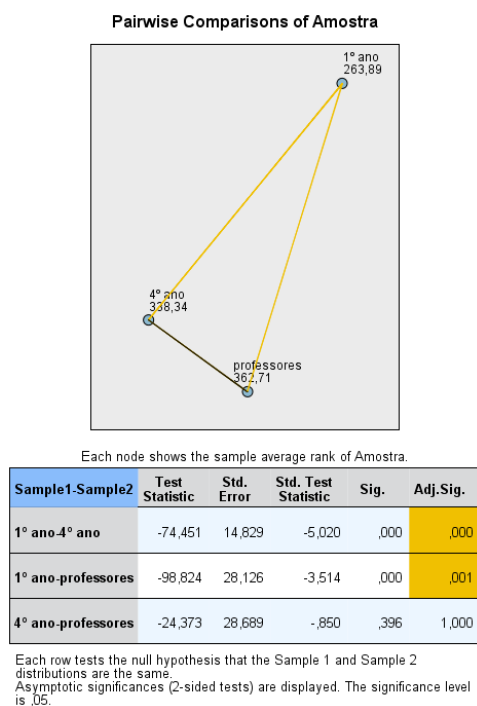
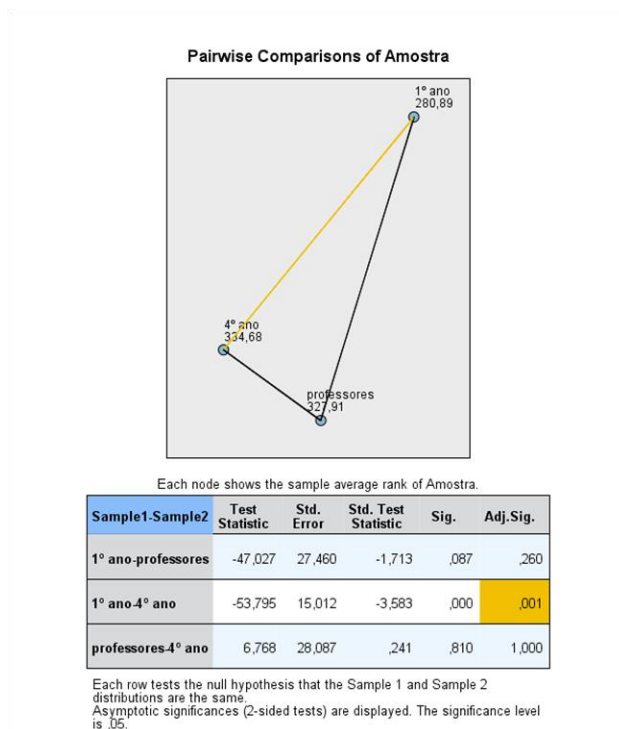


Figura 13. Comparações múltiplas das ordens de Dunn para a dimensão “cuidados pessoais” da EAFSSR em função da amostra

No que se relaciona com o SEXSG, a distribuição é significativamente diferente entre os estudantes do 1º e do 4º ano ( $p=.001$ ), evidenciando igualmente os estudantes do 1º ano, atitudes menos favorecedoras de sexo seguro, nomeadamente a utilização do preservativo e outros métodos contraceptivos (Figura 14).



*Figura 14.* Comparações múltiplas das ordens de Dunn para a dimensão “sexo seguro” da EAFSSR em função da amostra

### As atitudes face à saúde sexual em função do sexo e religião

Os testes Mann-Whitney referentes às subescalas da EAFSSR por amostra e por sexo mostra que em todas as subescalas e em todas as amostras existem diferenças significativas ( $p<.05$ ), entre os sexos. Estas diferenças consubstanciam-se num padrão uniforme: o sexo feminino apresenta valores de mediana mais altos comparativamente ao sexo masculino, o que globalmente indicia que as mulheres têm atitudes mais favoráveis face à saúde sexual nas dimensões em análise (Tabela 31).

Tabela 31

*Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da EAFSSR por amostra e por sexo*

Subescalas da EAFSSR	Amostra	Sexo	n	Média postos	Me	U	Z	p
Cuidados pessoais	Est. 1º Ano	Masculino	57	137.32	4.3	6174.0	-2.052	.04
		Feminino	262	164.94	4.35			
	Est. 4º Ano	Masculino	40	87.46	4.33	2678.5	-3.232	.001
		Feminino	198	125.97	4.52			
	Professores	Masculino	13	15.54	4.39	111.0	-2.229	.026
		Feminino	30	24.8	4.57			
Princípios de comportamento sexual	Est. 1º Ano	Masculino	65	105.94	4.08	4741.0	-5.793	.000
		Feminino	271	183.51	4.5			
	Est. 4º Ano	Masculino	40	69.06	4.0	1942.5	-5.296	.000
		Feminino	206	134.07	4.5			
	Professores	Masculino	14	16.54	4.08	126.6	-2.436	.015
		Feminino	33	27.17	4.46			
Sexo seguro	Est. 1º Ano	Masculino	61	127.94	4.14	5913.5	-3.239	.001
		Feminino	264	171.1	4.36			
	Est. 4º Ano	Masculino	37	80.31	4.07	2268.5	-3.775	.000
		Feminino	201	126.71	4.5			
	Professores	Masculino	14	15.89	4.0	117.5	-2.647	.008
		Feminino	33	27.44	4.64			

Na exploração de diferenças nas dimensões da escala de atitudes face à saúde sexual em relação à religião quer para o conjunto das amostras, quer para cada amostra per si não foram observadas diferenças estatisticamente significativas. Neste sentido, as atitudes face à saúde sexual evidenciam-se para estes participantes independentes da religião.

#### As atitudes face à saúde sexual e a participação em atividades sobre sexualidade

Os resultados dos testes Mann-Whitney relativos às dimensões da EAFSSR por amostra em função da participação em atividades sobre sexualidade como formando permitem verificar que na amostra dos estudantes do 1º ano existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão CPES ( $U=5465.0$ ;  $n1=267$ ;  $n2=52$ ;  $p=.015$ ) e na dimensão SEXSG ( $U=5044.5$ ;  $n1=273$ ;  $n2=52$ ;  $p=.001$ ). Também na amostra dos estudantes do 4º ano observaram-se diferenças significativas em função da participação, na dimensão CPES ( $U=2583.0$ ;  $n1=199$ ;

$n=37$ ;  $p=.004$ ). As diferenças observadas vão no sentido de quem participou em atividades sobre sexualidade mostra atitudes mais favoráveis face à saúde sexual. Os estudantes do 1º ano evidenciando atitudes mais positivas ao nível do autocuidado individual com o corpo e a saúde sexual e reprodutiva e à utilização do preservativo e outros métodos contraceptivos e os estudantes do 4º ano, somente ao nível do autocuidado individual e dos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva (Tabela 32).

Tabela 32

*Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da EAFSSR por amostra em função da participação em atividades sobre sexualidade como formando*

Subescalas da EAFSSR	Amostra	Participação em atividades sobre sexualidade como formando	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Cuidados pessoais	Est. 1º Ano	Sim	267	165.53	4.35	5465.0	-2.431	.015
		Não	52	131.6	4.27			
	Est. 4º Ano	Sim	199	124.02	4.52	2583.0	-2.885	.004
		Não	37	88.81	4.26			
	Professores	Sim	25	23.4	4.57	190.0	-0.865	.387
		Não	18	20.06	4.5			
Princípios de comportamento sexual	Est. 1º Ano	Sim	283	169.16	4.42	7314.0	-0.286	.775
		Não	53	165.0	4.42			
	Est. 4º Ano	Sim	206	124.85	4.42	3430.0	-1.213	.225
		Não	38	109.76	4.25			
	Professores	Sim	27	25.87	4.58	219.5	-1.089	.276
		Não	20	21.48	4.25			
Sexo seguro	Est. 1º Ano	Sim	273	170.52	4.36	5044.5	-3.312	.001
		Não	52	123.51	4.14			
	Est. 4º Ano	Sim	200	121.24	4.5	3052.0	-1.456	.145
		Não	36	103.28	4.36			
	Professores	Sim	27	26.70	4.64	197.0	-1.575	.115
		Não	20	20.35	4.21			

### A associação entre as dimensões das atitudes face à saúde sexual

A matriz de correlações entre as dimensões da EAFSSR mostra que todas se correlacionam significativamente ( $p < .01$ ) entre si, de forma direta e a um nível moderado (Tabela 33).

Tabela 33

*Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da EAFSSR*

	Cuidados pessoais	Princípios de comportamento sexual
PCSEX	0,42**	1
SEXSG	0,51**	0,41**

*Nota.* \*\* $p < .01$

A configuração das correlações entre as subescalas da EAFSSR por amostra mostra-se sobreponível à do conjunto das amostras e estatisticamente significativa ( $p < .01$ ), estando diretamente associadas todas as dimensões. Salienta-se que nos estudantes do 1º ano verificam-se que os PCSEX se correlacionam a um nível fraco com os CPES ( $r_s(310) = .39$ ) e com o SEXSG ( $r_s(317) = .37$ ). Emerge, também que a força destas associações é maior no grupo dos professores (Tabela 34).

Tabela 34

*Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da EAFSSR por amostra*

	Cuidados pessoais			Princípios de comportamento sexual		
	Est. 1º ano	Est. 4º ano	Professores	Est. 1º ano	Est. 4º ano	Professores
PCSEX	.39**	.46**	.64**			
SEXSG	.45**	.54**	.50**	.37**	.44**	.55**

*Nota.* \*\* $p < .01$

### As atitudes face à saúde sexual e reprodutiva e a idade e o nível de conhecimentos sobre a sexualidade

Foram também efetuadas correlações entre as subescalas da EAFSSR com a idade e o nível de conhecimentos sobre sexualidade no conjunto das três amostras, não se observando associações significativas, o que mostra as atitudes face à saúde sexual são independentes da idade e do nível de conhecimentos percecionado sobre sexualidade.

### As atitudes face à saúde sexual e reprodutiva e a desejabilidade social

Por último, avaliou-se a desejabilidade social das respostas às dimensões da EAFSSR por amostra. Somente para a dimensão SEXSG não houve respostas socialmente desejáveis em

qualquer das amostras. Na dimensão PCSEX observou-se tendência para dar respostas com expectativa social em todas as amostras, verificando-se associações significativas de nível fraco para os professores ( $r_s(47)=.38; p<.01$ ) e os estudantes do 1º ano ( $r_s(333)=.20; p<.01$ ) e muito fraco para os estudantes do 4º ano ( $r_s(244)=.13; p<.05$ ). À dimensão CPES apenas se verifica desejabilidade social nas respostas dos professores ( $r_s(43)=.45; p<.01$ ) (Tabela 35)

Tabela 35

*Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da EAFSSR e a MCSDS-FS por amostra*

	Cuidados pessoais			Princípios de comportamento sexual			Sexo seguro		
	Est.1ºano	Est.4ºano	Prof.	Est.1ºano	Est.4ºano	Prof.	Est.1ºano	Est.4ºano	Prof.
Desejabilidade social	.06	.02	.45**	.20**	.13*	.38**	.04	-.01	.13

*Nota.* \* $p<.05$  \*\* $p<.01$

#### 4 – ATITUDES E CRENÇAS SOBRE A SEXUALIDADE NA ENFERMAGEM

As atitudes e crenças sobre a sexualidade foram avaliadas pelo SABS. As estatísticas descritivas, no conjunto das três amostras, para cada um dos 11 itens estão ordenados por ordem decrescente de média. As médias mais elevadas reportam-se aos itens *os doentes esperam que os enfermeiros os questionem sobre as suas preocupações sexuais* ( $M=3.79$ ;  $DP=1.25$ ) e *estou mais à vontade para falar com os meus doentes sobre assuntos sexuais do que a maioria dos enfermeiros com quem trabalho* ( $M=3.56$ ;  $DP=1.17$ ). Com percentagens de concordância superiores a 50% e médias superiores a 3.5 estes dois itens constituem-se em crenças subjacentes à integração da sexualidade nos cuidados de enfermagem. O teste de Wilcoxon para os dois itens revela que existe diferença significativa ( $Z=-3.663$ ;  $p=.000$ ), enquanto 248 participantes concordam mais com o item 11 do que com o item 3, apenas 167 apresenta um perfil inverso. Com maior percentagem de discordância apresentaram-se os itens: *discutir sexualidade é essencial para os resultados em saúde dos doentes* (91%) e *compreendo como as doenças e os tratamentos dos meus doentes podem afetar a sua sexualidade* (89.5%) (Tabela 36).



Tabela 36

*Percentagens de discordância e concordância, medidas de tendência central e de dispersão dos itens do SABS*

Item	Discordo* (%)	Concordo** (%)	Não resposta (%)	M	DP	Me (Min-Máx)
(11) Os doentes esperam que os enfermeiros os questionem sobre as suas preocupações sexuais. #	60.4	35.3	4.3	3.79	1.25	4 (1-6)
(3) Estou mais à vontade para falar com os meus doentes sobre assuntos sexuais do que a maioria dos enfermeiros com quem trabalho. #	52.5	42.4	5.1	3.56	1.17	4 (1-6)
(5) Eu arranjo tempo para discutir com os meus doentes as suas preocupações sexuais. #	38.7	54.3	7.0	3.2	1.19	3 (1-6)
(4) A maioria dos doentes hospitalizados está demasiado doente para se interessar pela sexualidade.	58.7	36.7	4.6	3.18	1.32	3 (1-6)
(6) Sempre que os doentes me fazem uma pergunta relacionada com a sexualidade, aconselho-os a discutir o assunto com o seu médico.	71.4	23.4	5.2	2.7	1.4	2 (1-6)
(7) Confio na minha capacidade para abordar com os doentes as suas preocupações sexuais dos doentes. #	73.2	21.8	5.0	2.66	1.1	3 (1-6)
(10) A sexualidade deveria ser abordada somente quando a iniciativa partisse do doente.	75.9	20.2	3.9	2.53	1.33	2 (1-6)
(9) Permitir que um doente fale sobre as suas preocupações sexuais é uma responsabilidade de enfermagem. #	82.2	13.0	4.8	2.1	1.16	2 (1-6)
(2) Compreendo como as doenças e os tratamentos dos meus doentes, podem afetar a sua sexualidade. #	89.5	8.3	2.2	2.01	1.01	2 (1-6)
(8) A sexualidade é um assunto demasiado privado para discutir com os doentes.	85.1	9.6	5.3	1.9	1.12	2 (1-6)
(1) Discutir sexualidade é essencial para os resultados em saúde dos doentes. #	91.0	7.5	1.5	1.83	0.96	2 (1-6)

Nota. #Itens recodificados

\*Discordo - agregação das posições de resposta: 1, 2 e 3

\*\*Concordo - agregação das posições de resposta: 4, 5 e 6

Descrevem-se as estatísticas descritivas dos 11 itens do SABS por amostra, ordenados pela numeração sequencial dos itens. O item 11 *os doentes esperam que os enfermeiros os questionem sobre as suas preocupações sexuais* é para todas as amostras o item com a média mais elevada, à semelhança do que se observou para o conjunto das três amostras, seguido do item 3 *estou mais à vontade para falar com os meus doentes sobre assuntos sexuais do que a maioria dos enfermeiros com quem trabalho* para os estudantes do 1º e do 4º ano, enquanto

para os professores é o item 5 *eu arranjo tempo para discutir com os meus doentes as suas preocupações sexuais* (Tabela 37).

Tabela 37  
*Medidas de tendência central e de dispersão dos itens do SABS por amostra*

Item	Est. 1º Ano			Est. 4º Ano			Professores		
	M	DP	Me (Mín-Máx)	M	DP	Me (Mín-Máx)	M	DP	Me (Mín-Máx)
(1) Discutir sexualidade é essencial para os resultados em saúde dos doentes. #	1.85	0.98	2(1-6)	1.76	0.95	1(1-6)	2.02	0.87	2(1-5)
(2) Compreendo como as doenças e os tratamentos dos meus doentes, podem afetar a sua sexualidade. #	2.15	1.10	2(1-6)	1.85	0.89	2(1-6)	1.83	0.76	2(1-4)
(3) Estou mais à vontade para falar com os meus doentes sobre assuntos sexuais do que a maioria dos enfermeiros com quem trabalho. #	3.66	1.14	4(1-6)	3.52	1.2	4(1-6)	3.13	1.14	3(1-6)
(4) A maioria dos doentes hospitalizados está demasiado doente para se interessar pela sexualidade.	3.19	1.25	3(1-6)	3.19	1.39	3(1-6)	3.13	1.48	3(1-6)
(5) Eu arranjo tempo para discutir com os meus doentes as suas preocupações sexuais. #	2.98	1.13	3(1-6)	3.47	1.22	3(1-6)	3.24	1.14	3(1-6)
(6) Sempre que os doentes me fazem uma pergunta relacionada com a sexualidade, aconselho-os a discutir o assunto com o seu médico.	3.08	1.42	3(1-6)	2.28	1.27	2(1-6)	2.28	1.28	2(1-5)
(7) Confio na minha capacidade para abordar com os doentes as suas preocupações sexuais dos doentes. #	2.63	1.12	3(1-6)	2.71	1.08	3(1-6)	2.63	1.04	2(1-5)
(8) A sexualidade é um assunto demasiado privado para discutir com os doentes.	2.03	1.15	2(1-6)	1.76	1.09	1(1-6)	1.76	0.95	15(1-4)
(9) Permitir que um doente fale sobre as suas preocupações sexuais é uma responsabilidade de enfermagem. #	2.35	1.21	2(1-6)	1.86	1.07	2(1-6)	1.61	0.8	1(1-4)
(10) A sexualidade deveria ser abordada somente quando a iniciativa partisse do doente.	2.71	1.38	3(1-6)	2.3	1.27	2(1-6)	2.5	1.17	2(1-5)
(11) Os doentes esperam que os enfermeiros os questionem sobre as suas preocupações sexuais. #	3.84	1.26	4(1-6)	3.77	1.26	4(1-6)	3.57	1.19	4(2-6)

Nota. #Itens recodificados

Em termos globais das três amostras o score médio do SABS foi de 29.52 ( $DP=6.16$ ), com um score mínimo de 14 e máximo de 50. Por amostra, o valor médio oscilou entre 30.6 ( $DP=5.91$ )

nos estudantes do 1º ano e 27.8 ( $DP=6.06$ ) nos professores. A amplitude de respostas foi muito semelhante (Tabela 38).

Tabela 38

*Estatísticas descritivas do SABS no conjunto das amostras e por amostra*

	SABS			
	Conjunto amostras	Est. 1º Ano	Est. 4º Ano	Professores
Score Médio	29.56	30.6	28.5	27.8
Mediana	29	30	29	27
Desvio-padrão	6.16	5.91	6.27	6.06
Mínimo	14	15	15	16
Máximo	50	47	47	48

O teste de Kruskal-Wallis revela que existem diferenças estatisticamente significativas no nível de score médio do SABS em função da amostra ( $\chi^2_{kw}(2)=19.397$ ;  $p=.000$ ). De acordo com a comparação múltipla de médias das ordens de Dunn, a distribuição difere significativamente entre os estudantes do 1º e do 4º ano ( $p=.001$ ) e os estudantes do 1º ano e os professores ( $p=.005$ ), mostrando os estudantes do 1º ano atitudes mais conservadoras face à integração da sexualidade na prática clínica de enfermagem (Figura 15).

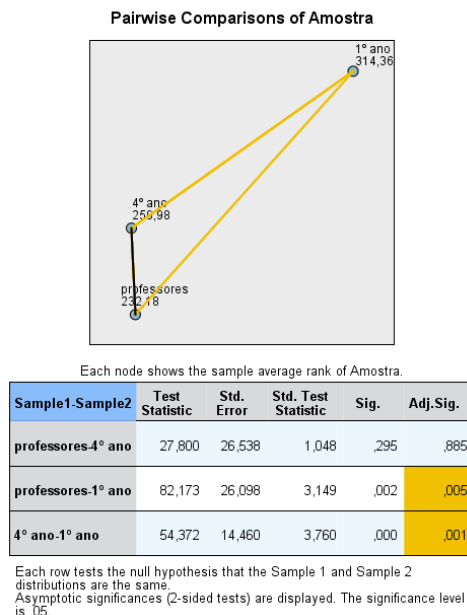


Figura 15. Comparações múltiplas das ordens de Dunn para o SABS em função da amostra

### As atitudes e crenças sobre a sexualidade na enfermagem em função do sexo e religião

Nos resultados do teste Mann-Whitney ao SABS por amostra em função do sexo observa-se que somente nos estudantes do 4º ano existem diferenças significativas ( $U=2623.5$ ;  $n1=37$ ;

$n_2=196$ ;  $p=.008$ ), apresentando as mulheres valores de mediana mais baixos ( $Me=28$ ) que os homens ( $Me=31$ ), o que parece indicar que as estudantes mulheres do 4º ano têm menos barreiras atitudinais à integração da sexualidade na prática clínica de enfermagem (Tabela 39).

Tabela 39

*Resultados do teste Mann-Whitney do SABS por amostra e por sexo*

Escala	Amostra	Sexo	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
SABS	Est. 1º Ano	Masculino	49	164.98	33	4999.0	-1.734	.083
		Feminino	242	142.16	30			
	Est. 4º Ano	Masculino	37	144.09	31	2623.5	-2.669	.008
		Feminino	196	111.89	28			
	Professores	Masculino	14	28.18	27	158.5	-1.568	.117
		Feminino	32	21.45	26,5			

O teste de Kruskal-Wallis revelou que quanto às atitudes e crenças sobre a sexualidade na enfermagem em relação à religião não se verificam diferenças estatisticamente significativas para o conjunto das amostras ( $\chi^2_{KW}(3)=1.178$ ;  $p=.758$ ). Tendência que se verifica por amostra. Estes resultados sugerem independência entre estas duas variáveis.

#### As atitudes e crenças sobre a sexualidade na enfermagem e a participação em atividades sobre sexualidade

As atitudes e crenças sobre a sexualidade na enfermagem em função da participação em atividades sobre sexualidade como formando por amostra mostram diferenças significativas para os estudantes de 1º ano ( $U=3963.5$ ;  $n_1=250$ ;  $n_2=41$ ;  $p=.020$ ) e para os estudantes do 4º ano ( $U=2299.0$ ;  $n_1=196$ ;  $n_2=35$ ;  $p=.002$ ). Evidenciando quem participou menos barreiras.

No grupo dos professores não se encontrou diferenças significativas no SABS em função da participação em atividades sobre sexualidade como formando ( $U=181.5$ ;  $n_1=26$ ;  $n_2=20$ ;  $p=.081$ ) ou como formador ( $U=182.5$ ;  $n_1=17$ ;  $n_2=28$ ;  $p=.193$ ) (Tabela 40).

Tabela 40

*Resultados do teste Mann-Whitney do SABS por amostra em função da participação em atividades sobre sexualidade como formando*

Escala	Amostra	Participação em atividades sobre sexualidade como formando	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
	Est. 1º Ano	Sim	250	141.35	30	3963.5	-2.329	.020
		Não	41	174.33	34			
SABS	Est. 4º Ano	Sim	196	110.23	28	2299.0	-3.110	.002
		Não	35	148.31	33			
	Professores	Sim	26	20.48	26	181.5	-1.745	.081
		Não	20	27.43	28,5			

#### As atitudes e crenças sobre a sexualidade na enfermagem e a idade

A associação entre o SABS e a idade para o conjunto das amostras revela que existe uma correlação muito fraca e inversa entre as duas variáveis ( $r_s(568)=-.12$ ;  $p<.01$ ), o que significa que quanto mais velhos são os participantes menos barreiras atitudinais evidenciam sobre a sexualidade na enfermagem. A exploração desta associação por amostra não evidencia resultados com significância.

Foi também verificado o perfil de correlação por sexo no conjunto das amostras. Observou-se uma associação negativa e significativa somente para o sexo feminino ( $r_s(468)=-.14$ ;  $p<.01$ ), parecendo comprovar que a influência da idade é notória apenas para o sexo feminino, dissociando-se do sexo masculino ( $r_s(100)=-.14$ ;  $p=.171$ ). A configuração desta relação por amostra não mostrou associações significativas.

#### As atitudes e crenças sobre a sexualidade na enfermagem e os anos de exercício profissional para a amostra dos professores

No grupo dos professores foi também avaliada a associação do SABS com os anos de exercício profissional como enfermeiro e os anos de exercício profissional como docente, não se observando correlações significativas para qualquer das associações entre as variáveis ( $r_s(46)=.13$ ;  $p=.318$  e  $r_s(46)=.08$ ;  $p=.618$ , respetivamente), o que sugere neste grupo que as atitudes e crenças sobre a sexualidade na enfermagem se distanciam dos anos de exercício profissional.

### As atitudes e crenças sobre a sexualidade na enfermagem e o nível de conhecimentos sobre sexualidade

No conjunto das amostras verificou-se a relação entre o SABS e o nível de conhecimentos sobre sexualidade, constatando-se uma associação muito fraca e indireta entre as duas variáveis, contudo significativa ( $r_s(560)=-.11$ ;  $p=.011$ ). O que faz supor que à medida que o nível de conhecimentos aumenta as barreiras sobre a incorporação da sexualidade na prática clínica de enfermagem diminuem. Em cada uma das amostras não se observaram correlações significativas.

### As atitudes e crenças sobre a sexualidade na enfermagem e a desejabilidade social

Os testes de correlação de Spearman realizados para avaliar a desejabilidade social nas respostas ao SABS por amostra revelaram não haver associação entre estas duas variáveis em qualquer das amostras: estudantes do 1º ano ( $r_s(289)=-.04$   $p=.522$ ); estudantes do 4º ano ( $r_s(232)=-.01$ ;  $p=.895$  e professores ( $r_s(46)=-.22$ ;  $p=.136$ ). Deste modo, estas respostas não foram alvo de uma tendência de resposta socialmente esperada.

## 5 – AS ASSOCIAÇÕES ENTRE AS ATITUDES SEXUAIS

Neste capítulo, exploraram-se as associações entre as atitudes sexuais considerando as três escalas utilizadas no conjunto das amostras e por amostra com recurso a correlações de Spearman.

Nas correlações efetuadas no conjunto das amostras verificou-se que as subescalas da EAS correlacionam-se significativamente com as subescalas da EAFSSR, à exceção da subescala COMC com o SEXSG. De realçar que a PER correlaciona-se negativamente com as três subescalas ( $p < .01$ ), ou seja, quanto maior a permissividade sexual menores as atitudes face à saúde sexual, assumindo com os PCSEX uma associação de nível moderado ( $r_s(602) = -.59$ ;  $p < .01$ ). De igual modo, também a INST se associa inversamente e significativamente com todas as subescalas da EAFSSR ( $p < .01$ ) mostrando que quanto maior a valorização do sexo utilitário menos positivas são as atitudes face à saúde sexual. Por outro lado, a COMC correlaciona-se diretamente e com fraca intensidade com os CPES ( $r_s(555) = .12$ ;  $p < .01$ ) e os PCSEX ( $r_s(579) = .08$ ;  $p < .05$ ). Esta correlação sugere que quanto mais positivas são as atitudes face a uma sexualidade como experiência sublime e com aceitação de práticas sexuais não convencionais maiores são as atitudes face aos cuidados com o autocuidado individual com o corpo e a saúde sexual e reprodutiva e com os valores e princípios associados à conduta sexual. A RES associa-se positivamente ao nível de .01, com todas as subescalas da EAFSSR, num nível fraco, evidenciando que quanto mais responsáveis são as atitudes face ao planeamento familiar e à importância da educação sexual maiores são as atitudes face à saúde sexual.

A associação das subescalas da EAS ao SABS mostram que, exceto a PER, todas se associam ao nível de 0,01 com o SABS, enquanto a RES ( $r_s(567) = -.31$ ) e COMC ( $r_s(531) = -.26$ ) se associam inversamente a um nível fraco, a INS associa-se a um nível muito fraco e diretamente ( $r_s(562) = .12$ ). Este perfil de associação das subescalas da EAS com o SABS sugere que quanto mais conservadoras são as atitudes sexuais quanto à responsabilidade e ao entendimento da sexualidade como experiência de partilha e comunhão mais evidentes são as barreiras face à integração da sexualidade nos cuidados de enfermagem e que quanto mais são as atitudes utilitárias face ao sexo como prazer físico mais evidentes são as atitudes e crenças sobre a sexualidade na enfermagem. A não associação da PER, enquanto atitudes face ao “sexo sem

compromisso”, ao “sexo ocasional” e à diversidade de parceiros sexuais ao SABS, dissocia as duas variáveis.

As três subescalas da EAFSSR associam-se significativamente ( $p < .01$ ) e inversamente com o SABS. Nesta configuração constata-se que quanto menos positivas são as atitudes face à saúde sexual maiores são as barreiras à incorporação da sexualidade na prática clínica de enfermagem. Esta associação é moderada para os CPES com o SABS ( $r_s(532) = -.41$ ) e fraca para as outras duas subescalas (respetivamente, SEXSG ( $r_s(544) = -.36$ ) e PCSEX ( $r_s(561) = .32$ ) (Tabela 41).

Tabela 41

*Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da EAS e da EAFSSR e o SABS*

	1	2	3	4	5	6	7
2 - COMC	.15**	-					
3 - INST	.43**	.11*	-				
4 - RESP	-.09*	.26**	-.08*	-			
5 - CPES	-.21**	.12**	-.27**	.33**	-		
6 - PCSEX	-.59**	.08*	-.29**	.27**	.42**	-	
7 - SEXSG	-.13**	.07	-.24**	.25**	.51**	.41**	-
8 - SABS	.07	-.26**	.12**	-.31**	-.41**	-.32**	-.36**

*Nota.* Legenda: 1 - PER (permissividade sexual)

\* $p < .05$  \*\* $p < .01$

O perfil de correlação entre as escalas de atitudes sexuais por amostra revelou algumas diferenças face ao conjunto das amostras, nomeadamente na relação entre as subescalas da EAS e a EAFSSR. A associação entre a PER e as subescalas da EAFSSR mantém inversa em todas as amostras, salientando-se a tendência uniforme ao nível da força de correlação moderada com os PCSEX nas três amostras ( $p < .01$ ). São os professores que evidenciam valores de correlação mais elevados com dimensões das atitudes face à saúde sexual ( $p < .01$ ). No grupo dos estudantes do 4º ano, contrariamente ao conjunto das três amostras em estudo, não se regista associação entre a PER e o SEXSG, que parecem ser duas variáveis independentes.

Ao nível da associação entre a COMC e as subescalas da EAFSSR, somente se verifica uma relação direta para os estudantes do 4º ano, a um nível fraco e significativo ( $p < .01$ ) com os CPES e os PCSEX. Para os estudantes de 1º ano e professores não se verificam correlações significativas. Há uma associação fraca entre a INST e as três dimensões da EAFSSR para os estudantes do 1º ano e do 4º ano, caracterizando-se como inversa e significativa ao nível de



.01, na linha do observado para o conjunto das três amostras. Salienta-se que nos professores, apenas se regista uma relação inversa e significativa da INST com os CPES ( $p < .05$ ).

Esta configuração de correlações é igual entre a RES e as subescalas da EAFSSR para os estudantes das duas amostras, enquanto nos professores apenas há associação entre a RES e os PCSEX. Registam-se nos estudantes relações fracas e com significância estatística ( $p < .01$ ), sugerindo que quanto maior é a responsabilidade ao nível do planeamento familiar e da importância da educação sexual mais positivas são as atitudes face à saúde sexual. Nos professores, a associação da RES com os PCSEX, reforça que quanto maior é a responsabilidade mais os valores e princípios associados a uma conduta sexual de revelam ( $p < .05$ ).

Contrariamente ao conjunto das amostras, somente as subescalas COMC e RESP se associam ao SABS e apenas nos estudantes do 1º ano e do 4º ano, num nível fraco e indireto ( $p < .01$ ). O que pode significar que quanto mais conservadoras são as atitudes dos estudantes nestas duas dimensões, maior tendência terão para o desenvolvimento de barreiras na integração da prática clínica de enfermagem. Por outro lado, a não associação destas atitudes sexuais ao SABS nos professores mostra que distanciam as atitudes e crenças da sexualidade das suas próprias atitudes sexuais.

A associação das três dimensões da EAFSSR ao SABS para cada uma das amostras, a um nível significativo ( $p < .01$ ) e inverso é totalmente sobreponível ao verificado para o conjunto das amostras. Observa-se uma tendência para a força da correlação ser mais elevada no grupo dos professores e fraca no grupo dos estudantes do 1º ano. Esta constatação vem reforçar que quanto mais positivas são as atitudes face à saúde sexual menos são as barreiras criadas à abordagem da sexualidade na prática clínica de enfermagem (Tabela 42).

Tabela 42

Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da EAS, da EAFSSR e o SABS por amostra

	1			2			3			4			5			6			7			
	Est.1º Ano	Est.4º Ano	Prof.	Est.1º Ano	Est.4º Ano	Prof.	Est.1º Ano	Est.4º Ano	Prof.	Est.1º Ano	Est.4º Ano	Prof.	Est.1º Ano	Est.4º Ano	Prof.	Est.1º Ano	Est.4º Ano	Prof.	Est.1º Ano	Est.4º Ano	Prof.	
2 - COMC	.18**	.11	.17																			
3 - INST	.46**	.41**	.32*	.12*	.03	.45**																
4 - RESP	-.03	-.17**	-.11	.24**	.30**	.29	-.02	-.16**	-.09													
5 - CPES	-.19**	-.20**	-.41**	.10	.19**	.01	-.26**	-.27**	-.31*	.28**	.38**	.19										
6 - PCSEX	-.63**	-.54**	-.56**	.01	.21**	-.17	-.30**	-.28**	-.28	.22**	.35**	.31*	.39**	.46**	.64**							
7 - SEXSG	-.12*	-.09	-.32**	.07	.13	-.08	-.21**	-.25**	-.27	.20**	.30**	.19	.45**	.54**	.50**	.37**	.44**	.55**				
8 - SABS	.05	-.09	.17	-.24**	-.33**	-.03	.01	.12	.04	-.25**	-.37**	-.05	-.32**	-.42**	-.56**	-.28**	-.37**	-.44**	-.29**	-.40**	-.38**	

Nota. Legenda: 1 - PER (permissividade sexual)

\* $p < .05$  \*\* $p < .01$

## 6 – O PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM DA SEXUALIDADE NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

O processo de ensino e aprendizagem da sexualidade humana foi caracterizado na perspetiva dos estudantes do 4º ano e dos professores. Neste capítulo são apresentados os resultados decorrentes das respostas obtidas aos inquéritos por questionário ao nível da componente central e os dados provenientes da componente suplementar, resultantes da análise documental.

A apresentação dos resultados é organizada numa lógica comparativa das respostas obtidas nas duas amostras, procurando-se que seja mais ilustrativa da perspetiva de ambos.

### 6.1 – A ABORDAGEM DA SEXUALIDADE NO ENSINO TEÓRICO

Observa-se que a maioria dos estudantes do 4º ano (91.7%) refere ter abordado, em algum momento da sua formação em enfermagem ao longo dos quatro anos de curso, a sexualidade no ensino teórico. Pelo contrário, nos professores, observa-se que 53.2% afirmam nunca ter trabalhado a sexualidade no ensino teórico (Tabela 43).

Tabela 43

*A abordagem da sexualidade em ensino teórico*

	Est. 4º Ano		Professores	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Sim	232	91.7	22	46.8
Não	17	6.7	25	53.2
Não resposta	4	1.6	-	-
Total	253	100.0	47	100.0

A partir do tratamento descrito no capítulo anterior identificaram-se as UC onde a sexualidade foi abordada no ensino teórico. Para os estudantes do 4º ano a UC mais referenciada é a enfermagem de saúde reprodutiva do 3º ano com 221 respostas, que correspondem a 97.8% dos estudantes. Segue-se a UC na área da anatomofisiologia/patologia do 1º ano com 117 respostas, para 51.8% dos estudantes. Os professores identificam as UC enfermagem de saúde reprodutiva no 3º ano e enfermagem do adulto e idoso no 2º ano, cada uma com 8 respostas, que se reportam a 36.4% dos professores cada. As UC identificadas atravessam os quatro anos

de formação para os estudantes, com predominância no 3º ano do curso, enquanto para os professores cingem-se aos três primeiros anos, com maior incidência também no 3º ano. Em termos de AEF a enfermagem é mais relevante para estudantes e professores, assumindo a AEF medicina igualmente, um peso considerável para os estudantes (Tabela 44).

Tabela 44

*UC do ensino teórico onde foi identificada a abordagem da sexualidade segundo os estudantes do 4º ano e os professores*

UC Ensino Teórico	Est. 4º Ano			Professores		
	Respostas		% de casos	Respostas		% de casos
	N	%		N	%	
Psicologia (1º A)	25	3.4	11.1	-	-	-
Psicologia (2º A)	11	1.5	4.9	-	-	-
Sociologia (1º A)	13	1.8	5.8	-	-	-
Sociologia (2º A)	10	1.4	4.4	-	-	-
Sociologia (3º A)	13	1.8	5.8	1	2.9	4.5
Anatomofisiologia/Patologia (1º A)	117	15.8	51.8	2	5.7	9.1
Anatomofisiologia/Patologia (2º A)	5	0.7	2.2	1	2.9	4.5
Anatomofisiologia/Patologia (3º A)	35	4.7	15.5	-	-	-
Fundamentos enf. (1º A)	42	5.7	18.6	4	11.4	18.2
Enf. adulto e idoso (2º A)	49	6.6	21.7	8	22.9	36.4
Enf. adulto e idoso (3º A)	28	3.8	12.4	4	11.4	18.2
Enf. comunitária (2º A)	13	1.8	5.8	2	5.7	9.1
Enf. comunitária (3º A)	18	2.4	8.0	-	-	-
Enf. comunitária (4º A)	3	0.4	1.3	-	-	-
Enf. saúde reprodutiva (3ºA)	221	29.9	97.8	8	22.9	36.4
Enf. criança/adolescente (3ºA)	62	8.4	27.4	3	8.6	13.6
Enf. Saúde mental e psiquiatria (3ºA)	61	8.2	27.0	2	5.7	9.1
Enf. alto risco (4º A)	2	0.3	0.9	-	-	-
Educação para a saúde (1º A)	11	1.5	4.9	-	-	-
Formação/Desenvolvimento (3º A)	1	0.1	0.4	-	-	-
<b>Total</b>	<b>740</b>	<b>100.0</b>	<b>327.4</b>	<b>35</b>	<b>100.0</b>	<b>159.1</b>

Da análise documental das 22 UC de natureza teórica trabalhadas observa-se que os objetivos centram-se maioritariamente, nos dois primeiros domínios – lembrar e entender – da dimensão do processo cognitivo. Estes domínios relacionam-se à aquisição do conhecimento. Somente na AEF 723 (enfermagem) os objetivos se estendem a todos os domínios (Tabela 45).

Tabela 45

*Matriz dos objetivos educacionais organizada pelos níveis da estrutura do processo cognitivo de Bloom revista por AEF*

AEF	Dimensão processo cognitivo					
	Lembrar	Entender	Aplicar	Analisar	Avaliar	Criar
720	Conhecer (2)					
		Compreender (1)				
	Identificar (1) Descrever (1) Adquirir (2)					
		Relacionar (1)				
310	Conhecer (2)					
		Compreender (1) Discutir (1)				
			Desenvolver (1)			
723	Conhecer (6)					
		Explicar (1) Compreender (7)				
	Identificar (2)	Identificar (1)				
			Executar (2) Aplicar (1) Praticar (1)			
	Adquirir (4)					
			Desenvolver (4) Utilizar (3)			
	Reconhecer (2)					
				Analisar (2)		
			Discutir (1)			
			Refletir (2) Projetar (2) Fundamentar (3)		Avaliar (1)	Planear (1)
					Integrar (1)	
		Interpretar (1)		Explorar (1)		
	Conhecimento		Competência		Habilidades	

Quanto aos conteúdos abordados observa-se na perspetiva dos estudantes, maior relevância aos *métodos contraceptivos; prevenção da gravidez não desejada e infeções sexualmente transmitidas*, respetivamente, 220, 217 e 217 das respostas referenciadas pela quase totalidade dos estudantes (96% - 97.3%). Também os conteúdos *estruturas sexuais físicas e seu funcionamento e as mudanças pubertárias* são expressivos, com 215 e 201 respostas cada um. Salientam-se ainda, os conteúdos relacionados com a *gravidez na adolescência; a educação e cuidados durante a gravidez, parto e puerpério e a sexualidade no ciclo gravídico-puerperal* com respostas entre 85.0% e 78.8%. Com menor relevo surgem os conteúdos *abuso*

de menores e outros vulneráveis, comportamentos de cortejar e sexo comercial com 57, 50 e 43 respostas. Globalmente os conteúdos identificados pelos estudantes enquadram-se principalmente, nos temas proteção e prevenção, físico e fisiológico e idade e desenvolvimento humano. A menor relevância vai para os temas: desvios e comportamentos de minorias, interação do par e culturas sociais, culturas no género.

Para a maioria dos professores os conteúdos mais abordados são a *sexualidade na jovem adultícia e adultez* e a *sexualidade na terceira idade*, com 12 respostas cada. Seguem-se com 11 respostas: a *sexualidade na infância e adolescência*; as *infecções sexualmente transmitidas*; as *estruturas sexuais físicas e seu funcionamento* e o *sexo desprotegido*. Menos referenciados são a *mutação genital*; *comportamento sexual compulsivo*; *voyeurismo*, *exibicionismo*, *froteurismo*, *zoofilia*, *parafilias* com 3 respostas cada e o *sexo comercial* com 1 resposta. O *sexo e ciberespaço* não é referido pelos professores. Em termos gerais são mais abordados os temas idade e desenvolvimento humano, proteção e prevenção e físico e fisiológico e menos abordados os temas relacionados às culturas sociais, culturas no género e aos desvios e comportamentos de minorias. (Tabela 46)

Tabela 46

Conteúdos abordados no âmbito da sexualidade segundo os estudantes do 4º ano e os professores

Tema	Conteúdos abordados	Est. 4º Ano			Professores		
		Respostas		% de casos	Respostas		% de casos
		N	%		N	%	
FF	Estruturas sexuais físicas e seu funcionamento	215	4.5	95.1	12	3.9	54.5
	Modificações pubertárias	201	4.2	88.9	9	3.0	40.9
	Respostas sexuais próprias [autoerotismo, masturbação]	135	2.8	59.7	5	1.6	22.7
	Modelos de resposta sexual humana	137	2.9	60.6	4	1.3	18.2
PP	Métodos contraceptivos	220	4.6	97.3	11	3.6	50.0
	Prevenção da gravidez não desejada	217	4.5	96.0	11	3.6	50.0
	Interrupção voluntária da gravidez	212	4.4	93.8	9	3.0	40.9
	Infecções sexualmente transmitidas	217	4.5	96.0	12	3.9	54.5
AT	Liberalismo & tradicionalismo	60	1.2	26.5	7	2.3	31.8
	Duplo padrão sexual [definição de papéis masculinos e femininos]	74	1.5	32.7	6	2.0	27.3
IDH	Sexualidade na infância e adolescência	164	3.4	72.6	12	3.9	54.5
	Sexualidade na jovem adultícia e adultez	159	3.3	70.4	13	4.3	59.1
	Sexualidade na terceira idade	130	2.7	57.5	13	4.3	59.1
	Gravidez na adolescência	192	4.0	85.0	11	3.6	50.0
	Família, procriação e (In) fertilidade	145	3.0	64.2	8	2.6	36.4

Tema	Conteúdos abordados	Est. 4º Ano			Professores		
		Respostas		% de casos	Respostas		% de casos
		N	%		N	%	
	Sexualidade no ciclo gravídico-puerperal	178	3.7	78.8	9	3.0	40.9
	Sexualidade na deficiência	68	1.4	30.1	9	3.0	40.9
	Sexualidade na doença [influência dos processos de doença, doença crónica, sequelas por trauma...]	104	2.2	46.0	9	3.0	40.9
	Educação e cuidados durante a gravidez, parto e puerpério	188	3.9	83.2	9	3.0	40.9
ES	Na família	113	2.4	50.0	9	3.0	40.9
	Na escola	117	2.4	51.8	10	3.3	45.5
	No grupo de amigos	93	1.9	41.2	7	2.3	31.8
	Nos <i>mass-media</i>	64	1.3	28.3	6	2.0	27.3
	Modelos de educação sexual	82	1.7	36.3	5	1.6	22.7
IP	Amor/respeito afetivo-sexual	99	2.1	43.8	10	3.3	45.5
	Comportamentos de cortejar	50	1.0	22.1	5	1.6	22.7
	Violência no namoro e relacionamento de curta e longa duração [casamento, união de facto...]	92	1.9	40.7	6	2.0	27.3
CSG	Expressões de heterossexualidade, bissexualidade, homossexualidade, transsexualidade, transgenderismo	73	1.5	32.3	6	2.0	27.3
	Mutilação genital	98	2.0	43.4	3	1.0	13.6
	Sexo comercial [prostituição masculina e feminina]	43	0.9	19.0	1	0.3	4.5
	Sexo e ciberespaço	30	0.6	13.3	-	-	-
	Mitos e crenças	131	2.7	58.0	9	3.0	40.9
CR	Álcool e drogas	132	2.7	58.4	10	3.3	45.5
	Múltiplos parceiros e parceiros ocasionais	110	2.3	48.7	7	2.3	31.8
	Sexo desprotegido	158	3.3	69.9	12	3.9	54.5
DCM	Abuso de menores e outros vulneráveis	57	1.2	25.2	6	2.0	27.3
	Comportamento sexual compulsivo	64	1.3	28.3	3	1.0	13.6
	Voyeurismo, exibicionismo, froteurismo, zoofilia, parafilias	84	1.7	37.2	3	1.0	13.6
ET	A dimensão ética da sexualidade	95	2.0	42.0	8	2.6	36.4
	Total	4801	100.0	2124.3	305	100.0	1386.4

*Nota.* Legenda: FF – Físico e fisiológico; PP – Proteção e prevenção; AT – Atitudes; IDH – Idade e desenvolvimento humano; ES – Educação sexual formal e informal; IP – Interação do par; CSG – Culturas sociais, culturas no género; CR – Comportamentos de risco associados; DCM – Desvios e comportamentos de minorias e ET – Ética.

A dimensão conteúdos no âmbito da componente suplementar avaliada a partir das fichas de UC e trabalhos realizados pelos estudantes, é apresentada no Apêndice M (Tabela M2).

A comparação entre os resultados dos questionários e das fichas de UC e trabalhos realizados na dimensão “conteúdos” revela que existem diferenças entre o que é referido como o currículo realizado (resultados do questionário) e o currículo prescrito e/ou moldado pelos professores (resultados da análise documental). Surgem como temas coincidentes a idade e desenvolvimento humano, o físico e fisiológico, os comportamentos de risco associados e a dimensão ética da sexualidade. Constata-se ainda, que o tema proteção e prevenção, nas áreas da contraceção e IST é comum. Os restantes temas, considerando os subtemas (conteúdos) não constam na sua generalidade dos materiais consultados, contudo são referenciados como trabalhados pelos estudante e professores. Emergem dois conteúdos novos dos materiais, a sexualidade ao longo do ciclo de vida e a dimensão sexual e reprodutiva (políticas de saúde) (Tabela 47).

Tabela 47

*Síntese da dimensão “conteúdos” obtida dos questionários e das fichas de UC e trabalhos realizados no âmbito do ensino teórico*

Tema	Subtema (Conteúdos)	Resultados Questionários	Resultados Análise Documental
Físico e fisiológico	Estruturas sexuais físicas e seu funcionamento	X	X
	Modificações pubertárias	X	X
	Respostas sexuais próprias [autoerotismo, masturbação]	X	-
	Modelos de resposta sexual humana	X	X
Proteção e prevenção	Métodos contraceptivos	X	X
	Prevenção da gravidez não desejada	X	-
	Interrupção voluntária da gravidez	X	-
	Infeções sexualmente transmitidas	X	X
Atitudes	Liberalismo & tradicionalismo	X	-
	Duplo padrão sexual [definição de papéis masculinos e femininos]	X	X
Idade e desenvolvimento humano	Sexualidade na infância e adolescência	X	X
	Sexualidade na jovem adultícia e adultez	X	X
	Sexualidade na terceira idade	X	X
	Sexualidade ao longo do ciclo de vida <sup>a)</sup>	-	X
	Gravidez na adolescência	X	X
	Família, procriação e (In) fertilidade	X	X
	Sexualidade no ciclo gravídico-puerperal	X	X
	Sexualidade na deficiência	X	X
	Sexualidade na doença [influência dos processos de doença, doença crónica, sequelas por trauma...]	X	X
	Educação e cuidados durante a gravidez, parto e puerpério	X	X



Tema	Subtema (Conteúdos)	Resultados Questionários	Resultados Análise Documental
Educação sexual formal e informal	Na família	X	-
	Na escola	X	X
	No grupo de amigos	X	-
	Nos <i>mass-media</i>	X	-
	Modelos de educação sexual	X	X
Interação do par	Amor/respeito afetivo-sexual	X	-
	Comportamentos de cortejar	X	-
	Violência no namoro e relacionamento de curta e longa duração [casamento, união de facto...]	X	-
Culturas sociais, culturas no género	Expressões de heterossexualidade, bissexualidade, homossexualidade, transsexualidade, transgenderismo	X	-
	Mutilação genital	X	X
	Sexo comercial [prostituição masculina e feminina]	X	-
	Sexo e ciberespaço	X	-
	Mitos e crenças	X	-
Comportamentos de risco associados	Álcool e drogas	X	X
	Múltiplos parceiros e parceiros ocasionais	X	-
	Sexo desprotegido	X	X
Desvios e comportamentos de minorias	Abuso de menores e outros vulneráveis	X	X
	Comportamento sexual compulsivo	X	-
	Voyeurismo, exibicionismo, froteurismo, zoofilia, parafilias	X	-
Ética	A dimensão ética da sexualidade	X	X
Políticas de Saúde	A dimensão sexual e reprodutiva <sup>a)</sup>	-	X

Nota. <sup>a)</sup> Conteúdos emergentes da análise documental

Quanto à tipologia das sessões letivas, a esmagadora maioria dos estudantes (99.6%) e a totalidade dos professores referem as sessões *teóricas* como as mais frequentes. Seguidas das sessões de natureza *teórico-prática* para cerca de um terço dos estudantes (33.5%) e para mais de metade dos professores (54.5%). A tipologia menos referenciada é o *projeto* para os estudantes, com 9 respostas (4.0% dos estudantes) e para os professores com 2 respostas (9.1%). Referindo também os professores o *trabalho de campo*, com o mesmo número de respostas (Tabela 48).

Tabela 48

*Tipologia das sessões letivas na abordagem da sexualidade segundo os estudantes do 4º ano e os professores*

Tipologia das sessões letivas	Est. 4º Ano			Professores		
	Respostas		% de casos	Respostas		% de casos
	N	%		N	%	
Teóricas	223	55.2	99.6	22	44.0	100.0
Teórico-Práticas	75	18.6	33.5	12	24.0	54.5
Práticas Laboratoriais	15	3.7	6.7	3	6.0	13.6
Orientação Tutorial	23	5.7	10.3	5	10.0	22.7
Trabalho de Campo	23	5.7	10.3	2	4.0	9.1
Seminário	36	8.9	16.1	4	8.0	18.2
Projeto	9	2.2	4.0	2	4.0	9.1
Total	404	100.0	180.4	50	100.0	227.3

Os resultados obtidos quanto à tipologia das sessões letivas a partir das fichas das UC mostram as sessões de natureza *teórica* e *teórico-práticas* como as mais utilizadas em todas as UC. Como menos utilizado aparece a tipologia *trabalho de campo* (1 UC) (Tabela 49).

Tabela 49

*Tipologia das sessões letivas na abordagem da sexualidade obtida a partir das fichas de UC no ensino teórico (N=22 UC)*

Tipologia das sessões letivas	Respostas	
	N	%
Teóricas	21	28.0
Teórico-Práticas	20	26.7
Práticas Laboratoriais	14	18.7
Orientação Tutorial	10	13.3
Trabalho de Campo	1	1.3
Seminário	9	12.0
Total	75	100.0

Como estratégias utilizadas mais relevantes foram identificadas pelos estudantes a *exposição do professor* com 207 respostas (91.2% dos estudantes), o *trabalho de grupo* com 157 respostas (69.2% dos estudantes) e o *visionamento de diapositivos* com 142 respostas (62.6 % das respostas). Para 90.9% dos professores a *exposição do professor* foi a estratégia mais usada com 20 respostas, seguida do *visionamento de diapositivos* e do *trabalho de grupo*, com 14 respostas cada. Apontam também a *pesquisa bibliográfica* e a *tempestade de ideias*, com 13 respostas correspondentes cada uma a 59.1% dos professores. Para estudantes e

professores as estratégias utilizadas situam-se principalmente ao nível da abstração da realidade (Tabela 50).

Tabela 50

*Estratégias utilizadas na abordagem da sexualidade segundo os estudantes do 4ºano e os professores*

Estratégias utilizadas	Est. 4º Ano			Professores		
	Respostas		% de casos	Respostas		% de casos
	N	%		N	%	
<b>Situações da vida real</b>						
Pesquisa bibliográfica	99	10.1	43.6	13	10.7	59.1
Questionamento	22	2.2	9.7	6	4.9	27.3
Trabalho de campo	19	1.9	8.4	3	2.5	13.6
Mapas conceituais	1	0.1	0.4	-	-	-
<b>Simulações da realidade</b>						
Brainstorming ou tempestade de ideias	29	3.0	12.8	13	10.7	59.1
Role-play	16	1.6	7.0	4	3.3	18.2
Estudo de caso	54	5.5	23.8	5	4.1	22.7
Dramatização	4	0.4	1.8	2	1.6	9.1
Trabalho de grupo	157	16.0	69.2	14	11.5	63.6
Grupo de discussão	50	5.1	22.0	6	4.9	27.3
Resolução de problemas	6	0.6	2.6	2	1.6	9.1
<b>Abstrações da realidade</b>						
Exposição do professor	207	21.1	91.2	20	16.4	90.9
Exposição-Demonstração do professor	35	3.6	15.4	4	3.3	18.2
Visionamento de filmes	81	8.3	35.7	10	8.2	45.5
Visionamento de diapositivos	142	14.5	62.6	14	11.5	63.6
Leitura comentada de textos	58	5.9	25.6	6	4.9	27.3
<b>Total</b>	<b>980</b>	<b>100.0</b>	<b>431.7</b>	<b>122</b>	<b>100.0</b>	<b>554.5</b>

Das fichas de UC emergem como mais utilizadas as estratégias *exposição do professor* em 19 UC, seguida da *pesquisa bibliográfica* (9UC) e do *trabalho de grupo* (8 UC). As estratégias *seminário* (6 UC), *exploração de recursos* (4 UC), *seminário* (3 UC), *poster* (2 UC) e *painel de discussão* (1 UC) emergem como novas. Em relação aos resultados dos questionários observa-se igualmente, a predominância pela estratégia centrada na abstração da realidade (Tabela 51).

Tabela 51

*Estratégias utilizadas nas sessões letivas na abordagem da sexualidade obtidas a partir das fichas de UC no ensino teórico (N=22 UC)*

Estratégias	Respostas	
	N	%
Situações da vida real		
Pesquisa bibliográfica	9	13.2
Trabalho de campo	2	2.9
Simulações da realidade		
Role-play	1	1.5
Simulação <sup>a)</sup>	6	8.8
Estudo de caso	4	5.9
Trabalho de grupo	8	11.8
Painel de discussão <sup>a)</sup>	1	1.5
Grupo de discussão	3	4.4
Exploração de recursos <sup>a)</sup>	4	5.9
Seminário <sup>a)</sup>	3	4.4
Poster <sup>a)</sup>	2	2.9
Abstrações da realidade		
Exposição do Professor	19	27.9
Exposição-demonstração do professor	4	5.9
Visionamento de filmes	1	1.5
Visionamento de diapositivos	1	1.5
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100.0</b>

Nota. <sup>a)</sup> Estratégias novas emergentes da análise documental

Relativamente aos instrumentos de avaliação utilizados quer para os estudantes quer para os professores os mais utilizados são o teste escrito e o trabalho de grupo. Para os estudantes as percentagens são respetivamente 87.4% e 62.2% e para os professores são 80.0% e 50% (Tabela 52).

Tabela 52

*Instrumentos de avaliação utilizados na avaliação da abordagem da sexualidade segundo os estudantes do 4º ano e os professores*

Instrumentos de avaliação	Est. 4º Ano			Professores		
	Respostas		% de casos	Respostas		% de casos
	N	%		N	%	
Teste escrito	194	46.5	87.4	16	39.0	80.0
Trabalho individual	25	6.0	11.3	4	9.8	20.0
Trabalho de grupo	138	33.1	62.2	10	24.4	50.0
Relatório da atividade	16	3.8	7.2	4	9.8	20.0
Portefólio	6	1.4	2.7	2	4.9	10.0
Reflexão individual	38	9.1	17.1	5	12.2	25.0
<b>Total</b>	<b>417</b>	<b>100.0</b>	<b>187.8</b>	<b>41</b>	<b>100.0</b>	<b>205.0</b>

Quanto aos dados que emergiram da análise documental, também o teste escrito é utilizado na maioria das UC (18) seguido do trabalho de grupo (9). Desta análise surgem um conjunto de outros instrumentos com baixa frequência, de que são exemplo a avaliação prática ou a elaboração de artigos ou posters (Tabela 53).

Tabela 53

*Instrumentos de avaliação utilizados nas sessões letivas na abordagem da sexualidade obtidos a partir das fichas de UC no âmbito do ensino teórico (N=22 UC)*

Instrumentos de avaliação	N	%
Teste escrito	18	50.0
Trabalho de grupo	9	25.0
Prática <sup>a)</sup>	2	5.54
Artigo <sup>a)</sup>	1	2.78
Poster <sup>a)</sup>	1	2.78
Problem Based Learning <sup>a)</sup>	1	2.78
Dossier temático <sup>a)</sup>	1	2.78
Trabalho prático <sup>a)</sup>	1	2.78
Avaliação contínua <sup>a)</sup>	1	2.78
Avaliação atitudes e comportamentos <sup>a)</sup>	1	2.78
Total	36	100.0

*Nota.* <sup>a)</sup> Instrumentos de avaliação novos emergentes da análise documental

## 6.2 – A ABORDAGEM DA SEXUALIDADE NO ENSINO CLÍNICO

Mais de dois terços dos estudantes (75.9%) referem ter abordado a sexualidade durante o ensino clínico; enquanto somente 63.8% dos professores o afirmam (Tabela 54).

Tabela 54

*A abordagem da sexualidade em ensino clínico*

	Est. 4º Ano		Professores	
	N	%	N	%
Sim	192	75.9	30	63.8
Não	54	21.3	17	36.2
Não resposta	7	2.8	-	-
Total	253	100.0	47	100.0

Genericamente observa-se que as UC identificadas se distribuem pelos quatro anos de curso. Para os estudantes a identificação das UC do ensino clínico onde a sexualidade foi abordada recaiu principalmente, na área da *enfermagem de saúde reprodutiva* no 3º ano com 125

respostas (69.8% dos estudantes) e *enfermagem de saúde comunitária* no 4º ano com 88 respostas, para aproximadamente metade dos estudantes. Os professores referenciam as UC *enfermagem médico-cirúrgica* do 2º ano com 11 respostas (39.3% dos professores) e a *enfermagem de saúde reprodutiva* do 3º ano para 28.6% (8 respostas) (Tabela 55).

Tabela 55

*UC do ensino clínico onde foi identificada a abordagem da sexualidade segundo os estudantes do 4º ano e os professores*

UC Ensino Clínico	Est. 4º Ano			Professores		
	Respostas		% de casos	Respostas		% de casos
	N	%		N	%	
Fundamentos de Enf. (1º A)	5	1.2	2.8	4	9.3	14.3
Fundamentos de Enf. (2º A)	8	2.0	4.5	1	2.3	3.6
Enf. Médico-Cirúrgica (2º A)	31	7.6	17.3	11	25.6	39.3
Enf. Médico-Cirúrgica (3º A)	2	0.5	1.1	2	4.7	7.1
Enf. Comunitária (3º A)	58	14.3	32.4	3	7.0	10.7
Enf. Comunitária (4º A)	88	21.7	49.2	4	9.3	14.3
Enf. Saúde Reprodutiva (3º A)	125	30.8	69.8	8	18.6	28.6
Enf. Criança e Adolescente (3º A)	13	3.2	7.3	2	4.7	7.1
Enf. Saúde Mental e Psiquiatria (3º A)	14	3.4	7.8	1	2.3	3.6
Enf. de Ortopneumologia (3º A)	6	1.5	3.4	2	4.7	7.1
Integração à vida Profissional (4º A)	56	13.8	31.3	5	11.6	17.9
Total	406	100.0	226.8	43	100.0	153.6

Através das respostas múltiplas observou-se que a abordagem da sexualidade no entender dos estudantes ocorreu mais frequentemente nas atividades integradas nas seguintes AV: expressar-se sexualmente (i.e. *ciclo menstrual, cuidados à mulher grávida e questão colocada pela pessoa*); comer e beber (i.e. *cuidados à puérpera que amamenta*), correspondendo estas respostas a percentagens entre 80.9% a 69.4%. Para mais de metade dos estudantes, a *educação para a saúde em situação individual* (AV manter ambiente seguro), *a prestação de cuidados de higiene aos genitais* (AV fazer higiene e vestir-se) e *um momento de conversação com a pessoa* (AV comunicar) constituíram-se também em atividades para abordar assuntos sexuais.

Mais de metade dos professores situam as três primeiras atividades ao nível da AV expressar-se sexualmente: *a propósito de uma questão colocada pelo estudante* e *a propósito duma questão colocada pela pessoa* e da AV fazer higiene e vestir-se: *prestação de cuidados de higiene aos genitais* (16 respostas) e *ligado à exposição corporal da pessoa* (Tabela 56).

Tabela 56

*Atividades em ensino clínico onde surgiu a sexualidade segundo os estudantes do 4º ano e os professores*

AV	Contexto das atividades	Est. 4º Ano			Professores		
		Respostas		% de casos	Respostas		% de casos
		N	%		N	%	
	Prestação de cuidados de higiene geral	88	4.5	48.1	14	6.0	48.3
HPV	Prestação de cuidados de higiene aos genitais	98	5.1	53.6	16	6.8	55.2
	Ligado à exposição corporal da pessoa [despir]	67	3.5	36.6	15	6.4	51.7
R	Resposta sexual humana e modificações dos ciclos respiratórios	14	0.7	7.7	2	0.9	6.9
TC	Variações de temperatura no ciclo feminino de fertilidade	44	2.3	24.0	4	1.7	13.8
	Hipertermia e disponibilidade sexual	19	1.0	10.4	-	-	-
CB	Prestação de cuidados à puérpera que amamenta	127	6.6	69.4	7	3.0	24.1
	Informação sobre alimentos afrodisíacos	21	1.1	11.5	-	-	-
E	Procedimentos de algaliação	69	3.6	37.7	12	5.1	41.4
	Procedimentos de enema	40	2.1	21.9	5	2.1	17.2
	Características dos lóquios	91	4.7	49.7	4	1.7	13.8
M	Apoio em proximidade física para deambulação	36	1.9	19.7	3	1.3	10.3
	Levante da cama/cadeirão	44	2.3	24.0	4	1.7	13.8
TD	Receios de incapacidade	52	2.7	28.4	8	3.4	27.6
	Fantasia de desempenho e aquisição de competências sexuais	29	1.5	15.8	2	0.9	6.9
	Educação para a saúde em utentes com ocupação/profissão ligada a sexo pagos	20	1.0	10.9	5	2.1	17.2
C	Momento de conversação com a pessoa	99	5.1	54.1	14	6.0	48.3
	Anedota promíscua	15	0.8	8.2	2	0.9	6.9
	A propósito de comentários efetuados pelos enfermeiros das instituições	-	-	-	1	0.4	3.4
D	Ereção/excitação no sono	21	1.1	11.5	3	1.3	10.3
	Sonhos molhados	22	1.1	12.0	4	1.7	13.8
MAS	Administração de terapêutica	65	3.4	35.5	6	2.6	20.7
	Educação para a saúde em situação individual	118	6.1	64.5	14	6.0	48.3
	Educação para a saúde em situação de grupo	69	3.6	37.7	12	5.1	41.4
	A propósito duma situação de abuso sexual	15	0.8	8.2	4	1.7	13.8

AV	Contexto das atividades	Est. 4º Ano			Professores		
		Respostas		% de casos	Respostas		% de casos
		N	%		N	%	
	Ciclo menstrual	148	7.6	80.9	9	3.8	31.0
	Orientação hetero, homo ou bissexual	35	1.8	19.1	7	3.0	24.1
	Administração de terapêutica com efeitos na sexualidade	76	3.9	41.5	7	3.0	24.1
	A propósito de uma questão colocada pela pessoa	132	6.8	72.1	15	6.4	51.7
	A propósito de uma questão colocada por si (Est.) ou pelo estudante (Prof.)	88	4.5	48.1	17	7.3	58.6
EXS	A propósito de uma situação de masturbação	20	1.0	10.9	5	2.1	17.2
	No caso de assédio sexual em relação a si (Est.) ou ao estudante (Prof.)	11	0.6	6.0	1	0.4	3.4
	Prestação de cuidados à mulher grávida	143	7.4	78.1	10	4.3	34.5
	Gravidez da estudante / IVG	-	-	-	1	0.4	3.4
	Posições para relações sexuais pós próteses anca ou joelho	-	-	-	1	0.4	3.4
Total		1936	100.0	1057.9	1	100.0	806.9

*Nota.* Legenda: HPV – Higiene pessoal e vestir-se; R – Respirar; TC – Temperatura corporal; CB – Comer e beber; E – Eliminar; M – Mover-se; TD – Trabalhar e divertir-se; C – Comunicar; D – Dormir; MAS – Manter ambiente seguro e EXS – Expressar-se sexualmente.

Quanto ao contexto de ensino clínico onde as atividades sobre sexualidade aconteceram, o contexto mais referenciado pelos estudantes respondentes refere-se à comunidade (39.9%) seguido da comunidade e hospital para 53 estudantes (20.9%). Vinte e um professores (70%) identificam a comunidade (Tabela 57).

Tabela 57

*Contexto de ensino clínico das atividades onde surgiu a sexualidade segundo os estudantes do 4º ano e os professores*

Contexto de ensino clínico	Est. 4º Ano		Professores	
	N	%	N	%
Comunidade	101	39.9	9	30.0
Instituição hospitalar	35	13.9	21	70.0
Comunidade e Instituição hospitalar	53	20.9	-	-
Não resposta	64	25.3	-	-
Total	253	100.0	47	100.0



Em termos globais, os estudantes do 4º ano envolvidos em atividades sobre sexualidade em ensino clínico referem sentimentos positivos, com o par *irresponsável-responsável* com a média mais elevada ( $M=5.67$ ,  $DP=1.47$ ). Os professores manifestam igualmente sentimentos positivos com valores de média mais elevada, respetivamente para os pares *irresponsável-responsável* ( $M=6.33$ ,  $DP=1.08$ ) e *enervado-calmo* ( $M=6.33$ ,  $DP=.88$ ) (Tabela 58).

Tabela 58

*Sentimentos associados ao desenvolvimento de atividades sobre sexualidade em ensino clínico segundo os estudantes do 4º ano e os professores*

Sentimentos	Est. 4º Ano			Professores		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i> ( <i>Min-Máx</i> )	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i> ( <i>Min-Máx</i> )
Constrangido – À-vontade*	5.1	1.49	5(1-7)	6.0	1.19	6(3-7)
Enervado – Calmo	5.24	1.64	6(1-7)	6.33	0.88	7(4-7)
Aborrecido – Entusiasmado*	4.69	1.12	4(1-7)	4.69	1.05	4.5(3-7)
Ignorante – Conhecedor *	5.23	1.17	5(2-7)	5.48	1.28	6(3-7)
Inseguro – Confiante	4.86	1.34	5(1-7)	5.74	1.23	6(3-7)
Intrometido – Discreto*	5.36	1.35	6(1-7)	6.12	1.19	6.5(2-7)
Ineficiente – Eficiente*	5.18	1.21	5(2-7)	5.36	1.22	5(2-7)
Irresponsável – Responsável*	5.67	1.47	6(1-7)	6.33	1.08	7(2-7)

*Nota.* \*Estas variáveis foram recodificadas com o objetivo de o conjunto das oito estarem todas no mesmo sentido – do negativo para o positivo

Foram exploradas as diferenças nos sentimentos em função da amostra, comprovaram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p<.05$ ) em todos os pares, à exceção dos pares 3, 4 e 7. Os professores apresentam uma perceção mais elevada dos sentimentos associados às situações envolvendo assuntos sexuais relativamente aos estudantes (Tabela 59).

Tabela 59

*Resultados dos testes Mann-Whitney dos sentimentos associados ao desenvolvimento de atividades sobre sexualidade em ensino clínico segundo os estudantes do 4º ano e os professores*

Sentimentos	Amostra	n	Média postos	Me	U	Z	p
1. Constrangido - À-vontade	Est. 4º Ano Professores	189 28	104.02 142.64	5.0 6.0	1704.0	-3.108	.002
2. Enervado - Calmo	Est. 4º Ano Professores	182 27	99.62 141.30	6.0 7.0	1477.0	-3.441	.001
3. Aborrecido - Entusiasmado	Est. 4º Ano Professores	178 26	102.49 102.60	4.0 4.5	2311.5	-0.010	.992
4. Ignorante - Conhecedor	Est. 4º Ano Professores	185 27	104.82 117.98	5.0 6.0	2187.5	-1.077	.281
5. Inseguro - Confiante	Est. 4º Ano Professores	182 27	99.84 139.8	5.0 6.0	1517.5	-3.288	.001
6. Intrometido - Discreto	Est. 4º Ano Professores	181 28	99.72 139.16	6.0 6.5	1577.5	-3.313	.001
7. Ineficiente - Eficiente	Est. 4º Ano Professores	181 28	104.10 110.79	5.0 5.0	2372.0	-0.562	.574
8. Irresponsável - Responsável	Est. 4º Ano Professores	184 27	102.43 130.33	6.0 7.0	1827.0	-2.332	.020

Para 42% dos estudantes, o enfermeiro é identificado como a pessoa que os ajudou a lidar com as situações com implicações sexuais (169 respostas), seguido do professor e dos colegas de estágio, com 82 e 76 respostas respetivamente (Tabela 60).

Tabela 60

*Identificação de quem ajudou o estudante a lidar com as situações com implicações sexuais em contexto de ensino clínico*

Quem ajudou o estudante a lidar com as situações com implicações sexuais	Est. 4º Ano		
	Respostas		% de casos
	N	%	
O professor	82	20.6	44.3
O enfermeiro	169	42.4	91.4
Os colegas de estágio	76	19.0	41.1
Os amigos	18	4.5	9.7
A família	18	4.5	9.7
A pessoa alvo dos cuidados	36	9.0	19.5
Total	399	100.0	215.7

### 6.3 – OS FATORES INFLUENCIADORES DO PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM DA SEXUALIDADE

A avaliação dos fatores associados ao processo de ensino e aprendizagem realizou-se em torno de três vertentes: o estudante, o professor e a situação de interação e foram avaliados por estudantes e professores.

Os fatores que influenciaram o processo de ensino e aprendizagem relativos aos estudantes foram organizados em quatro ordens: psicológicos, socioculturais, biográficos e escolares. Os estudantes consideram como mais influenciadores relativamente a si os itens: *a motivação para a aprendizagem* – fator escolar ( $M=4.13$ ;  $DP=0.67$ ), *a maturidade do estudante* – fator psicológico ( $M=4.11$ ;  $DP=0.74$ ) e *as atitudes e valores sobre a sexualidade* – fator sociocultural ( $M=3.92$ ;  $DP=0.77$ ). Para os professores observam-se com mais influência os itens: *a motivação para a aprendizagem* – fator escolar ( $M=4.38$ ;  $DP=0.57$ ), *as atitudes e valores sobre a sexualidade* – fator sociocultural ( $M=4.26$ ;  $DP=0.85$ ) e *a maturidade do estudante* – fator psicológico ( $M=4.23$ ;  $DP=0.81$ ) (Tabela 61).

Foram analisadas as diferenças entre os itens por amostra com recurso a testes de Mann-Whitney, observando-se diferenças estaticamente significativas nos itens: *os mitos e crenças sobre a sexualidade* ( $U=4030.0$ ;  $n1=242$ ;  $n2=47$ ;  $p=.01$ ); *as atitudes e valores sobre a sexualidade* ( $U=4168.0$ ;  $n1=243$ ;  $n2=47$ ;  $p=.01$ ) e *a motivação para a aprendizagem* ( $U=4546.5$ ;  $n1=242$ ;  $n2=47$ ;  $p=.014$ ), apresentando os professores valores de mediana mais elevados, constituindo-se assim os itens com maior influência relativamente aos estudantes. (Tabela M3 do Apêndice M).

Tabela 61

*Estatísticas descritivas dos fatores que influenciaram o processo de ensino e aprendizagem da sexualidade relativos aos estudantes segundo os estudantes do 4º ano e os professores*

Fatores relativos ao estudante	Est. 4º Ano			Professores		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i> ( <i>Min-Máx</i> )	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i> ( <i>Min-Máx</i> )
<b>Psicológicos</b>						
As características da personalidade do estudante.	3.77	0.84	4(1-5)	3.7	0.99	4(1-5)
A maturidade do estudante.	4.11	0.74	4(1-5)	4.23	0.81	4(1-5)
Os interesses pessoais do estudante.	3.96	0.77	4(1-5)	3.87	0.95	4(1-5)
A estrutura cognitiva do estudante.	3.85	0.83	4(1-5)	3.87	0.74	4(2-5)
As competências comunicacionais do estudante.	3.95	0.86	4(1-5)	3.83	0.89	4(1-5)
<b>Socioculturais</b>						
A experiência individual do estudante.	3.72	0.91	4(1-5)	3.77	0.69	4(2-5)
A história individual do estudante.	3.71	0.89	4(1-5)	3.77	0.79	4(2-5)
Os mitos e crenças sobre a sexualidade.	3.71	0.93	4(1-5)	4.17	0.89	4(1-5)
As atitudes e valores sobre a sexualidade.	3.92	0.77	4(1-5)	4.26	0.85	4(1-5)
<b>Biográficos</b>						
A história da escolarização do estudante.	3.42	0.99	4(1-5)	3.23	0.91	3(1-5)
Como procura o “saber” fora da escola.	3.76	0.91	4(1-5)	3.72	0.77	4(1-5)
<b>Escolares</b>						
A motivação para a aprendizagem.	4.13	0.67	4(1-5)	4.38	0.57	4(3-5)
O percurso e vivência do curso de enfermagem.	3.78	0.80	4(1-5)	3.6	0.97	4(1-5)
As expetativas profissionais do estudante.	3.79	0.82	4(1-5)	3.64	0.94	4(1-5)

Quanto aos fatores que influenciaram o processo de ensino e aprendizagem da sexualidade relativamente aos professores, os estudantes consideram como mais influenciador *as competências comunicacionais do professor* – fator formação ( $M=4.13$ ;  $DP=0.82$ ). Enquanto para os professores surge *a sua visão crítica e construtiva da sexualidade* – fator sociocultural ( $M=4.32$ ;  $DP=0.66$ ) (Tabela 62).

A exploração de diferenças entre os itens mostrou diferenças estatisticamente significativas somente no item *a visão crítica e construtiva sobre a sexualidade* – fator sociocultural ( $U=4789.5$ ;  $n1=246$ ;  $n2=47$ ;  $p=.04$ ), identificando os professores que relativamente a si é o fator com maior influência.

Tabela 62

*Estatísticas descritivas dos fatores que influenciaram o processo de ensino e aprendizagem da sexualidade relativos aos professores segundo os estudantes do 4º ano e os professores*

Fatores relativos aos professores	Est. 4º Ano			Professores		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i> ( <i>Min-Máx</i> )	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i> ( <i>Min-Máx</i> )
<b>Formação</b>						
A formação específica na área da sexualidade.	4.11	0.82	4(1-5)	4.26	0.64	4(3-5)
O domínio das metodologias de ensino.	4.01	0.81	4(1-5)	3.87	0.77	4(2-5)
As relações interpessoais que estabelece com os estudantes.	4.0	0.84	4(1-5)	4.17	0.70	4(3-5)
As competências comunicacionais do professor.	4.13	0.82	4(1-5)	4.3	0.59	4(3-5)
<b>Socioculturais</b>						
A visão crítica e construtiva sobre a sexualidade.	4.06	0.79	4(1-5)	4.32	0.66	4(3-5)
Os mitos e crenças sobre a sexualidade.	3.82	0.99	4(1-5)	3.91	1.02	4(1-5)
As atitudes e valores sobre a sexualidade.	3.96	0.87	4(1-5)	4.09	0.91	4(1-5)

Quanto à situação de interação observa-se que os fatores com maior influência para os estudantes são: a interação professor-estudante ( $M=4.07$ ;  $DP=.77$ ); a interação estudante-estudante ( $M=4.05$ ;  $DP=.72$ ) e a promoção do debate e da discussão ( $M=4.05$ ;  $DP=0.76$ ). Para os professores são os fatores a promoção do debate e da discussão ( $M=4.43$ ;  $DP=.58$ ) e a interação professor-estudante ( $M=4.38$ ;  $DP=0.53$ ) os mais influenciadores (Tabela 63).

Os testes de Mann-Whitney mostram existir diferenças significativas em quatro fatores: a dimensão do grupo turma ( $U=4521.0$ ;  $n1=243$ ;  $n2=47$ ;  $p=.012$ ); a interação professor-estudante ( $U=4492.0$ ;  $n1=243$ ;  $n2=47$ ;  $p=.009$ ); a oportunidade do estudante em exprimir as suas opiniões e preocupações ( $U=4582.5$ ;  $n1=243$ ;  $n2=47$ ;  $p=.015$ ) e a promoção do debate e da discussão ( $U=4215.0$ ;  $n1=243$ ;  $n2=47$ ;  $p=.002$ ). Estas diferenças consubstanciam-se num padrão uniforme, os professores identificam estes fatores como os mais influenciadores do processo de ensino e aprendizagem (Tabela M3 do Apêndice M).

Tabela 63

*Estatísticas descritivas dos fatores que influenciaram o processo de ensino e aprendizagem da sexualidade relativos à situação de interação segundo os estudantes do 4º ano e os professores*

Fatores relativos à situação de interação	Est. 4º Ano			Professores		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i> ( <i>Min-Máx</i> )	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i> ( <i>Min-Máx</i> )
A seleção da situação ou experiência de aprendizagem.	3.9	0.73	4(1-5)	4.09	0.62	4(3-5)
A organização da situação ou experiência de aprendizagem.	3.87	0.74	4(1-5)	3.98	0.57	4(3-5)
A tipologia de ensino selecionada.	3.94	0.76	4(2-5)	3.83	0.73	4(2-5)
O tempo despendido para a abordagem do assunto.	3.91	0.79	4(1-5)	3.98	0.71	4(3-5)
A dimensão do grupo turma.	3.92	0.83	4(1-5)	4.26	0.57	4(3-5)
Os processos cognitivos suscitados.	3.79	0.73	4(1-5)	3.89	0.67	4(3-5)
A participação do estudante.	3.95	0.75	4(1-5)	4.17	0.6	4(3-5)
A interação professor-estudante.	4.07	0.77	4(1-5)	4.38	0.53	4(3-5)
A interação estudante-estudante.	4.05	0.72	4(1-5)	4.19	0.77	4(2-5)
A oportunidade do estudante em exprimir as suas opiniões e preocupações.	4.01	0.74	4(1-5)	4.3	0.62	4(3-5)
O ambiente em que a situação ou experiência de aprendizagem ocorreu.	4.04	0.65	4(2-5)	4.19	0.58	4(3-5)
A promoção do debate e da discussão.	4.05	0.76	4(1-5)	4.43	0.58	4(3-5)

Sobre a identificação de atividades extracurriculares no âmbito da sexualidade, mais de metade dos estudantes não referem a sua realização (57.3%), contrariamente aos professores, pois para 51.1% é identificada a sua realização (Tabela 64).

Tabela 64

*Participação em atividades extracurriculares no âmbito da sexualidade*

	Est. 4º Ano		Professores	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sim	101	39.9	24	51.1
Não	145	57.3	23	48.9
Não resposta	7	2.8	-	-
Total	253	100.0	47	100.0

Quanto ao tipo de atividades extracurriculares desenvolvidas quer para os estudantes quer para os professores são os seminários (29.1% e 31.9%, respetivamente) e as palestras (27.2% e 27.7%, respetivamente) as mais realizadas (Tabela 65).

Tabela 65

*Tipo de atividades extracurriculares no âmbito da sexualidade*

Tipo de atividades extracurriculares no âmbito da sexualidade	Est. 4º Ano			Professores		
	Respostas		% de casos	Respostas		% de casos
	N	%		N	%	
Palestras	43	27.2	42.6	13	27.7	56.5
Conferências	29	18.4	28.7	9	19.1	39.1
Atividades em contexto comunitário	39	24.7	38.6	10	21.3	43.5
Seminários	46	29.1	45.4	15	31.9	65.2
Programa “Cuida-te”	1	0.6	1.0	-	-	-
Total	158	100.0	156.4	47	100.0	204.3

A identificação do modelo de educação no âmbito da sexualidade que dominou o processo de ensino e aprendizagem mostra que para mais de metade dos estudantes (51.4%) foi o modelo médico-preventivo, enquanto para os professores foi o modelo biográfico, com 70.2% (Tabela 66).

Tabela 66

*Modelo que dominou o processo de ensino e aprendizagem*

	Est. 4º Ano		Professores	
	N	%	N	%
Modelo médico-preventivo	130	51.4	13	27.7
Modelo moral	4	1.6	-	-
Modelo liberal impositivo	15	5.9	-	-
Modelo biográfico	91	36.0	33	70.2
Não resposta	13	5.1	1	2.1
Total	253	100.0	47	100.0

#### 6.4 – A IMPORTÂNCIA, O CONFORTO E A PREPARAÇÃO DOCENTE PARA INTEGRAR A SEXUALIDADE NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Quanto à importância atribuída ao ensino da sexualidade na formação em enfermagem os professores apresentaram uma média mais elevada que os estudantes do 4º ano (Tabela 67). Não há diferenças significativas em função da amostra ( $U=4763.0$ ;  $n1=246$ ;  $n2=47$ ;  $p=.052$ ).

Tabela 67

*Estatísticas descritivas sobre a importância atribuída à sexualidade na formação em enfermagem*

Importância atribuída ao ensino da sexualidade na formação em enfermagem	Est. 4º ano	Professores
Média	85.13	89.7
Mediana	89.5	92.0
Desvio-padrão	15.92	13.01
Mínimo	30	40
Máximo	100	100

Considerando as diferenças em função do sexo em cada uma das amostras, observou-se que somente na amostra dos professores existiram diferenças significativas na importância atribuída à sexualidade humana na formação em enfermagem ( $U=98.5$ ;  $n_1=14$ ;  $n_2=43$ ;  $p=.001$ ), apresentando o sexo feminino uma mediana mais elevada ( $Me=100$ ) relativamente ao sexo masculino ( $Me=84$ ) (Tabela 68).

Tabela 68

*Resultados do teste Mann-Whitney sobre a importância atribuída à sexualidade humana na formação em enfermagem por amostra e por sexo*

	Amostra	Sexo	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Importância atribuída ao ensino da sexualidade humana na formação em enfermagem	Est. 4º Ano	Masculino	39	114.91	87	3701.5	-0.832	.405
		Feminino	207	125.12	90			
	Professores	Masculino	14	14.54	84	98.5	-3.210	.001
		Feminino	33	28.02	100			

A avaliação de diferenças entre a importância atribuída ao ensino da sexualidade na formação em enfermagem em função da religião para cada uma das amostras não revelou diferenças significativas: estudantes 4º ano ( $\chi^2=4.080$ ;  $gl=3$ ;  $p=.253$ ) e professores ( $\chi^2=6.160$ ;  $gl=3$ ;  $p=.104$ ). Também, a idade não se correlacionou significativamente com esta variável quer para os estudantes do 4º ano ( $r_s(245)=-.076$ ;  $p=.234$ ) quer para os professores ( $r_s(47)=.029$ ;  $p=.845$ ), mostrando que a importância atribuída ao ensino da sexualidade na formação em enfermagem se dissocia da idade.



Em ambas as amostras foi avaliado o conforto relativamente à sexualidade humana, seja no âmbito da prática clínica (estudantes do 4º ano) seja no exercício docente, em duas perspetivas: o nível de conforto e a sua evolução (Tabela 69).

Assim, no nível de conforto observou-se um valor de mediana mais elevado nos professores ( $Me=72$ ) em relação aos estudantes do 4º ano ( $Me=70$ ), não se registando diferenças significativas em função da amostra ( $U=5452.5$ ;  $n1=253$ ;  $n2=47$ ;  $p=.51$ ).

Quanto à evolução do nível de conforto ao longo da formação ou ao longo do exercício docente, com valores de mediana iguais nas duas amostras, o teste de Mann-Whitney revelou diferenças estatisticamente significativas em função da amostra ( $U=4591.5$ ;  $n1=253$ ;  $n2=47$ ;  $p=.012$ ), observando-se que o nível de conforto registou uma evolução mais positiva para os estudantes ao longo do processo formativo que para os professores ao longo do seu exercício docente.

Tabela 69

*Estatísticas descritivas sobre o nível de conforto no âmbito da sexualidade humana por amostra*

	Conforto em relação à prática clínica no âmbito da sexualidade humana Est. 4º ano		Conforto relativamente ao exercício docente no âmbito da sexualidade Professores	
	Nível	Evolução	Nível	Evolução
Média	68.89	3.76	69.89	3.45
Mediana	70.0	4.0	72.0	4.0
Desvio-padrão	16.61	0.65	17.79	0.80
Mínimo	6	2	20	2
Máximo	100	5	100	5

Foi ainda explorada a avaliação destas duas variáveis por sexo e religião em cada amostra. No nível de conforto em relação à sexualidade humana, observaram-se diferenças significativas quanto ao sexo somente no grupo dos professores ( $U=117.5$ ;  $n1=14$ ;  $n2=33$ ;  $p=.008$ ), mostrando as mulheres valores de nível de conforto mais elevados ( $Me=4.0$ ) em relação aos homens ( $Me=3.5$ ). No que respeita à evolução do nível de conforto as análises estatísticas efetuadas não revelaram diferenças estatisticamente significativas para qualquer das amostras em função das variáveis sexo e religião.

O nível de preparação para integrar a sexualidade no exercício docente foi analisado na perspetiva de como os professores o sentem e também, no modo como os estudantes

consideram os professores preparados para o fazer. Observou-se que os professores percecionam em si um nível de preparação mais elevado contrariamente aos estudantes do 4º ano. O valor da mediana para os professores situou-se em 74.5 enquanto para os estudantes o valor foi de 66.0 (Tabela 70).

Tabela 70

*Estatísticas descritivas sobre a preparação para integrar a sexualidade humana no exercício docente por amostra*

Preparação dos professores para integrar a sexualidade humana no exercício docente		
	A opinião dos Est. 4º ano	A opinião dos Professores
Média	64.26	73.35
Mediana	66.0	74.5
Desvio-padrão	20.94	18.58
Mínimo	0	11
Máximo	100	100

A análise desta variável por sexo em cada amostra revelou que nos professores existem diferenças significativas quanto ao modo como se sentem preparados para integrar a sexualidade no exercício docente ( $U=130.0$ ;  $n1=14$ ;  $n2=32$ ;  $p=.025$ ), apresentando as mulheres valores de preparação mais elevados em relação aos homens ( $Me=80.5$  e  $Me=71$ , respetivamente).

Tabela 71

*Resultados dos testes Mann-Whitney sobre a preparação dos professores para integrar a sexualidade humana no exercício docente por amostra e por sexo*

	Amostra	Sexo	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Preparação dos professores para integrar a sexualidade humana no exercício docente	Est. 4º Ano	Masculino	39	131.45	69	3726.5	-0.761	.447
		Feminino	207	122.0	66			
	Professores	Masculino	14	16.79	71	130.0	-2.246	.025
		Feminino	32	26.44	80.5			

## 7 – PERCEÇÃO DO NÍVEL DE PREPARAÇÃO DOS ESTUDANTES PARA A ABORDAGEM DA SEXUALIDADE NA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM

Por último, este capítulo agrega os resultados às questões dos questionários que se prendiam com a perceção do nível de preparação dos estudantes para a prática clínica de enfermagem no âmbito da sexualidade e do nível de à-vontade relativamente a algumas atividades organizadas pelos três domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2004; 2012b).

Observa-se que os estudantes revelam níveis mais elevados relativamente à perceção para integrar a sexualidade na prática clínica de enfermagem em relação aos professores, diferenças que são estatisticamente significativas ( $U=2017.5$ ;  $n1=244$ ;  $n2=47$ ;  $p=.000$ ). Os estudantes de 4º ano parecem considerar-se mais preparados ( $Me=72.0$ ) contrariamente aos professores ( $Me=50.0$ ) (Tabela 72).

Tabela 72

*Estatísticas descritivas sobre a preparação dos estudantes para integrar a sexualidade humana na prática clínica de enfermagem por amostra*

	Preparação dos estudantes para integrar a sexualidade humana na prática clínica de enfermagem	
	A opinião dos Est. 4º ano	A opinião dos Professores
Média	70.94	46.3
Mediana	72.0	50.0
Desvio-padrão	12.47	20.59
Mínimo	5	0
Máximo	100	97

As análises estatísticas em cada amostra por sexo e religião não evidenciaram diferenças significativas em nenhuma das amostras.

No sentido de uma melhor caracterização desta perspetiva em relação à prática clínica da sexualidade pelos estudantes, foi solicitado que quer estudantes quer professores pudessem posicionar-se quanto ao nível de à-vontade em relação a algumas atividades. A apresentação dos resultados organiza-se pelos três domínios considerados no regulamento de competências do enfermeiro de cuidados gerais da OE.

### Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Constatou-se que nas sete atividades definidas para este domínio, os estudantes do 4º ano apresentam em todas, médias mais elevadas comparativamente aos professores. A média mais elevada para os estudantes do 4º ano e para os professores registou-se na atividade *a cuidar de uma pessoa do mesmo sexo* ( $M=4.4$ ;  $DP=0.68$  e  $M=3.93$ ;  $DP=0.93$ , respetivamente). Para ambas as amostras, a atividade *a cuidar de uma pessoa que mudou de sexo* obteve a média mais baixa. Em termos globais, os estudantes situaram-se quanto ao nível de à-vontade entre o muito à-vontade e o totalmente à-vontade, enquanto os professores consideraram os estudantes entre o nível pouco à-vontade e muito à-vontade. No apêndice M podem observar-se as tabelas de frequência para cada uma das atividades deste domínio por amostra (Tabelas M4-M5).

Tabela 73

*Estatísticas descritivas do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal por amostra*

Atividades	Est. 4º Ano			Professores		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i> ( <i>Min-Máx</i> )	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i> ( <i>Min-Máx</i> )
A cuidar de uma pessoa do mesmo sexo	4.4	0.68	5(2-5)	3.93	0.93	4(1-5)
A cuidar de uma pessoa do sexo oposto	4.1	0.81	4(2-5)	3.26	0.93	3(1-5)
A cuidar de uma pessoa com orientação homossexual	4.1	0.87	4(2-5)	3.07	1.02	3(1-5)
A cuidar de uma pessoa com orientação heterossexual	4.3	0.67	4(3-5)	3.80	0.81	4(2-5)
A cuidar de uma pessoa que mudou de sexo	3.8	0.10	4(1-5)	2.77	1.15	3(1-5)
A cuidar de um casal homossexual	4.0	0.90	4(1-5)	2.81	1.05	3(1-5)
A cuidar de um casal heterossexual	4.25	0.73	4(2-5)	3.78	0.85	4(2-5)

Os resultados dos testes Mann-Whitney para cada uma das atividades por amostra revelaram que as diferenças observadas são estatisticamente significativas para todas as atividades deste domínio. Comprovando-se, deste modo, que os estudantes percecionam em si, um maior nível de à-vontade para desenvolverem na prática clínica no final da formação diferentes atividades ligadas à expressão da sexualidade, comparativamente ao modo como os professores percecionam a sua preparação para o desenvolvimento destas atividades (Tabela 74).

Tabela 74

*Resultados dos testes Mann-Whitney no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal por amostra*

Atividades	Amostra	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>																																																																				
A cuidar de uma pessoa do mesmo sexo	Est. 4º Ano	245	152.67	5.0	4002.0	-3.436	.001																																																																				
	Professores	46	110.50	4.0				A cuidar de uma pessoa do sexo oposto	Est. 4º Ano	245	156.65	4.0	3026.5	-5.260	.000	Professores	46	89.29	3.0	A cuidar de uma pessoa com orientação homossexual	Est. 4º Ano	245	154.88	4.0	2479.0	-5.632	.000	Professores	42	80.52	3.0	A cuidar de uma pessoa com orientação heterossexual	Est. 4º Ano	245	153.64	4.0	3762.0	-3.918	.000	Professores	46	105.28	4.0	A cuidar de uma pessoa que mudou de sexo	Est. 4º Ano	244	154.40	4.0	2707.5	-5.254	.000	Professores	43	84.97	3.0	A cuidar de um casal homossexual	Est. 4º Ano	244	156.42	4.0	2241.5	-6.312	.000	Professores	43	73.50	3.0	A cuidar de um casal heterossexual	Est. 4º Ano	244	151.69	4.0	3858.5	-3.443	.001
A cuidar de uma pessoa do sexo oposto	Est. 4º Ano	245	156.65	4.0	3026.5	-5.260	.000																																																																				
	Professores	46	89.29	3.0				A cuidar de uma pessoa com orientação homossexual	Est. 4º Ano	245	154.88	4.0	2479.0	-5.632	.000	Professores	42	80.52	3.0	A cuidar de uma pessoa com orientação heterossexual	Est. 4º Ano	245	153.64	4.0	3762.0	-3.918	.000	Professores	46	105.28	4.0	A cuidar de uma pessoa que mudou de sexo	Est. 4º Ano	244	154.40	4.0	2707.5	-5.254	.000	Professores	43	84.97	3.0	A cuidar de um casal homossexual	Est. 4º Ano	244	156.42	4.0	2241.5	-6.312	.000	Professores	43	73.50	3.0	A cuidar de um casal heterossexual	Est. 4º Ano	244	151.69	4.0	3858.5	-3.443	.001	Professores	45	108.74	4.0								
A cuidar de uma pessoa com orientação homossexual	Est. 4º Ano	245	154.88	4.0	2479.0	-5.632	.000																																																																				
	Professores	42	80.52	3.0				A cuidar de uma pessoa com orientação heterossexual	Est. 4º Ano	245	153.64	4.0	3762.0	-3.918	.000	Professores	46	105.28	4.0	A cuidar de uma pessoa que mudou de sexo	Est. 4º Ano	244	154.40	4.0	2707.5	-5.254	.000	Professores	43	84.97	3.0	A cuidar de um casal homossexual	Est. 4º Ano	244	156.42	4.0	2241.5	-6.312	.000	Professores	43	73.50	3.0	A cuidar de um casal heterossexual	Est. 4º Ano	244	151.69	4.0	3858.5	-3.443	.001	Professores	45	108.74	4.0																				
A cuidar de uma pessoa com orientação heterossexual	Est. 4º Ano	245	153.64	4.0	3762.0	-3.918	.000																																																																				
	Professores	46	105.28	4.0				A cuidar de uma pessoa que mudou de sexo	Est. 4º Ano	244	154.40	4.0	2707.5	-5.254	.000	Professores	43	84.97	3.0	A cuidar de um casal homossexual	Est. 4º Ano	244	156.42	4.0	2241.5	-6.312	.000	Professores	43	73.50	3.0	A cuidar de um casal heterossexual	Est. 4º Ano	244	151.69	4.0	3858.5	-3.443	.001	Professores	45	108.74	4.0																																
A cuidar de uma pessoa que mudou de sexo	Est. 4º Ano	244	154.40	4.0	2707.5	-5.254	.000																																																																				
	Professores	43	84.97	3.0				A cuidar de um casal homossexual	Est. 4º Ano	244	156.42	4.0	2241.5	-6.312	.000	Professores	43	73.50	3.0	A cuidar de um casal heterossexual	Est. 4º Ano	244	151.69	4.0	3858.5	-3.443	.001	Professores	45	108.74	4.0																																												
A cuidar de um casal homossexual	Est. 4º Ano	244	156.42	4.0	2241.5	-6.312	.000																																																																				
	Professores	43	73.50	3.0				A cuidar de um casal heterossexual	Est. 4º Ano	244	151.69	4.0	3858.5	-3.443	.001	Professores	45	108.74	4.0																																																								
A cuidar de um casal heterossexual	Est. 4º Ano	244	151.69	4.0	3858.5	-3.443	.001																																																																				
	Professores	45	108.74	4.0																																																																							

Procedeu-se, também, à exploração da configuração por sexo em cada uma das amostras. Os resultados mostram diferenças estatisticamente significativas em algumas atividades, somente para a amostra dos estudantes do 4º ano, não se encontrando qualquer diferença na amostra dos professores. Assim, as mulheres apresentam maior nível de à-vontade em relação aos homens nas seguintes atividades: *a cuidar de uma pessoa do mesmo sexo* ( $U=2704.0$ ;  $n_1=38$ ;  $n_2=207$ ;  $p=.001$ ); *a cuidar de uma pessoa com orientação homossexual* ( $U=2325.5$ ;  $n_1=38$ ;  $n_2=207$ ;  $p=.000$ ); *a cuidar de uma pessoa que mudou de sexo* ( $U=2949.5$ ;  $n_1=38$ ;  $n_2=206$ ;  $p=.012$ ); *a cuidar de um casal homossexual* ( $U=2417.5$ ;  $n_1=38$ ;  $n_2=206$ ;  $p=.000$ ) e ainda, foram observados efeitos marginais na atividade *a cuidar de uma pessoa com orientação heterossexual* ( $U=3231.0$ ;  $n_1=38$ ;  $n_2=207$ ;  $p=.054$ ) (Tabela 75).

Tabela 75

*Resultados dos testes Mann-Whitney no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal por amostra e por sexo*

Atividades	Amostra	Sexo	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
A cuidar de uma pessoa do mesmo sexo	Est. 4º Ano	Masculino	38	90.66	4.0	2704.0	-3.410	.001
		Feminino	207	128.94	5.0			
	Professores	Masculino	14	23.64	4.0	222.0	-0.052	.958
		Feminino	32	23.44	4.0			
A cuidar de uma pessoa do sexo oposto	Est. 4º Ano	Masculino	38	106.45	4.0	3304.0	-1.669	.095
		Feminino	207	126.04	4.0			
	Professores	Masculino	14	26.39	3.0	183.5	-1.035	.301
		Feminino	32	22.23	3.0			
A cuidar de uma pessoa com orientação homossexual	Est. 4º Ano	Masculino	38	80.70	3.5	2325.5	-4.242	.000
		Feminino	207	130.77	4.0			
	Professores	Masculino	13	23.23	3.0	166.0	-0.653	.514
		Feminino	29	20.72	3.0			
A cuidar de uma pessoa com orientação heterossexual	Est. 4º Ano	Masculino	38	104.53	4.0	3231.0	-1.923	.054
		Feminino	207	126.39	4.0			
	Professores	Masculino	14	27.11	4.0	173.5	-1.357	.175
		Feminino	32	21.92	4.0			
A cuidar de uma pessoa que mudou de sexo	Est. 4º Ano	Masculino	38	97.12	4.0	2949.5	-2.525	.012
		Feminino	206	127.18	4.0			
	Professores	Masculino	13	24.69	3.0	160.0	-0.960	.337
		Feminino	30	20.83	3.0			
A cuidar de um casal homossexual	Est. 4º Ano	Masculino	38	83.12	3.5	2417.5	-3.951	.000
		Feminino	206	129.76	4.0			
	Professores	Masculino	13	24.08	3.0	168.0	-0.754	.451
		Feminino	30	21.10	3.0			
A cuidar de um casal heterossexual	Est. 4º Ano	Masculino	38	107.29	4.0	3336.0	-1.576	.115
		Feminino	206	125.31	4.0			
	Professores	Masculino	14	23.46	4.0	210.5	-0.178	.858
		Feminino	31	22.79	4.0			

### Domínio da prestação e gestão de cuidados

Neste domínio, os estudantes de 4º ano apresentaram valores de média mais elevada em todas as atividades em relação aos professores. Na amostra dos estudantes de 4º ano as atividades com maior nível de à-vontade foram: *a cuidar de uma mulher no período de puerpério (M=4.22; DP=0.79); a realizar uma consulta de planeamento familiar (M=4.16; DP=0.70) e a cuidar de uma pessoa de idade avançada (M=4.13; DP=0.74)*. Para os professores as atividades com maior nível de à-vontade por parte dos estudantes foram: *a cuidar de uma pessoa de idade avançada (M=3.83; DP=0.77); a cuidar de uma mulher no período de puerpério (M=3.65; DP=0.80) e a cuidar de uma pessoa após enfarte agudo do miocárdio (M=3.59; DP=0.83)*. Ressalta para ambas as amostras que a atividade onde os estudantes estarão menos à-vontade é *a cuidar de uma pessoa com VIH*. Na globalidade dos resultados, neste domínio reforça-se a tendência encontrada no domínio anterior (Tabela 76). As tabelas de frequência das atividades constam do apêndice M (Tabelas M6-M7).

Tabela 76

*Estatísticas descritivas do domínio da prestação e gestão de cuidados por amostra*

Atividades	Est. 4º Ano			Professores		
	M	DP	Me (Min- Máx)	M	DP	Me (Min- Máx)
A cuidar de uma pessoa após enfarte agudo do miocárdio	4.04	0.83	4(2-5)	3.59	0.83	4(1-5)
A cuidar de uma mulher pós-mastectomia	3.99	0.84	4(2-5)	3.37	0.80	3(1-5)
A fornecer orientações relativas aos efeitos da medicação na sexualidade	3.93	0.81	4(2-5)	3.04	0.82	3(1-5)
A orientar um adolescente sobre o seu desenvolvimento afetivo-sexual	4.06	0.78	4(2-5)	3.13	1.02	3(1-5)
A realizar uma consulta de planeamento familiar	4.16	0.70	4(2-5)	3.30	0.79	3(2-5)
A realizar uma consulta de vigilância pré-natal	3.98	0.79	4(2-5)	3.37	0.90	3(1-5)
A realizar uma sessão de educação para a saúde sobre educação sexual	3.89	0.82	4(2-5)	3.46	0.81	3(2-5)
A cuidar de uma pessoa de idade avançada	4.13	0.74	4(2-5)	3.83	0.77	4(2-5)
A cuidar de uma pessoa com VIH	3.58	0.91	4(1-5)	2.87	0.89	3(1-5)
A cuidar de uma mulher no período de puerpério	4.22	0.71	4(2-5)	3.65	0.80	4(2-5)

Igualmente, neste domínio observaram-se diferenças estatisticamente significativas em todas as atividades por amostra. Os estudantes do 4º ano revelam um maior nível de à-vontade para

o exercício profissional das atividades com implicações sexuais relativamente ao modo como os professores os sentem preparados quanto ao nível de à-vontade (Tabela 77).

A exploração de diferenças em cada uma das amostras por sexo não mostrou diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 77

*Resultados dos testes Mann-Whitney no domínio da prestação e gestão de cuidados por amostra*

Atividades	Amostra	n	Média postos	Me	U	Z	p																																																																																																								
A cuidar de uma pessoa após enfarte agudo do miocárdio	Est. 4º Ano	245	152.64	4.0	4008.0	-3.303	.001																																																																																																								
	Professores	46	110.63	4.0				A cuidar de uma mulher pós-mastectomia	Est. 4º Ano	245	155.02	4.0	3425.5	-4.468	.000	Professores	46	97.97	3.0	A fornecer orientações relativas aos efeitos da medicação na sexualidade	Est. 4º Ano	245	158.25	4.0	2633.0	-6.067	.000	Professores	46	80.74	3.0	A orientar um adolescente sobre o seu desenvolvimento afetivo-sexual	Est. 4º Ano	245	157.6	4.0	2793.0	-5.762	.000	Professores	46	84.22	3.0	A realizar uma consulta de planeamento familiar	Est. 4º Ano	244	158.32	4.0	2484.5	-6.440	.000	Professores	46	77.51	3.0	A realizar uma consulta de vigilância pré-natal	Est. 4º Ano	243	153.27	4.0	3578.5	-4.119	.000	Professores	46	101.29	3.0	A realizar uma sessão de educação para a saúde sobre educação sexual	Est. 4º Ano	244	151.66	4.0	4109.5	-3.057	.002	Professores	46	112.84	3.0	A cuidar de uma pessoa de idade avançada	Est. 4º Ano	244	150.59	4.0	4369.0	-2.594	.009	Professores	46	118.48	4.0	A cuidar de uma pessoa com VIH	Est. 4º Ano	244	155.15	4.0	3257.5	-4.749	.000	Professores	46	94.32	3.0	A cuidar de uma mulher no período de puerpério	Est. 4º Ano	244	154.23	4.0	3482.5	-4.428	.000
A cuidar de uma mulher pós-mastectomia	Est. 4º Ano	245	155.02	4.0	3425.5	-4.468	.000																																																																																																								
	Professores	46	97.97	3.0				A fornecer orientações relativas aos efeitos da medicação na sexualidade	Est. 4º Ano	245	158.25	4.0	2633.0	-6.067	.000	Professores	46	80.74	3.0	A orientar um adolescente sobre o seu desenvolvimento afetivo-sexual	Est. 4º Ano	245	157.6	4.0	2793.0	-5.762	.000	Professores	46	84.22	3.0	A realizar uma consulta de planeamento familiar	Est. 4º Ano	244	158.32	4.0	2484.5	-6.440	.000	Professores	46	77.51	3.0	A realizar uma consulta de vigilância pré-natal	Est. 4º Ano	243	153.27	4.0	3578.5	-4.119	.000	Professores	46	101.29	3.0	A realizar uma sessão de educação para a saúde sobre educação sexual	Est. 4º Ano	244	151.66	4.0	4109.5	-3.057	.002	Professores	46	112.84	3.0	A cuidar de uma pessoa de idade avançada	Est. 4º Ano	244	150.59	4.0	4369.0	-2.594	.009	Professores	46	118.48	4.0	A cuidar de uma pessoa com VIH	Est. 4º Ano	244	155.15	4.0	3257.5	-4.749	.000	Professores	46	94.32	3.0	A cuidar de uma mulher no período de puerpério	Est. 4º Ano	244	154.23	4.0	3482.5	-4.428	.000	Professores	46	99.21	4.0								
A fornecer orientações relativas aos efeitos da medicação na sexualidade	Est. 4º Ano	245	158.25	4.0	2633.0	-6.067	.000																																																																																																								
	Professores	46	80.74	3.0				A orientar um adolescente sobre o seu desenvolvimento afetivo-sexual	Est. 4º Ano	245	157.6	4.0	2793.0	-5.762	.000	Professores	46	84.22	3.0	A realizar uma consulta de planeamento familiar	Est. 4º Ano	244	158.32	4.0	2484.5	-6.440	.000	Professores	46	77.51	3.0	A realizar uma consulta de vigilância pré-natal	Est. 4º Ano	243	153.27	4.0	3578.5	-4.119	.000	Professores	46	101.29	3.0	A realizar uma sessão de educação para a saúde sobre educação sexual	Est. 4º Ano	244	151.66	4.0	4109.5	-3.057	.002	Professores	46	112.84	3.0	A cuidar de uma pessoa de idade avançada	Est. 4º Ano	244	150.59	4.0	4369.0	-2.594	.009	Professores	46	118.48	4.0	A cuidar de uma pessoa com VIH	Est. 4º Ano	244	155.15	4.0	3257.5	-4.749	.000	Professores	46	94.32	3.0	A cuidar de uma mulher no período de puerpério	Est. 4º Ano	244	154.23	4.0	3482.5	-4.428	.000	Professores	46	99.21	4.0																				
A orientar um adolescente sobre o seu desenvolvimento afetivo-sexual	Est. 4º Ano	245	157.6	4.0	2793.0	-5.762	.000																																																																																																								
	Professores	46	84.22	3.0				A realizar uma consulta de planeamento familiar	Est. 4º Ano	244	158.32	4.0	2484.5	-6.440	.000	Professores	46	77.51	3.0	A realizar uma consulta de vigilância pré-natal	Est. 4º Ano	243	153.27	4.0	3578.5	-4.119	.000	Professores	46	101.29	3.0	A realizar uma sessão de educação para a saúde sobre educação sexual	Est. 4º Ano	244	151.66	4.0	4109.5	-3.057	.002	Professores	46	112.84	3.0	A cuidar de uma pessoa de idade avançada	Est. 4º Ano	244	150.59	4.0	4369.0	-2.594	.009	Professores	46	118.48	4.0	A cuidar de uma pessoa com VIH	Est. 4º Ano	244	155.15	4.0	3257.5	-4.749	.000	Professores	46	94.32	3.0	A cuidar de uma mulher no período de puerpério	Est. 4º Ano	244	154.23	4.0	3482.5	-4.428	.000	Professores	46	99.21	4.0																																
A realizar uma consulta de planeamento familiar	Est. 4º Ano	244	158.32	4.0	2484.5	-6.440	.000																																																																																																								
	Professores	46	77.51	3.0				A realizar uma consulta de vigilância pré-natal	Est. 4º Ano	243	153.27	4.0	3578.5	-4.119	.000	Professores	46	101.29	3.0	A realizar uma sessão de educação para a saúde sobre educação sexual	Est. 4º Ano	244	151.66	4.0	4109.5	-3.057	.002	Professores	46	112.84	3.0	A cuidar de uma pessoa de idade avançada	Est. 4º Ano	244	150.59	4.0	4369.0	-2.594	.009	Professores	46	118.48	4.0	A cuidar de uma pessoa com VIH	Est. 4º Ano	244	155.15	4.0	3257.5	-4.749	.000	Professores	46	94.32	3.0	A cuidar de uma mulher no período de puerpério	Est. 4º Ano	244	154.23	4.0	3482.5	-4.428	.000	Professores	46	99.21	4.0																																												
A realizar uma consulta de vigilância pré-natal	Est. 4º Ano	243	153.27	4.0	3578.5	-4.119	.000																																																																																																								
	Professores	46	101.29	3.0				A realizar uma sessão de educação para a saúde sobre educação sexual	Est. 4º Ano	244	151.66	4.0	4109.5	-3.057	.002	Professores	46	112.84	3.0	A cuidar de uma pessoa de idade avançada	Est. 4º Ano	244	150.59	4.0	4369.0	-2.594	.009	Professores	46	118.48	4.0	A cuidar de uma pessoa com VIH	Est. 4º Ano	244	155.15	4.0	3257.5	-4.749	.000	Professores	46	94.32	3.0	A cuidar de uma mulher no período de puerpério	Est. 4º Ano	244	154.23	4.0	3482.5	-4.428	.000	Professores	46	99.21	4.0																																																								
A realizar uma sessão de educação para a saúde sobre educação sexual	Est. 4º Ano	244	151.66	4.0	4109.5	-3.057	.002																																																																																																								
	Professores	46	112.84	3.0				A cuidar de uma pessoa de idade avançada	Est. 4º Ano	244	150.59	4.0	4369.0	-2.594	.009	Professores	46	118.48	4.0	A cuidar de uma pessoa com VIH	Est. 4º Ano	244	155.15	4.0	3257.5	-4.749	.000	Professores	46	94.32	3.0	A cuidar de uma mulher no período de puerpério	Est. 4º Ano	244	154.23	4.0	3482.5	-4.428	.000	Professores	46	99.21	4.0																																																																				
A cuidar de uma pessoa de idade avançada	Est. 4º Ano	244	150.59	4.0	4369.0	-2.594	.009																																																																																																								
	Professores	46	118.48	4.0				A cuidar de uma pessoa com VIH	Est. 4º Ano	244	155.15	4.0	3257.5	-4.749	.000	Professores	46	94.32	3.0	A cuidar de uma mulher no período de puerpério	Est. 4º Ano	244	154.23	4.0	3482.5	-4.428	.000	Professores	46	99.21	4.0																																																																																
A cuidar de uma pessoa com VIH	Est. 4º Ano	244	155.15	4.0	3257.5	-4.749	.000																																																																																																								
	Professores	46	94.32	3.0				A cuidar de uma mulher no período de puerpério	Est. 4º Ano	244	154.23	4.0	3482.5	-4.428	.000	Professores	46	99.21	4.0																																																																																												
A cuidar de uma mulher no período de puerpério	Est. 4º Ano	244	154.23	4.0	3482.5	-4.428	.000																																																																																																								
	Professores	46	99.21	4.0																																																																																																											

### Domínio do desenvolvimento profissional

Nas atividades contempladas no domínio do desenvolvimento profissional, os estudantes de 4º ano mostraram médias mais elevadas em relação aos professores (Tabela 78). Globalmente, os estudantes situaram-se ao nível do muito à-vontade e os professores ao nível



do moderadamente à-vontade (Tabela M6- M7 do Apêndice M). A atividade *a utilizar a prática baseada na evidência* obteve a média mais elevada nas duas amostras ( $M=4.0$ ;  $DP=0.74$  e  $M=3.15$ ;  $DP=1.01$ , respetivamente para estudantes e professores).

Tabela 78

*Estatísticas descritivas do domínio do desenvolvimento profissional por amostra*

Atividades	Est. 4º Ano			Professores		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i> ( <i>Min-Máx</i> )	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i> ( <i>Min-Máx</i> )
A discutir aspetos da sexualidade na equipa de saúde	3.98	0.76	4(2-5)	3.07	0.98	3(1-5)
A utilizar a prática baseada na evidência	4.0	0.74	4(2-5)	3.15	1.01	3(1-5)

As diferenças entre as amostras foram estatisticamente significativas para as duas atividades, os estudantes de 4º ano percecionam em si no final da sua formação um maior nível de à-vontade para a abordagem da sexualidade na prática clínica de enfermagem em relação à perceção dos professores (Tabela 79).

Não se observaram diferenças significativas em função do sexo em cada uma das amostras nas atividades do domínio do desenvolvimento profissional.

Tabela 79

*Resultados dos testes Mann-Whitney no domínio do desenvolvimento profissional por amostra*

Atividades	Amostra	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
A discutir aspetos da sexualidade na equipa de saúde	Est. 4º Ano	244	157.45	4.0	2696.0	-5.965	.000
	Professores	46	82.11	3.0			
A utilizar a prática baseada na evidência	Est. 4º Ano	244	156.12	4.0	3020.5	-5.335	.000
	Professores	46	89.16	3.0			

As associações entre a preparação para a prática clínica e os domínios em análise com os conhecimentos, as atitudes e crenças sobre a sexualidade na enfermagem e o conforto

Os resultados das correlações entre estas quatro variáveis mostram perfis diferentes entre estudantes e professores e dentro de cada amostra por sexo. Quanto aos estudantes observa-se que todas as variáveis se associam com a preparação para a prática clínica a um nível significativo ( $p<.05$ ) para as mulheres. Há uma associação forte entre o nível de conforto

( $r_s(206)=.74$ ) e moderada e inversa entre o SABS ( $r_s(192)=-.42$ ) com a preparação para a prática clínica. Para os estudantes homens somente o conforto se associa a um nível moderado com a preparação para prática clínica ( $r_s(38)=.61$ ). Relativamente aos professores observa-se que para os homens apenas há uma associação indireta entre o conforto a as atitudes face à sexualidade na enfermagem ( $r_s(14)=-.57$ ;  $p<.01$ ) e para as mulheres o conforto associa-se aos conhecimentos ( $r_s(33)=-.41$ ;  $p<.01$ ) (Tabela 80).

Tabela 80

*Matriz de correlações entre a preparação para a prática clínica, os conhecimentos, o SABS e o conforto por amostra e sexo*

	Estudantes do 4º ano						Professores					
	2		3		4		2		3		4	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
1 - Preparação para a prática clínica	.29	.51**	.16	-.42**	.61**	.74**	.04	.06	-.45	-.28	-	-
2 - Conhecimentos sobre sexualidade			.13	-.17*	.24	.41**			.26	-.20	-.15	.41*
3 - SABS					-.04	-.38**					-.57*	-.24

*Nota.* Legenda: 1 – Preparação dos estudantes para integrar a sexualidade humana na prática clínica; 2 – Conhecimentos sobre a sexualidade; 3 – SABS – Atitudes e crenças face à sexualidade na enfermagem; 4 – Conforto em relação à prática clínica no âmbito da sexualidade (estudantes) e Conforto relativamente ao exercício docente no âmbito da sexualidade (professores)

\* $p < .05$  \*\* $p < .01$

No sentido de detalhar as associações anteriores entre a preparação para a prática clínica e as variáveis referidas recorreu-se aos domínios das competências. Estas correlações efetuaram-se apenas para os estudantes com recurso à variável sexo (Tabela 81).

Considerando os conhecimentos sobre sexualidade confirmam-se os perfis encontrados por sexo. Os homens dissociam o seu nível de à-vontade nos domínios em análise dos conhecimentos. As mulheres associam significativamente ( $p<.05$ ) entre um nível muito baixo a baixo os conhecimentos a todas as atividades, exceto a quatro: *a cuidar de uma pessoa do sexo oposto; a cuidar de uma pessoa que mudou de sexo; a cuidar de uma mulher pós-mastectomia e a cuidar de uma pessoa com VIH.*

Quanto às atitudes e crenças sobre a sexualidade mantém-se nos homens a independência face às atividades dos diferentes domínios. Nas mulheres observam-se correlações inversas e significativas ( $p<.05$ ) entre o SABS e todas as atividades dos domínios do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, à exceção do domínio da prestação e gestão de cuidados nas atividades *a cuidar de uma pessoa após enfarte agudo do miocárdio e a cuidar de uma mulher pós-mastectomia.*

Relativamente ao nível de conforto observa-se somente uma correlação direta e significativa com a atividade *a cuidar de uma pessoa do sexo oposto* ( $r_s(38)=.48$ ;  $p<.01$ ) para os homens. Para as mulheres o conforto correlaciona-se direta e significativamente ( $p<.05$ ) com todas as atividades de todos os domínios. A maioria das correlações situa-se num nível baixo (entre .20 e .39). Destaca-se a correlação moderada entre o conforto e a atividade *a discutir aspetos da sexualidade na equipa de saúde* ( $r_s(206)=.46$ ;  $p<.01$ ).

Tabela 81

*Matriz de correlações entre os domínios das competências com os conhecimentos, o SABS e o conforto para os estudantes do 4º ano por sexo*

Atividades por domínios	Conhecimentos sobre a sexualidade		Atitudes e crenças face à sexualidade na enfermagem		Conforto em relação à prática clínica no âmbito da sexualidade	
	M	F	M	F	M	F
<b>Responsabilidade profissional, ética e legal</b>						
A cuidar de uma pessoa do mesmo sexo	-.13	.15*	.13	-.26**	.13	.25**
A cuidar de uma pessoa do sexo oposto	-.07	.12	-.06	-.22**	.48**	.36**
A cuidar de uma pessoa com orientação homossexual	.07	.18**	-.10	-.28**	.20	.34**
A cuidar de uma pessoa com orientação heterossexual	-.27	.17*	-.13	-.24**	.14	.31**
A cuidar de uma pessoa que mudou de sexo	.17	.12	.10	-.20**	.22	.31**
A cuidar de um casal homossexual	.12	.14*	-.11	-.25**	.30	.29**
A cuidar de um casal heterossexual	-.16	.18**	-.14	-.28**	.15	.34**
<b>Prestação e gestão de cuidados</b>						
A cuidar de uma pessoa após enfarte agudo do miocárdio	-.14	.16**	.02	-.07	.15	.19**
A cuidar de uma mulher pós-mastectomia	-.01	.12	.17	-.10	.11	.24**
A fornecer orientações relativas aos efeitos da medicação na sexualidade	-.00	.21**	.06	-.25**	-.01	.35**
A orientar um adolescente sobre o seu desenvolvimento afetivo-sexual	-.13	.25**	.05	-.33**	.08	.44**
A realizar uma consulta de planeamento familiar	-.06	.20**	-.09	-.29**	.10	.38**
A realizar uma consulta de vigilância pré-natal	-.11	.22**	-.17	-.29**	.29	.31**
A realizar uma sessão de educação para a saúde sobre educação sexual	-.04	.23**	-.12	-.23**	.14	.41**
A cuidar de uma pessoa de idade avançada	-.17	.14**	-.08	-.16*	.11	.29**
A cuidar de uma pessoa com VIH	.19	.04	-.11	-.21**	.29	.27**
A cuidar de uma mulher no período de puerpério	-.01	.21**	.00	-.18*	-.07	.30**
<b>Desenvolvimento profissional</b>						
A discutir aspetos da sexualidade na equipa de saúde	.01	.24**	.03	-.25**	.02	.46**
A utilizar a prática baseada na evidência	.09	.17*	-.06	-.23**	-.12	.39**

Nota. \* $p < .05$  \*\* $p < .01$



### **CAPÍTULO III – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**



## **1 – DOS CONHECIMENTOS, PERCEÇÕES E ATITUDES SOBRE A SEXUALIDADE ÀS ATITUDES E CRENÇAS SOBRE A SEXUALIDADE NA ENFERMAGEM**

Da revisão de literatura emerge que as atitudes e crenças sobre a sexualidade na prática clínica de enfermagem são reconhecidas como um fator decisivo na prestação de cuidados holísticos e integrais às pessoas na situação de saúde e doença. Constituindo-se as atitudes como avaliações permanentes orientadas para um determinado objeto (Schwarz & Bohner, 2001) que resultam de experiências e condutas aprendidas ao longo da vida (López & Fuertes, 1999), a sua compreensão é fundamental para se poder melhorar a prática clínica. Neste sentido procura-se neste capítulo, a partir dos resultados que se afiguram com maior representatividade, construir uma discussão que se inicia numa perspetiva individual e mais generalista, para uma outra que se entende como enquadrada pela área disciplinar de enfermagem – portanto mais próxima da sua perspetiva profissional – necessariamente direcionada para a finalidade desta investigação.

### **Conhecimentos, perceções e atitudes sobre a sexualidade**

O reconhecimento de que a formação tem um papel importante no desenvolvimento de conhecimentos e atitudes sobre a sexualidade é inquestionável. Por outro lado, há também a aceitação de que a formação é um processo contínuo que decorre ao longo da vida, concretizando-se nos diversos contextos onde cada pessoa se move. Particularizam-se diferentes contextos: o da escola, seja ao nível do ensino básico e secundário ou até mesmo do ensino superior, o dos serviços de saúde e também o profissional. Deste modo, avaliou-se a participação em atividades sobre sexualidade nestes contextos por parte dos estudantes e dos professores.

A inclusão da temática da sexualidade ao nível dos projetos de educação para a saúde e educação sexual das escolas básicas e secundárias é hoje uma realidade em Portugal. Ao longo dos últimos trinta anos<sup>27</sup> a educação sexual em meio escolar foi uma realidade inconsistente

---

<sup>27</sup> Em 1984 foi publicado o primeiro documento legal sobre educação sexual nas escolas, a Lei nº 3/84, de 24 de março. Desde então, o quadro legal e normativo foi sucessivamente aumentado. Destacam-se a Lei nº 60/2009, de 6 de agosto que estabelece a aplicação da educação sexual nos estabelecimentos do ensino básico e do ensino secundário e a Portaria nº 196-A/2009, de 9 de abril que procede à regulamentação da lei anterior e define as respetivas orientações curriculares adequadas para os diferentes níveis de ensino.

e frequentemente ignorada por parte das escolas básicas e secundárias e dos professores. No entanto, é reconhecido o modo como a educação sexual, seja em meio escolar, meio familiar ou outro, contribui para a formação pessoal e social das pessoas na área da sexualidade. Enquanto característica humana, a sexualidade é determinada e moldada pelo processo de socialização (Bozon, 2004; Carvalho, 2008; López & Fuertes, 1999; Marques & Prazeres, 2000; Weeks, 1998), o que a torna subjetiva e com carácter individual. Criam-se à sua volta, discursos, vivências, percepções individuais e grupais inerentes à sua complexidade assentes num movimento dialético de construção da sexualidade, onde a pessoa influencia e é influenciada pelo meio envolvente (Berlezi & Van der Sand, 2008; Marques & Prazeres, 2000). Os resultados mostram a temática da sexualidade presente ao longo do percurso escolar, quer para os estudantes do 1º quer do 4º anos, pois a maioria refere ter frequentado durante o seu percurso escolar atividades sobre sexualidade.

A diferença que se observa entre os estudantes do 1º ano e do 4º ano pode sustentar-se no facto de que a partir da alteração do quadro normativo legal em 2009, a educação sexual passou a ter o carácter de obrigatoriedade (Lei nº 90/2009, de 6 de agosto). Um estudo com estudantes universitários em 2010 corrobora esta suposição, já que mais de metade destes jovens referem a frequência de atividades de educação sexual no percurso escolar anterior, com maior relevância nas disciplinas de ciências naturais e biologia (Matos, Reis, Ramiro, & Equipa Aventura Social, 2012). A referência pelos estudantes do 4º ano à participação em atividades sobre sexualidade durante o ensino superior mostra a importância que a educação sexual tem ao longo da vida. Por outro lado reforça o papel do contexto escolar, qualquer que seja o nível de ensino, como lugar de construção de saberes e competências essenciais ao desenvolvimento integral dos estudantes (Marques & Prazeres, 2000; Matos, Reis, Ramiro, & Equipa Aventura Social, 2012). A identificação dos serviços de saúde é mais referenciada pelos estudantes do 4º ano, o que também é compreensível, dado que estes estudantes fizeram durante o curso a transição da fase de adolescência tardia para a jovem adultícia, a que corresponde toda uma nova forma de vivência da sexualidade. Contudo, a menor expressividade dos serviços de saúde merece reflexão, no sentido de que numa etapa da vida de profundas transformações a sua referência emerge escassa. Este aspeto encontra fundamento no estudo com jovens universitários em 2010, onde os serviços de saúde se constituíram como um baixo recurso (Matos, Reis, Ramiro, & Equipa Aventura Social, 2012).



Este facto foi entendido como preocupante, sobretudo porque os dados vieram confirmar o padrão geral de contraceção em Portugal, marcado por uma forte automedicação. Esta baixa procura dos serviços de saúde pode indiciar dificuldades dos profissionais de saúde em trabalhar as questões da sexualidade, o que resulta na menor procura dos jovens. Esta constatação vai ao encontro de Westwood e Mullan (2006) que reconhecem nas enfermeiras conhecimento, confiança e conforto para providenciar educação sexual e informação à população juvenil num estudo realizado no Reino Unido com enfermeiras da área da saúde escolar. Por outro lado, numa investigação com enfermeiros em Portugal, mais de metade é de opinião que é preferencialmente à família dos jovens que cabe a informação, educação e comunicação sobre a sexualidade (Brás, 2008). Esta evidência sugere que os enfermeiros portugueses parecem distanciar de si as questões da educação sexual, aspeto que aliado ao padrão de contraceção do país, coloca questões a diversos níveis, de que se destaca o questionamento sobre que formação têm os enfermeiros portugueses sobre sexualidade. Os contributos desta investigação enquadram-se na sequência deste questionamento. As evidências encontradas são ainda relevantes, na medida que permitem identificar o contexto onde a construção da sexualidade acontece para os jovens e particularmente, deixa antever as dificuldades que se colocam aos profissionais. Parece também emergir uma visão mais tradicionalista da educação sexual.

A participação em atividades sobre sexualidade tem-se revelado significativa nos estudos realizados, nomeadamente com enfermeiros (Reynolds & Magnan, 2005; Saunamäki, Andersson, & Engström, 2010). Estes estudos têm mostrado que os profissionais que as frequentam têm menos barreiras nos assuntos sexuais na prática clínica. Neste estudo, mais de metade dos professores participou em atividades sobre sexualidade como formando, de que se destacam as ações de formação e os cursos de curta duração. Contudo no estudo de Brás (2008), dos enfermeiros que desenvolveram formação específica sobre sexualidade cerca de um terço, realizaram-na ao nível da formação pós-licenciada de especialização. Parece presente uma perspetiva de educação ao longo da vida dado que independentemente do contexto onde ocorre, os professores e/ou os enfermeiros no âmbito do seu exercício profissional procuram aumentar os seus conhecimentos e competências na área da sexualidade.

Uma das variáveis de extrema importância para a formação das atitudes são os conhecimentos, neste caso sobre a sexualidade. Nesta investigação, a avaliação dos conhecimentos foi feita na perspetiva individual situada a partir da idade e da experiência e não projetada em relação à prática profissional. Globalmente observam-se níveis de conhecimentos percecionados por cada uma das amostras satisfatórios. Resultados semelhantes aos encontrados para os estudantes nos estudos de Kong, Wu e Loke (2009) e Santos, Ribeiro, Campos e Mattos (2007) e distanciados de outro estudo, onde os níveis foram classificados pelos autores como fracos (Cabrera, Ramos, Palú, & Cáceres, 2013). Em sentido contrário no estudo de Abreu (2008) foi observado um nível de conhecimento muito bom em temáticas relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva. Observou-se ainda que os estudantes do 1º ano têm um nível de conhecimentos inferior aos estudantes do 4º ano e aos professores. No estudo de Kong, Wu e Loke (2009) não houve diferenças significativas para os estudantes em função do ano frequentado. Nos resultados desta investigação, as diferenças observadas entre os estudantes são significativas, o que faz supor a influência do processo de maturação ocorrido nesta fase, não se tendo observado a influência da idade. Washington e Pereira (2012) referem-se à maturidade do estudante como uma razão pela qual a sexualidade deve ser abordada na formação em enfermagem. Perante estes resultados pode presumir-se que a idade, por si só, é uma variável cronológica que identifica a fase da vida onde a pessoa se encontra (Roper, Logan, & Tierney, 2001), sendo importante perceber o processo de alterações psicológicas, intelectuais e sociais que situam o estudante perante uma nova forma de se encarar a si próprio e a tudo o que o rodeia (López & Fuertes, 1999). Ao nível dos conhecimentos, os estudantes do 4º ano parecem estar alinhados com os professores, o que pode sugerir que do ponto de vista da sexualidade consideram já ter desenvolvido e experienciado comportamentos sexuais que lhe permitem aceder à adultícia jovem. Os resultados do estudo da equipa da Aventura Social podem corroborar esta sugestão, pois mais de 80% dos jovens refere já ter tido relações sexuais, sendo que a idade da primeira relação sexual situa-se nos 16 ou mais anos (Matos, Reis, Ramiro, & Equipa Aventura Social, 2012).

Ainda, ao nível dos conhecimentos sobre sexualidade não se observaram diferenças significativas em função do sexo e religião para qualquer uma das amostras. Estes resultados não comprovam estudos portugueses em que se avaliaram conhecimentos específicos sobre a sexualidade em função do sexo, verificando-se diferenças significativas. As jovens

universitárias apresentaram mais conhecimentos sobre sexualidade em relação à contraceção (Matos, Reis, Ramiro, & Equipa Aventura Social, 2012; Reis & Matos, 2007), evidenciando-se a responsabilização associada ao sexo feminino, que persiste na atribuição do que se relaciona com a prevenção da gravidez à mulher (Nodin, 2001). Esta evidência é corroborada no estudo de Abreu (2008) para a globalidade dos estudantes do ensino superior envolvidos (biologia, enfermagem e engenharia de informática), tendo contudo um efeito marginal nos estudantes de enfermagem.

Igualmente o nível de conhecimentos não variou em função da participação em atividades sobre sexualidade, contrariamente a outros estudos, onde a frequência de programas formativos mostrou um aumento de conhecimentos (Cabrera, Ramos, Palú, & Cáceres, 2013). No estudo de Cabrera, Ramos, Palú e Cáceres (2013) foi desenhada uma estratégia educativa extracurricular para estudantes universitários centrada na saúde sexual e reprodutiva. Esta estratégia mostrou-se viável ao nível da implementação e com bons resultados na promoção dum pensamento responsável, constituindo-se numa boa alternativa para aumentar os conhecimentos e contribuir para a diminuição de comportamentos de risco. Neste contexto, o resultado do presente estudo surge contraditório, com a suposição colocada na discussão da participação em atividades sobre sexualidade, pois esperar-se-ia uma diferença significativa para quem participou. É pertinente colocar as seguintes questões: Que atividades foram desenvolvidas? O que foi trabalhado? Como foi trabalhado? Pode subentender-se também que a construção da sexualidade tem como referencial as normas sociais e culturais inscritas no quadro geral vigente, em detrimento da dimensão individual.

As atitudes pessoais no que respeita a aspetos específicos da sexualidade revestem-se de interesse para a aceitação/orientação de/para determinadas práticas, sejam de âmbito pessoal ou inseridas nas funções profissionais. Neste sentido, as atitudes foram avaliadas em duas vertentes: as que são gerais face à sexualidade e as que respeitam à saúde sexual. Estas vertentes assentam no princípio de que quanto melhor as pessoas aceitarem, experienciarem e se sentirem confortáveis com a sua sexualidade, melhor será a sua preparação para agirem em situações com cariz sexual (Berlezi & Van der Sand, 2008; Washington & Pereira, 2012).

Procurando uma discussão numa perspetiva integradora das atitudes sexuais serão mobilizados os resultados das duas escalas utilizadas: escala de atitudes sexuais de Hendrick e Hendrick (1987) na versão portuguesa de Alferes (1999) e escala de atitudes face à saúde

sexual e reprodutiva de Nemčić, et al. ( 2005) na versão portuguesa de Abreu (2005). Globalmente, as atitudes sexuais alicerçam-se na responsabilidade (EAS) face ao planeamento familiar e à educação sexual e nos cuidados pessoais (EAFSSR) ao nível do autocuidado individual com o corpo e com a saúde sexual e reprodutiva. Estes referentes para as atitudes sexuais constituem-se em dimensões que simbolicamente se identificam com a identidade feminina. Estes resultados são compreensíveis para um conjunto de participantes onde o sexo feminino é predominante, supondo-se um efeito de género. Tradicionalmente a responsabilidade nas questões mais operativas ligadas ao planeamento familiar e à educação sexual são atribuídas às mulheres (Nodin, 2001) e inserem-se no que se pode designar como corresponder ao socialmente esperado (Lozano, 2005). Ainda que as atitudes sexuais sejam hoje consideradas mais igualitárias entre homens e mulheres, vislumbra-se em concordância com Lozano (2005), que as construções simbólicas dos papéis desempenhados por homens e mulheres que se aprendem e assimilam ao longo da vida, são aceites como a forma normal de viver a sexualidade. Neste sentido, uma medida de papéis sexuais teria sido útil para uma melhor compreensão destas atitudes sexuais. Os resultados atuais são concordantes com outras investigações portuguesas (Antunes, 2007; Silva, 2008) com estudantes do ensino superior do 1º ano, com recurso à escala de atitudes sexuais, onde as atitudes relacionadas com a responsabilidade face ao planeamento familiar e à importância da educação sexual foram as que obtiverem scores médios mais elevados. Por outro lado, a menor relevância das dimensões permissividade (sexo sem compromisso, sexo ocasional e diversidade de parceiros sexuais) e da instrumentalidade (sexo como prazer físico) faz subentender atitudes sexuais tendentes à proximidade e intimidade, pela não valorização da perspectiva mais utilitária da sexualidade, conforme descrito no estudo de Fernandes (2012).

Nesta investigação, as associações entre as atitudes gerais face à sexualidade e as atitudes face à saúde sexual mostram que todas as dimensões de cada escala se correlacionam, à exceção da comunhão construída (EAS) com o sexo seguro (EAFSSR). Confirma-se a importância das atitudes sexuais na tomada de decisões face à própria saúde sexual. Deste modo, as atitudes face a determinados aspetos da sexualidade e comportamentos sexuais específicos podem ser decisivas no modo como cada pessoa se sente motivada e age face à sua saúde sexual e reprodutiva. Esta visão multidimensional das atitudes sexuais encontra suporte na literatura científica e mostra valorização de práticas positivas e responsáveis face

à sexualidade. Isto porque, decorrente da realidade das últimas décadas, nomeadamente as infeções de transmissão sexual; parece assistir-se a uma vivência da sexualidade baseada em atitudes de maior contenção (Antunes, 2007) que progressivamente a colocam no contexto de uma relação total e partilhada.

A relação encontrada entre as quatro dimensões da EAS revela uma estrutura significativa das atitudes gerais face à sexualidade totalmente sobreponível à encontrada por Antunes (2007). Destaca-se que quanto mais permissivos mais instrumentais são os participantes, mas que pelo contrário quanto mais responsáveis menos permissivos e menos instrumentais, o que reforça a visão global positiva das atitudes sexuais.

Igualmente, a estrutura das atitudes face à saúde sexual e reprodutiva suporta-se mas três dimensões da EAFSSR, a qual corrobora os estudos de Abreu (2008) e Nemčić, et al. (2005). Deste modo, as relações entre as dimensões são diretas, significando que quanto maior for uma, maior é a probabilidade da outra aumentar. Poderá subentender-se, estar-se perante uma estrutura consistente e coesa, que revela atitudes face à saúde sexual e reprodutiva estáveis (López & Fuertes, 1999). É importante salientar que esta escala avalia para além da componente cognitiva das atitudes, a intenção comportamental em situação – componente comportamental (Nemčić, et al., 2005), pelo que esta estrutura mostra-se tendencialmente favorável à adoção de comportamentos reais informados e seguros.

A análise de diferenças em cada dimensão das duas escalas em função da amostra mostrou os seguintes resultados. Na EAS encontraram-se diferenças significativas apenas na dimensão responsabilidade e entre os estudantes, apresentando os estudantes do 4º ano atitudes mais responsáveis face ao planeamento familiar e à educação sexual. Na EAFSSR registaram-se diferenças significativas nas dimensões cuidados pessoais e sexo seguro. Ao nível dos cuidados pessoais os estudantes do 1º ano mostram atitudes menos favoráveis que os estudantes do 4º ano e os professores, mantendo-se este perfil na dimensão sexo seguro, mas só em relação aos estudantes do 4º ano. Neste sentido, emerge um efeito claro do ano de curso para os estudantes, ao nível das atitudes sexuais. Os estudantes do 1º ano aparentam ser menos responsáveis quanto às suas atitudes sexuais e desenvolverem menos atitudes face à sua saúde sexual em relação aos estudantes do 4º ano. Este efeito do ano de curso foi encontrado no estudo de Neves (2011), mas na dimensão permissividade, mostrando-se os estudantes do 1º ano mais permissivos que os do 4º ano. Ainda que as diferenças encontradas nestes dois

estudos sejam em dimensões diferentes, pode dever-se, como já referido no nível de conhecimentos, a uma maturidade mais elevada associada aos comportamentos sexuais por parte dos estudantes do 4º ano. Supõe-se que esta maior propensão dos estudantes do último ano de curso para uma sexualidade mais responsável ao nível do autocuidado individual e de práticas de sexo seguro pode ficar a dever-se em parte, à educação sexual recebida, particularmente a formal ao nível escolar. Tal concorre para os resultados do estudo da equipa da Aventura Social, em que mais de metade dos estudantes (59%) do ensino superior que tiveram educação sexual na escola refere ter ficado esclarecida com os temas que foram abordados (Matos, Reis, Ramiro, & Equipa Aventura Social, 2012). Também estes estudantes manifestam menos comportamentos de risco e mais comportamentos preventivos, mais conhecimentos, atitudes e competências face à sexualidade e contraceção, infeções de transmissão sexual e VIH/SIDA, o que vem ao encontro dos resultados da presente investigação.

As atitudes sexuais em função do sexo mostram que os homens são mais permissivos em todas as amostras e as mulheres mais responsáveis com diferenças significativas entre as estudantes, tendo-se identificado as estudantes do 4º ano como mais responsáveis. Quanto às atitudes face à saúde sexual e reprodutiva há claramente um padrão uniforme significativo, com as mulheres a revelarem atitudes mais favoráveis em todas as amostras, o que se verificou também no estudo de Abreu (2008) e Nemčić, et al. (2005). Estes resultados são na sua generalidade consistentes com a maioria dos estudos. Relativamente aos estudos portugueses, Alferes (1997) observou um perfil semelhante, mostrando os homens ainda atitudes mais tendentes ao sexo impessoal<sup>28</sup>, enquanto outros estudos apontam diferenças estatísticas em todas as dimensões da EAS (Antunes, 2007), ou em todas, à exceção da comunhão (Silva, 2008). Contudo, num estudo com estudantes de enfermagem observa-se que os homens além de terem atitudes mais permissivas têm também atitudes de maior envolvimento físico e psicológico face ao sexo – comunhão (Neves, 2011). As investigações desenvolvidas noutros países corroboram em parte estes resultados, dado que verificaram a maior permissividade (Hendrick, Hendrick, & Reich, 2006; Tsang, Shanshan, Zou, & Wu, 2010) e instrumentalidade (Hendrick, Hendrick, & Reich, 2006) para o sexo masculino. A análise dos

---

<sup>28</sup> (Alferes (1999) considerou uma estrutura de cinco fatores, enquanto neste estudo decidiu-se por uma estrutura de quatro fatores. Assim, dos oito itens que integraram o fator “sexo impessoal” nesta estrutura cinco pertencem à permissividade, um à comunhão construída e dois foram retirados.

resultados conjugada com as evidências empíricas mostra alguma tendência do sexo masculino para atitudes mais permissivas e no sexo feminino para atitudes mais conservadoras, o que corrobora outras investigações (Ramos, Carvalho, & Leal, 2005; Zangão & Sim-Sim, 2011). Este perfil mostra como a sexualidade é revestida de concepções e valores diversos que acentuam a polaridade entre o masculino-feminino, deixando pressupor uma presença do duplo padrão (Ramos, Carvalho, & Leal, 2005). O duplo padrão sexual apresenta um conjunto de normas sociais que orientam a prática de comportamentos sexuais para cada um dos géneros, sendo ao homem atribuída uma maior permissividade sexual (Reiss, 1961). Esta visão vai ao encontro da sexualidade como uma construção social sobre a suposição de diferenças entre homens e mulheres que continua a manter um discurso assimétrico (Louro, 2000; Weeks, 1998). Configura-se assim, uma perspetiva tradicionalista das atitudes sexuais em termos globais e para cada um dos sexos. Os seus referentes assentam numa sexualidade masculina sem compromisso, ocasional e com diversidade de parceiros, o que é socialmente o esperado para o sexo masculino, enquanto se aponta para uma sexualidade feminina responsável ao nível da saúde sexual e reprodutiva, desde os cuidados com o corpo, a conduta sexual até ao planeamento familiar e à educação sexual. Contudo, esta análise à luz do duplo padrão deve ser olhada cuidadosamente. Como referem Peterson e Hyde (2010), numa meta análise sobre as diferenças de género na sexualidade no período entre 1993-2007, fazer uma separação notória nas diferenças de género na sexualidade pode ser problemático. Reforçam que esta separação a um nível exagerado pode perpetuar o duplo padrão, pois sugere que a sexualidade de homens e mulheres deve ser avaliada por diferentes padrões. Assim, face às evidências anteriores e aos resultados obtidos, conclui-se que para qualquer um dos sexos a não orientação pelos padrões vigentes pode trazer problemas diversos e complexos quer individualmente, quer socialmente. O caminho a percorrer para a igualdade de género é ainda longo, mesmo reconhecendo-se que a maioria dos homens e mulheres são semelhantes nos seus comportamentos sexuais.

A religião é uma variável importante na análise das atitudes sexuais (Lefkowitz, Gillen, Shearer, & Boone, 2004). Neste estudo observaram-se diferenças significativas no conjunto das amostras em função da religião na permissividade e na comunhão construída (EAS), não se observando diferenças nas atitudes face à saúde sexual (EAFSSR). Na dimensão permissividade é o grupo SR que mostra atitudes mais permissivas face aos restantes grupos,

observando-se também que os CNP são mais permissivos face aos CP. Ao nível da dimensão comunhão construída são os CNP que apresentam atitudes mais tendentes a uma experiência sexual sublime caracterizada por uma intimidade física e psicológica e à aceitação duma sexualidade pré-marital e da prática da masturbação relativamente aos grupos dos CP e OR. Diferença que também é significativa entre os grupos SR e OR. Estas configurações traçam um perfil esperado na medida que confirmam resultados anteriores com estudantes em Portugal (Antunes, 2007). Ou seja, são os SR e os CNP que são mais permissivos e os CNP e os SR, os mais tendentes à comunhão. Antunes (2007) considera esta configuração contraditória, o que é compreensível, pois situam-se em polos opostos face à vivência da sexualidade. Outros autores têm encontrado resultados semelhantes que associam maior permissividade a católicos não praticantes (Silva, 2008). Em alguns estudos, a orientação confessional é avaliada conjuntamente a um nível de religiosidade, medida pela frequência das práticas religiosas. Evidenciam-se atitudes mais conservadoras face à sexualidade em face de maior religiosidade (Vilar, 2003), em estudantes universitários da religião judaico-cristã com práticas religiosas diárias (Brelsford, Luquis, & Murray-Swank, 2011) e adultos de religião protestante, católica, budista e muçulmana com maior participação em serviços religiosos (Visser, Smith, Richters, & Rissel, 2007). Também numa amostra de mulheres universitárias foram observadas atitudes mais negativas face às atitudes e comportamentos sexuais em face de altos graus de religiosidade (Davidson, Moore, & Ullstrup, 2004). Neste sentido identifica-se a avaliação de religiosidade como importante em investigações futuras. De facto, a afiliação religiosa significa uma identificação com princípios e orientações religiosos específicos, mas que pode ser meramente simbólica e não traduzir uma interiorização dessa identidade em termos de práticas ou de referência moral exclusiva ou dominante, a religiosidade (Vilar, 2003).

A diferença nas atitudes sexuais por amostra em função da participação em atividades sobre sexualidade como formando foi explorada. Deste modo, na EAS apenas se verificaram diferenças significativas para os estudantes do 1º ano na dimensão instrumentalidade. Enquanto na EAFSSR registaram-se diferenças significativas para os estudantes do 1º ano nas dimensões cuidados pessoais e sexo seguro e para os estudantes do 4º ano na dimensão cuidados pessoais. A participação em atividades sobre sexualidade como formando situa os estudantes do 1º ano com atitudes menos utilitários face ao sexo, enquanto atividade essencialmente de prazer físico e mais positivos face à sua saúde sexual e reprodutiva, no que



se relaciona com o autocuidado individual e a utilização do preservativo e outros métodos contraceptivos. Tendo em conta que foram estes estudantes do 1º ano que participaram em mais atividades sobre sexualidade durante o ensino básico e secundário e que estão num processo de transição de nível de ensino, importa tecer algumas considerações. Realça-se a importância que deram à saúde sexual e reprodutiva, que não tem surgido na literatura como um interesse maior para os estudantes (Matos, Reis, Ramiro, & Equipa Aventura Social, 2012) mas que aliado às atitudes face ao sexo seguro se poderão constituir como bons indicadores duma vivência sexual. Para tal, o impacto desta transição académica não se deve constituir como uma ameaça, mas antes como um processo que a “nova escola” deve ser capaz de acompanhar a diferentes níveis, nomeadamente no que se relaciona com o desenvolvimento individual e social de cada estudante. Por outro lado, as atitudes menos utilitárias face à instrumentalidade podem justificar-se pelo início do estabelecimento de relações sexuais mais íntimas ainda numa fase de descoberta, que não permite desfrutar do sexo na sua plenitude. Os resultados do estudo da equipa da Aventura Social consubstanciam em parte esta posição, dum conjunto de atitudes sexuais, a afirmação “o orgasmo como a melhor experiência da vida” foi a que obteve menor grau de concordância (Matos, Reis, Ramiro, & Equipa Aventura Social, 2012). Quanto aos estudantes do 4º ano, as atitudes mais positivas face aos cuidados pessoais demonstram que, estando provavelmente numa fase diferente da vivência da sexualidade, a dimensão individual continua a ser valorizada e alvo de investimento, o que se constitui num fator protetor. No entanto, a não relevância das atitudes relacionadas ao sexo seguro (uso de preservativo e utilização da contraceção) carece de uma explicação, dado que podem dever-se a relações mais duradouras num contexto de confiança e fidelidade ou, em sentido oposto, serem devidas a uma subvalorização e fraca aceitação, o que poderá configurar-se como problemático. Salienta-se que entre 1983-2013, 29.8% dos casos de infeção por VIH em Portugal situaram-se na faixa dos 20 aos 29 anos, pelo que esta constatação é de relevante importância (Diniz, et al., 2014). A participação em atividades sobre a sexualidade não se revelou como diferenciadora face às atitudes sexuais nos professores. Este facto pode significar que as atitudes, numa perspetiva individual, são percecionadas pelos professores como estáveis, não estando dependentes de maior informação. Face ao tipo de participação dos professores nestas atividades – ações de formação e cursos de curta duração, é perceptível que a operar-se influência, será ao nível profissional.

A correlação das atitudes sexuais com a idade no conjunto das amostras revelou que só as atitudes relativas à responsabilidade (EAS) se associam com a idade, sugerindo que quanto mais velho maior é a responsabilidade ao nível do planeamento familiar e da importância da educação sexual. Esta associação é importante, na medida em que situa a responsabilidade numa perspetiva de ciclo de vida associada à saúde reprodutiva. Esta constatação vem particularmente para os estudantes do 4º ano, mostrar-se positiva, já que deixa antever uma área que não emergiu em função da formação sobre sexualidade. Contudo, não corrobora resultados anteriores, onde se observou uma associação inversa, ou seja quanto mais idade menor é a concordância com atitudes face ao planeamento familiar e à educação sexual (Antunes, 2007). Neste estudo, a permissividade e a instrumentalidade associaram-se diretamente com a idade. Os resultados do estudo de Antunes (2007) traçam um perfil mais conservador face a estas associações, de que esta investigação se distancia. Ainda, no estudo de Silva (2008) não se observou relação com a idade. Um outro estudo cruzou a idade e as crenças religiosas com as atitudes sexuais, mostrando-se os mais velhos e mais crentes menos permissivos (Le Gall, Mullet, & Shafighi, 2002), resultado que não foi corroborado no estudo de Antunes (2007) quanto à idade, mas que reforça a importância da religiosidade. A não associação das dimensões da EAFSSR com a idade também não foi encontrada nos estudos de Abreu (2008) e Nemčić, et al (2005), o que pode sugerir que as atitudes face à saúde sexual e reprodutiva estão mais dependentes da motivação individual, conforme o que defende o modelo de crenças em saúde.

A relação entre as atitudes sexuais e o nível de conhecimentos percecionado sobre a sexualidade com base na idade e na experiência revelou-se significativo apenas para a comunhão construída (EAS). Neste sentido, as atitudes são mais positivas quanto maior é o nível de conhecimentos. Constituindo-se as atitudes como estruturas estáveis resultantes de processos de aprendizagem e experienciais ao longo da vida (López & Fuertes, 1999) é notória a sua perspetiva de mudança e reformulação. Facto que é visível nas atitudes sexuais. No entanto, uma reestruturação de uma atitude não é imediata, pois resulta de um processo longo que balança entre o ponto de vista individual e social. Assim, considerando que do ponto de vista global, as atitudes sexuais dos participantes são positivas, esboçando as que se relacionam com a saúde sexual e reprodutiva uma estrutura que tende para a coesão, a associação de somente uma dimensão é compreensível. A dimensão comunhão construída

refere-se ao sexo como uma atividade sublime de intimidade física e psicológica que se desenvolve por uma sexualidade pré-marital e da prática da masturbação, o que configura o conhecimento importante para a mudança de atitudes. Havendo tendência para a presença do duplo padrão, esta associação pode sugerir a emergência dum novo entendimento sobre os comportamentos sexuais que rompe com julgamentos sociais relativos à sexualidade. Os dados já mobilizados do estudo da equipa da Aventura Social vêm confirmar estas suposições, quando analisam o comportamento sexual dos jovens universitários e concluem que a maioria dos jovens iniciou relações sexuais no final da adolescência e estabelece relações amorosas mais ou menos duradouras (Matos, Reis, Ramiro, & Equipa Aventura Social, 2012). Considera-se também como relevante para esta análise, o facto de se estar perante uma população maioritariamente feminina, que sente a pressão social mas “anseia” poder romper com ela.

Pressupondo-se a tendência para respostas concordantes com o entendimento sociomoral dominante nas várias dimensões das atitudes sexuais, foi utilizada uma medida de desejabilidade social. A sua interpretação é realizada em função da amostra. Assim, observou-se que as respostas foram condicionadas pela desejabilidade social nas seguintes configurações. Para os estudantes do 1º ano nas dimensões permissividade (EAS) e princípios de comportamento sexual (EAFSSR). Nos estudantes do 4º ano nas dimensões instrumentalidade (EAS) e princípios de comportamento sexual (EAFSSR). Para os professores foram as dimensões permissividade (EAS), cuidados pessoais e princípios de comportamento sexual da EAFSSR. Estas configurações mostram-se expectáveis, na medida que se associam a aspetos da sexualidade que têm tido diferentes entendimentos e evoluções ao longo da história. Parece implícita uma visão das atitudes sexuais baseada na sexualidade masculina, por parte dos estudantes, quando é valorizada a permissividade e a instrumentalidade, o que reforça que existe tendência para responder à norma social a partir da qual é construída a sexualidade (Louro, 2000; Weeks, 1998). Em concordância com esta visão, surge uma tendência global para respostas de acordo com a moral dominante, expressa pela associação às atitudes relacionadas com os valores e princípios associados à conduta sexual. Estes resultados mostram que o entendimento social geral se sobrepõe ao individual e deixa antever atitudes mais conservadoras (López & Fuertes, 1999).

*Em síntese:*

Os conhecimentos sobre sexualidade dos estudantes e professores numa perspetiva individual situada a partir da idade e da experiência consideram-se, satisfatórios. Como suposto, os conhecimentos dos estudantes do 1º ano, ainda que num nível satisfatório, são inferiores aos dos estudantes do 4º ano e dos professores. Não se encontraram diferenças entre o nível de conhecimentos e o sexo, a religião e a idade. Revela-se aparentemente contraditório não se verificar uma diferença significativa dos conhecimentos em função da participação em atividades sobre sexualidade, pois a temática sexualidade esteve presente na formação. Os estudantes referem participação em atividades relacionadas com a temática durante o ensino básico e secundário, com maior incidência nos estudantes do 1º ano, o que é expectável face à alteração do quadro normativo e legal. Há referência dos estudantes do 4º ano em participação em atividades no ensino superior, o que é relevante. Os serviços de saúde como contextos do desenvolvimento de atividades sobre sexualidade foram identificados como um baixo recurso, particularmente para os estudantes do 1º ano. Para os professores destaca-se a participação em atividades sobre a sexualidade na dimensão profissional – ações de formação e cursos de curta duração, o que mostra a importância da educação ao longo da vida.

Quanto às atitudes sexuais, a estrutura encontrada alicerça-se nos referentes femininos, ligados às atitudes com o planeamento familiar e a educação sexual e nos cuidados com o corpo e a saúde sexual e reprodutiva. São resultados compreensíveis numa amostra maioritariamente feminina. Confirma-se uma visão multidimensional das atitudes sexuais. Em termos de ano de curso, os estudantes do 4º ano mostram-se mais responsáveis ao nível do autocuidado individual e das práticas de sexo seguro comparativamente aos do 1º ano. O perfil por sexo acentua a polaridade entre o masculino e o feminino que pressupõe a presença do duplo padrão sexual. Emerge neste sentido, uma perspetiva tradicionalista das atitudes sexuais assente na permissividade para os homens e na responsabilidade para as mulheres. Há diferença de atitudes em função da religião, o grupo dos SR são mais permissivos e o grupo dos CNP são mais tendentes à comunhão. Existem diferenças significativas nas atitudes sexuais em função da participação em atividades sobre sexualidade para os estudantes. Esta constatação mostra a importância das atividades se centrarem no desenvolvimento de atitudes em detrimento dos conhecimentos, o que acontece com menos frequência. Nos professores as atitudes parecem ter atingido um nível de estabilidade e serem independentes

da formação recebida, a qual se centrou na dimensão profissional. As atitudes estão dependentes da idade apenas ao nível da responsabilidade. A não associação com as atitudes face à saúde sexual e reprodutiva reforçam a importância do modelo de crenças em saúde que lhe está subjacente. A dimensão comunhão construída é a única que se associa com o nível de conhecimentos, o que reforça a importância que os conhecimentos podem ter, em aspetos com forte influência da moral sexual. Regista-se uma tendência para respostas de acordo com a moral dominante, quando se avalia a desejabilidade social das respostas, particularmente nas atitudes relacionadas com os valores e princípios associados à conduta sexual.

Conhecidas as perceções, conhecimentos e atitudes sexuais destes estudantes e professores discutem-se de seguida as atitudes sobre a sexualidade na enfermagem, de modo a obter-se a visão global da primeira dimensão estruturante desta investigação.

### **As atitudes e crenças face à sexualidade na enfermagem**

No contexto atual da evolução da prática clínica de enfermagem é fundamental a mobilização de evidências, promotoras da compreensão de perceções e atitudes dos enfermeiros, estudantes de enfermagem e professores, na especificidade da abordagem da sexualidade. Assumindo-se a complexidade da sexualidade quer do ponto de vista individual quer social, a compreensão das perceções e atitudes revela-se fundamental para o desenvolvimento de processos formativos promotores da sua inclusão nos cuidados de enfermagem. Cabe aqui o desenvolvimento deste estudo, que permitirá aceder à perspetiva de estudantes e professores, esperando-se a obtenção de contributos efetivamente mobilizáveis e estimulantes para ambas as partes – a formação em enfermagem e a prática clínica.

Neste estudo, as atitudes e crenças face à sexualidade na enfermagem foram avaliadas com recurso ao SABS de Reynolds e Magnan (2005) na versão portuguesa de Dias e Sim-Sim (2015). Em termos globais o score médio obtido revela que os estudantes de enfermagem e professores têm atitudes mais favoráveis à integração da sexualidade na prática de enfermagem comparativamente aos estudos de Magnan e Norris (2008) e Ayhan, Iyigun, Tastan e Coskun (2010) desenvolvidos com estudantes de enfermagem. Comprova também o resultado obtido no estudo de validação da escala para a população portuguesa (Dias & Sim-

Sim, 2015). Dos estudos com enfermeiros encontraram-se atitudes menos favoráveis na Suécia (Saunamäki, Andersson, & Engström, 2010) e mais favoráveis em Portugal (Dias, Cruz, Santiago, Carreira, & Amendoeira, 2014), com os enfermeiros americanos com atitudes intermédias (Magnan, Reynolds, & Galvin, 2005; Julien, Thom, & Kline, 2010). Kim, Jung e Park (2012) num estudo com enfermeiras coreanas relatam que estas têm atitudes mais negativas que as enfermeiras europeias ou americanas. Esta comparação de resultados coloca quer os estudantes quer os enfermeiros portugueses com as atitudes mais favoráveis à integração da sexualidade na prática clínica, facto que necessita de ser explicado. No contexto europeu estes resultados poderiam não ser expectáveis, dado que um estudo é proveniente da Suécia (Saunamäki, Andersson, & Engström, 2010), um país pioneiro na educação sexual em meio escolar, obrigatória desde 1955 (The Federal Centre for Health Education (BZgA) & WHO Regional Office for Europe, 2010). Por outro lado mostra a diferença entre culturas, reforçando o carácter sociocultural na construção e vivência da sexualidade (Bozon, 2004; Lozano, 2005; Weeks, 1998) e a importância de ser estudada em contextos e pessoas diferentes.

Por amostra, os estudantes do 1º ano mostram-se tendencialmente mais conservadores face aos estudantes do 4º ano e aos professores, o que pode sugerir dois aspetos distintos. Por um lado, os estudantes do 1º ano alinham as suas opiniões com as crenças e preconceitos tradicionalmente correntes sobre a sexualidade. Observa-se também um efeito da formação, pois os estudantes do 4º ano demonstram atitudes mais favoráveis, que se aproximam das dos professores. Um efeito contrário do ano de curso foi observado em dois estudos com estudantes turcos do 3º e 4º anos (Ayhan, Iyigun, Tastan, & Coskun, 2010; Akinci, Yildiz, & Zengin, 2011). Ainda no âmbito do processo formativo, mas no que se relaciona com a sua duração, encontraram-se atitudes mais favoráveis face à sexualidade em idosos, em estudantes envolvidos em cursos com a duração de quatro anos (Chu & Wang, 2012).

A análise aos itens do SABS em termos de concordância e discordância permitiu aceder a algumas especificidades das atitudes e crenças sobre a sexualidade na enfermagem<sup>29</sup>. Assim, corroborando as atitudes mais favoráveis à sexualidade na prática clínica, os participantes não consideram a sexualidade como um assunto demasiado privado para discutir com os doentes.

---

<sup>29</sup> Esta análise é feita com base na dicotomização dos itens do SABS: discordo – agregação das posições de resposta 1, 2 e 3; concordo – agregação das posições de resposta 4, 5 e 6.

Resultado que é consistente com outros estudos (Doherty, Byrne, Murphy, & McGee, 2011; Magnan & Norris, 2008; Magnan, Reynolds, & Galvin, 2005; Saunamäki, Andersson, & Engström, 2010), mas que se constitui numa barreira no estudo de Ayhan, Iyigun, Tastan e Coskun (2010) desenvolvido com estudantes turcos. Encontram-se novamente as diferenças socioculturais conhecidas entre estas sociedades, como podendo estar na base destas posições. Na situação dos estudantes turcos um estudo mostra que para a maioria os seus valores pessoais afetam a abordagem da sexualidade com os doentes (Akinci, Yildiz, & Zengin, 2011), o que pode justificar esta barreira.

Contudo, a maioria dos participantes deste estudo não concorda que a discussão da sexualidade seja essencial para os resultados em saúde dos doentes. Esta posição é contraditória face às atitudes favoráveis expressas anteriormente e não foi encontrada na literatura (Magnan & Norris, 2008; Magnan, Reynolds, & Galvin, 2005; Saunamäki, Andersson, & Engström, 2010). No entanto, se se considerar que têm emergido como barreiras a sexualidade não ser considerada uma prioridade (Quinn, Happell, & Welch, 2012) ou não ser um problema imediato para o doente (Guthrie, 1999), esta posição poderá ser em parte explicada. Parece esboçar-se, comparando os dois itens abordados, que subjacente ao primeiro estará uma conceção mais geral da sexualidade, enquanto no segundo a avaliação é feita situando a pessoa numa situação de desvio de saúde, onde a sexualidade não é emergente. Acrescenta-se também o facto de a maioria dos participantes não compreender como é que as doenças e os tratamentos podem afetar a sexualidade dos doentes. Esta posição mostra-se admissível, na medida que estamos perante um conjunto de participantes maioritariamente estudantes, donde se pressupõe um processo de ensino e aprendizagem em desenvolvimento para os do 4º ano e a iniciar-se para os do 1º ano. Contudo, o estudo de Magnan e Norris (2008) com estudantes de diferentes anos, não sustenta esta presunção, uma vez que a quase totalidade dos estudantes mostrou altas percentagens de concordância. No mesmo sentido, os enfermeiros revelam compreensão do modo como a situação de doença e os tratamentos podem afetar a sexualidade (Julien, Thom, & Kline, 2010; Magnan, Reynolds, & Galvin, 2005). A compreensão dos processos de doença e da sua influência na sexualidade é de extrema importância, pois condicionará as intervenções educativas do enfermeiro e poderá ter repercussões no retorno a uma vida normal pela pessoa, onde a sexualidade está incluída.

A concordância para uma larga maioria dos participantes de que os doentes esperam que os enfermeiros os questionem sobre as suas preocupações sexuais revelou-se inesperada. Apenas num estudo com enfermeiros da área cardíaca se observou um resultado semelhante (Doherty, Byrne, Murphy, & McGee, 2011). Este tem sido um aspeto referenciado como uma barreira (Ayhan, Iyigun, Tastan, & Coskun, 2010; Saunamäki, Andersson, & Engström, 2010), sendo mesmo considerada a possibilidade, por parte dos estudantes, de os doentes reagirem negativamente à abordagem da sexualidade (Kong, Wu, & Loke, 2009). Este reconhecimento pode ser importante, na medida que poderá indiciar uma mudança na forma de olhar para esta crença e ir ao encontro das expectativas das pessoas. Southard e Keller (2007) num estudo com doentes oncológicos identificaram que alguns doentes desejavam simplesmente ter sido questionados sobre a sua sexualidade. Mesmo que não houvesse nada a discutir, saber que o enfermeiro estava disponível teria sido importante. Esta posição consubstancia atitudes favoráveis à integração da sexualidade na prática clínica.

Comparativamente aos colegas com quem trabalham, mais de metade dos participantes sente-se mais à vontade para falar com os doentes sobre sexualidade. Esta perceção de maior à-vontade é relevante, dado que pode fazer supor uma maior predisposição para a abordagem da sexualidade e reforçar a mudança de atitude anterior. Os resultados de investigação têm sido inconsistentes a este nível. Contudo, seguem a tendência da perceção de menores níveis de à-vontade (Magan, Reynolds, & Galvin, 2005; Saunamäki, Andersson, & Engström, 2010). Somente no estudo de Doherty, Byrne, Murphy e McGee (2011) se encontrou uma propensão semelhante. Também Kong, Wu e Loke (2009) analisaram esta variável, observando que os estudantes avaliam os colegas como exemplos pouco satisfatórios, mostrando preocupação com as suas respostas. Estes factos colocam outro aspeto em discussão: o modo como cada um sente que é avaliado pela equipa de saúde quando aborda a sexualidade. O modo como cada um é avaliado pelo colega poderá ser entendido como uma estratégia de coping utilizada pelo colega e é uma questão que se pode colocar. Guthrie (1999) aponta algumas estratégias de coping utilizadas pelos enfermeiros para lidar com as questões sexuais na prestação de cuidados, que poder-se-ão questionar até que ponto não serão utilizadas entre os enfermeiros. Destas estratégias destacam-se: evasão, distanciamento e o uso do humor. Trata-se de uma área não explorada e que poderá ajudar a compreender as barreiras que se



colocam na abordagem da sexualidade não somente no plano individual, mas no seio da equipa de trabalho de enfermagem.

Uma das barreiras que é unânime na literatura é o não ter tempo para discutir as questões sexuais (Ayhan, Iyigun, Tastan, & Coskun, 2010; Higgins, Barker, & Begley, 2006; Magnan, Reynolds, & Galvin, 2005; Saunamäki, Andersson, & Engström, 2010), a qual também foi identificada. Referem Higgins, Barker e Begley (2006) que o tempo é fator importante, mas não é claro. Afirmam que os enfermeiros têm identificado a necessidade de tempo para estabelecer uma relação de confiança com o doente que permita abordar questões sexuais. Esta perspetiva enquadra-se numa atitude favorável, no sentido de que se vê “o ter tempo” como necessário para criar um clima favorável, subentendendo-se a preocupação de que ambos – enfermeiro e doente – se conheçam e se sintam confiantes. Contudo, para Guthrie (1999) “o não ter tempo” pode ser referenciado associado à carga de trabalho, no sentido de que se houver tempo as questões da sexualidade são abordadas. Sendo duas perspetivas diferentes, não se identificaram resultados de investigação que ajudem a clarificá-las, logo, deverá ser uma área a desenvolver.

Ressalta, como relevante que cerca de três quartos dos participantes não confiam nas suas capacidades para abordar a sexualidade. Este resultado enquadra-se na generalidade dos achados de outros estudos. Kong, Wu e Loke (2009) relatam uma perceção geral de inadequação face à abordagem da sexualidade, para mais de metade dos estudantes envolvidos. Perceção que também vai ao encontro do estudo Saunamäki, Andersson e Engström (2010), enquanto Magnan, Reynolds e Galvin (2005) encontraram uma divisão entre os participantes. Apenas se identificou uma perceção favorável em duas investigações (Doherty, Byrne, Murphy, & McGee, 2011; Magnan & Norris, 2008). O não sentir confiança nas suas capacidades é um fator determinante para não abordar a sexualidade, antevendo-se que a falta de confiança se pode sentir num plano individual, no sentido da sua visão sobre a sexualidade, deixando subjacente a presença de crenças e barreiras. Poderá também ser entendido, no sentido de que há uma abertura pessoal para o fazer, mas não se tem o conhecimento ou não se têm desenvolvidas as capacidades e competências para abordar a sexualidade, num ponto de vista profissional. Situando estas duas vertentes nos dados já discutidos, parece haver tendência para a segunda, pois não há uma compreensão do processo de doença na sexualidade.

Para a identificação concreta das barreiras à integração da sexualidade, os autores do SABS consideram que valores mais elevados correspondem à presença de mais barreiras (Reynolds & Magnan, 2005)<sup>30</sup>. Neste estudo surgem como mais relevantes a crença associada à expectativa dos enfermeiros de que os doentes os questionem sobre as suas preocupações sexuais (item 11)<sup>31</sup> e a perceção do nível de à-vontade para abordar os assuntos sexuais comparativamente aos colegas enfermeiros com quem trabalham (item 3)<sup>32</sup>. Barreiras que são similares a outros estudos desenvolvidos com a mesma escala (Ayhan, Iyigun, Tastan, & Coskun, 2010; Doherty, Byrne, Murphy, & McGee, 2011; Julien, Thom, & Kline, 2010; Reynolds & Magnan, 2005). O perfil encontrado em função da amostra é sobreponível para os estudantes do 1º ano e do 4º ano, registando-se para estes ainda a presença marginal do tempo para discutir as questões sexuais com os doentes. Nos professores dentro do valor médio considerado apenas se encontra a primeira barreira. Constituindo-se estes dois aspetos como barreiras, a sua interpretação num quadro mais alargado sugere que pode estar a assistir-se a uma mudança. Por um lado, estar-se-á num processo de rutura com o mito de que os doentes não desejam falar sobre sexualidade, o qual tem sido documentado por uma vasta literatura (Julien, Thom, & Kline, 2010; Magnan & Norris, 2008; Magnan & Reynolds, 2006; Saunamäki & Engström, 2013). Conjuntamente, há uma melhor perceção do nível de à-vontade para abordar a sexualidade em comparação com os outros, o que pode advir de um novo entendimento da sexualidade no contexto atual e também, duma vontade de ser capaz de o fazer. A identificação de atitudes tendencialmente favoráveis à integração da sexualidade nos cuidados de enfermagem por parte dos participantes deste estudo suportam estas premissas. No entanto, como afirmam Magnan, Reynolds e Galvin (2005) é fundamental perceber a discrepância entre o que os enfermeiros acreditam e o que eles fazem, essencialmente como percebem o seu papel profissional e como o atualizam. É para esta articulação entre a dimensão individual de avaliação da sexualidade e uma outra que situa a sexualidade na prática profissional que esta investigação parece conduzir.

A exploração de diferenças nas atitudes e crenças sobre a sexualidade na enfermagem em função do sexo por amostra mostrou diferenças significativas apenas nos estudantes do 4º ano. As mulheres têm atitudes mais favoráveis à integração da sexualidade na prática clínica.

---

<sup>30</sup> Consideraram-se os valores de médias superiores ou iguais a 3.5.

<sup>31</sup> Na escala original este item corresponde ao item 12 (Reynolds & Magnan, 2005).

<sup>32</sup> Na escala original este item corresponde ao item 4 (Reynolds & Magnan, 2005).

Considerando a variável sexo, os resultados dos estudos têm deferido nas atitudes dos homens e das mulheres. Simultaneamente têm-se observado atitudes mais permissivas por parte dos homens (Papaharitou, et al., 2008) em oposição a atitudes mais conservadoras, expressas por mais barreiras na avaliação dos assuntos sexuais dos doentes (Magnan & Norris, 2008) que segundo o estudo de Huang, Tsai, Tseng, Li e Lee (2013) tendem a diminuir com a idade. Quanto às mulheres é referenciada por Chang (2014) a existência de mais barreiras nas estudantes participantes na investigação que desenvolveu. Não foram observadas diferenças nos estudos de Julien, Thom e Kline (2010) e Tsai, Huang, Liao, Tseng e Lai (2013). Considerando que estes estudos foram desenvolvidos em contextos culturais diferentes e numa profissão maioritariamente feminina, estes resultados opostos configuram-se expectáveis. Este registo ocorre na medida em que os contextos onde se desenvolvem as práticas de cuidados revelam-se fulcrais na forma como se concretiza o cuidar, onde o poder simbólico coloca homens e mulheres em posições relativas (Dias & Lima, 2003). Assim, atendendo ao papel sexual enquanto referencial de feminilidade e masculinidade, a constatação de diferentes orientações para as atitudes em função do sexo parece evidente. Nos resultados desta investigação à entrada do curso não se registam diferenças entre os sexos, contudo no final da formação tornam-se evidentes sugerindo um possível efeito da formação.

Na maioria das investigações não se tem encontrado um efeito da idade nas atitudes face à sexualidade na enfermagem (Akinci, 2011; Magnan & Reynolds, 2006; Magnan, Reynolds, & Galvin, 2005; Reynolds & Magnan, 2005; Yildiz & Dereli, 2012). Contudo, neste estudo foi observado que quanto maior a idade menos são as barreiras na visão da sexualidade na prática clínica de enfermagem. Resultado que é consistente com estudos desenvolvidos com enfermeiros em diferentes realidades culturais, respetivamente Portugal, Reino Unido, Estados Unidos da América e Suécia (Dias, Cruz, Santiago, Carreira, & Amendoeira, 2014; Haboubi & Lincoln, 2003; Julien, Thom, & Kline, 2010; Saunamäki, Andersson, & Engström, 2010). Igualmente no estudo de Huang, Tsai, Tseng, Li e Lee (2013) com estudantes do último de curso foi observada a mesma tendência. Esta constatação do efeito da idade necessita de ser explorada, dado que neste estudo não se observou o seu efeito com o nível de conhecimentos e só se associou com uma dimensão das atitudes sexuais, a responsabilidade. No entanto, pode-se depreender que não a idade por si, enquanto dimensão cronológica da

vida, mas a experiência de vida individual e profissional que se constrói ao longo da vida, possa levar a uma maior abertura para lidar com a sexualidade. Atendendo ao sexo, foi encontrada uma relação entre as atitudes e crenças sobre a sexualidade e a idade para o sexo feminino. Consoante a idade vai aumentando as mulheres evidenciam menos barreiras atitudinais.

Esta investigação não mostrou influência da religião nas atitudes e crenças sobre a sexualidade na enfermagem. Resultado que é consistente com estudos que não utilizaram uma medida de religiosidade (Huang, Tsai, Tseng, Li, & Lee, 2013; Tsai, Huang, Liao, Tseng, & Lai, 2013) e difere do estudo de Papaharitou, et al. (2008) em que foi utilizada. Neste sentido, “menos barreiras” estão associadas com uma “baixa religiosidade”. Bal e Sahiner (2015) num estudo com estudantes turcos relatam que os estudantes que estão sob influência de crenças religiosas e culturais não fornecem cuidados de saúde sexual. Corrobora-se a necessidade de se utilizar uma medida de religiosidade.

As atitudes face à abordagem da sexualidade em função da participação em atividades sobre sexualidade revelaram diferenças para os estudantes do 1º e do 4º anos. Os estudantes que participaram demonstram menos barreiras. Da literatura não emerge nenhum estudo que considerasse as atividades sobre sexualidade na perspetiva de educação sexual para os estudantes conforme propósito desta investigação, logo não se dispõe de um termo de comparação. Neste sentido, a constatação de menos barreiras por parte dos estudantes releva a importância da formação desenvolvida numa perspetiva individual, para a construção de atitudes positivas face à visão da sexualidade em diferentes contextos. Por outro lado, pode corroborar a rutura com as barreiras já referenciada. Quanto aos professores, parece confirmar-se a tendência para uma estabilidade das atitudes. Num estudo realizado com enfermeiros em Portugal também não se observou o efeito da participação em atividades (Dias, Cruz, Santiago, Carreira, & Amendoeira, 2014). Reynolds e Magnan (2005) observaram que os enfermeiros que participaram em “oficinas” sobre sexualidade mostraram-se com menos barreiras. Contudo sugerem uma interpretação cautelosa desta evidência, no sentido de que não ficou claro se foi a participação em atividades que resultou em menos barreiras ou se foram os enfermeiros com menos barreiras que se disponibilizaram para frequentar as atividades. Sublinha-se como relevante esta reflexão, sugerindo que possa identificar-se em futuras investigações o que motiva/conduz o profissional de saúde, seja enfermeiro ou professor de enfermagem, a realizar formação sobre sexualidade.

Nesta sequência, a observação duma relação significativa entre o SABS e o nível de conhecimentos percecionado sobre a sexualidade para o conjunto das amostras, ainda que fraca, é em parte compreensível para os estudantes. A relação mostra que quanto maior é o nível de conhecimentos menos barreiras se observam. Situando-se este conhecimento a partir da idade e da experiência, esta associação sugere a relevância que a dimensão individual tem na construção duma visão da sexualidade, contextualizada no desenvolvimento de uma profissão. Aponta-se também como necessário, que os estudantes continuem a sua educação sobre sexualidade ao longo da vida, seja atividades de iniciativa própria, seja nos currículos escolares formais ou em atividades extra-curriculares. Kong, Wu e Loke (2009) mostraram a influência positiva da frequência de um programa de educação sobre cuidados de saúde sexual no aumento de conhecimentos sobre sexualidade, na mudança de atitudes em sentido positivo e no aumento da confiança para discutir assuntos sexuais com os doentes para os estudantes. Para os professores, supõe-se esta associação numa perspetiva evolutiva da sexualidade construída pelas diferentes experiências ocorridas ao longo da vida.

Ainda para os professores não se observou relação entre as atitudes e crenças sobre a sexualidade e os anos de serviço, seja no exercício profissional de enfermeiro ou enquanto professor de enfermagem. Resultado corroborado pelos estudos de Magnan e Reynolds (2006) e Reynolds e Magnan (2005). Também com os enfermeiros portugueses não se encontrou relação (Dias, Cruz, Santiago, Carreira, & Amendoeira, 2014). Pelo contrário Julien, Thom e Kline (2010) encontraram uma associação significativa entre estas variáveis, mostrando os enfermeiros mais velhos menos barreiras. Trata-se de uma associação que necessita ser melhor explicada.

Contrariamente às atitudes sexuais gerais e relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, em que observou tendência para respostas socialmente desejáveis ao nível das atitudes e crenças sobre a sexualidade na enfermagem, não se observou desejabilidade social nas respostas ao SABS. Neste sentido, afigura-se uma tendência para respostas socialmente esperadas ao nível individual, que particularmente para os estudantes são compreensíveis, atendendo à fase da vida onde se encontram, mas que quando projetadas em relação ao contexto profissional se revelam sem desejabilidade.

A visão multidimensional das atitudes pessoais encontrada confirmou a importância das atitudes sexuais gerais na tomada de decisão face à própria saúde sexual e reprodutiva.

Todavia a perspetiva encontrada tendencialmente tradicionalista das atitudes sexuais, assente na permissividade para os homens e na responsabilidade para as mulheres, poderia fazer supor a existência de atitudes negativas face à saúde sexual e reprodutiva, o que não aconteceu. A investigação da influência das atitudes sexuais pessoais nas atitudes e crenças sobre a sexualidade na enfermagem com estudantes tem reportado resultados similares (Magnan & Norris, 2008; Tseng, Feng, & Tesng, 2009). Nestes estudos as atitudes pessoais conservadoras não dificultaram a aceitação de responsabilidades profissionais no âmbito dos assuntos sexuais. Na presente investigação evidencia-se um perfil contrário. Globalmente, observa-se que quanto mais conservadores são os participantes nas dimensões responsabilidade e comunhão construída e mais utilitários são face ao sexo como prazer físico, mais evidentes são as barreiras relativas à integração da sexualidade nos cuidados de enfermagem. De igual forma, quanto menos positivos são face à saúde sexual e reprodutiva maiores são as barreiras. Outros estudos relatam resultados similares, caso do estudo de Akinci, Yildiz e Zengin (2011) em que os estudantes afirmaram que os seus valores pessoais e a sua educação sobre sexualidade influenciam a abordagem da sexualidade com os doentes. Também Papaharitou, et al. (2008) referem os valores pessoais e as experiências pessoais construídas pelo processo de socialização. Neste sentido, os resultados desta investigação e as evidências empíricas vêm reforçar a importância de que há necessidade de trabalhar as questões atitudinais desde sempre e, particularmente, ao nível da educação básica e secundária; na lógica de que as atitudes são avaliações com carácter permanente (Schwarz & Bohner, 2001) resultantes do processo de socialização (López & Fuertes, 1999). Por outro lado, na análise das atitudes face à sexualidade na prática clínica sem ter em conta as atitudes pessoais parece despontar uma posição favorável, sustentada em novas formas de olhar para algumas crenças, o que se pode também constituir numa oportunidade de realinhamento das atitudes.

O perfil de correlação por amostra revela-se sobreponível para os estudantes do 1º e 4º anos e independente nos professores para as atitudes sexuais gerais (EAS), sendo corroborado para todas as amostras relativamente à EAFSSR. Estas configurações vêm reforçar para os estudantes, a importância do processo formativo no ensino superior acompanhar o processo de desenvolvimento pessoal e social dos estudantes. A independência verificada nos professores evidencia que distanciam as suas atitudes e crenças sobre sexualidade na

enfermagem das suas atitudes pessoais, o que sugere a influência de outras variáveis. Esta constatação deve ser explicada, no sentido de perceber-se se as suas atitudes decorrem sobretudo duma reprodução das práticas observadas no contexto profissional, que se conhecem enquadradas por diferentes crenças e mitos.

*Em síntese:*

Globalmente observaram-se atitudes mais favoráveis à integração da sexualidade na prática clínica comparativamente a outros estudos com estudantes e enfermeiros. Por amostra, os estudantes do 1º ano são tendencialmente mais conservadores face aos estudantes do 4º ano, o que faz supor um efeito do processo de formação. Os professores situam-se ao mesmo nível dos estudantes do 4º ano.

Em termos de barreiras para o conjunto das amostras salientam-se: a crença associada à expectativa dos enfermeiros de que os doentes os questionem sobre as suas preocupações sexuais e a perceção do nível de à-vontade para abordar os assuntos sexuais comparativamente aos colegas enfermeiros com quem trabalham. O perfil por amostra é igual para os estudantes do 1º e do 4º anos e apenas integra a primeira para os professores. A identificação destas barreiras numa perspetiva de tendência para a concordância parece sugerir um processo de mudança. A primeira ao nível de um processo de rutura com o mito de que os doentes não desejam falar sobre sexualidade e a segunda resultar ao nível dum novo entendimento da sexualidade e do desejo de ser capaz de a abordar em contexto profissional. Relativamente à disciplina de enfermagem, no que concerne aos seus contextos de formação e da prática clínica, é fundamental perceber esta diferença entre o que se acredita (dimensão individual) e o que se faz (dimensão profissional).

A configuração por sexo e por amostra revela que são as estudantes do 4º ano que têm atitudes mais favoráveis. Confirmou-se o efeito da formação para as mulheres nos grupos dos estudantes. Relativamente à idade, no conjunto das amostras observou-se que quanto mais velhos, menos são as barreiras, tendência que também se observou no sexo feminino. Sem diferenças em função da religião.

Tendo em conta a participação em atividades sobre sexualidade, os estudantes que participaram revelaram menos barreiras, o que não se confirmou para os professores, onde não se registaram diferenças. Quanto maior o nível de conhecimentos percecionado menos são as barreiras à integração da sexualidade na prática clínica para o conjunto dos sujeitos.

Por amostra não se observaram diferenças. No grupo dos professores os anos de serviço não estabeleceram diferenças nas atitudes e crenças.

A associação entre as atitudes sexuais pessoais e as atitudes e crenças face à sexualidade na enfermagem revelou para os estudantes do 1º e 4º anos que quanto mais conservadores são nas suas atitudes pessoais mais barreiras têm face à sexualidade na enfermagem. Nos professores não se observou correlações significativas, são variáveis independentes.

As respostas quanto às atitudes e crenças face à sexualidade na enfermagem não foram objeto de viés da desejabilidade social.



## **2 – DO PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM DA SEXUALIDADE À PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM**

Este capítulo como núcleo central desta investigação reveste-se de importância primordial. A sua organização faz-se em torno de dois eixos estruturantes: a caracterização do processo de ensino e aprendizagem da sexualidade na formação inicial em enfermagem e a perspetiva da prática clínica de enfermagem ao nível da sexualidade. O reconhecimento de que é em primeira instância, às escolas de enfermagem que cabe o desenvolvimento dum processo de ensino e aprendizagem promotor do desenvolvimento de competências para cuidar no âmbito da sexualidade é inequívoco na literatura consultada. Nos estudos realizados tem-se recorrido a um conjunto de variáveis que permitiram aceder a segmentos do objeto de estudo, sem se construir contudo uma visão tendencialmente mais global e integradora das diferentes sugestões. Assim, esta investigação congrega um leque alargado de variáveis, identificadas como relevantes para o processo de ensino e aprendizagem da sexualidade. Para além das atitudes sexuais e sobre a sexualidade na enfermagem já discutidas, neste capítulo desenvolve-se uma discussão do processo de ensino e aprendizagem e desocultam-se as suas especificidades enquadradas na disciplina de enfermagem, nas suas dimensões teórica e prática. O segundo eixo, perspetiva a prática clínica da sexualidade pelo futuro enfermeiro a partir dos domínios do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais definido pela OE (Ordem dos Enfermeiros, 2012b).

### **O processo de ensino e aprendizagem da sexualidade na formação em enfermagem**

Ensino e aprendizagem são dois conceitos que se articulam através de um processo estruturado e dinâmico com um objetivo, o de desenvolver uma ação que tem por fim a mudança (Gaspar & Roldão, 2007). Como processo envolve um conjunto de elementos, caracteriza-se por ser multidimensional e para ser avaliado deve recorrer-se a várias fontes, sejam os professores e estudantes, bem como outros agentes, órgãos de gestão científica e pedagógica das instituições de ensino superior (Ramos, et al., 2013). Neste estudo é avaliado a partir de estudantes e professores e centra-se na situação de aprendizagem da sexualidade – nível micro do desenvolvimento curricular – em ensino teórico e ensino clínico na formação

em enfermagem. Os resultados serão enquadrados nas fases do dispositivo comum de acordo com o definido por Gaspar e Roldão (2007).

O dispositivo comum engloba três fases, a que correspondem diferentes elementos. A fase de conceção constitui-se na primeira que integra entre outros elementos, a análise de situação e os objetivos/conteúdos de aprendizagem. A análise de situação sustenta a necessidade de situar o currículo que se pretende desenvolver no contexto onde se insere, atendendo ao sentido, intencionalidade e função do sistema onde se insere (Gaspar & Roldão, 2007). Sem ser objetivo deste estudo debruçar-se detalhadamente sobre a análise de situação, importa tecer algumas considerações enquadradoras da análise.

Uma nota prévia sobre a construção do currículo em enfermagem é necessária, na medida em que os resultados derivam de planos de estudo concebidos e operacionalizados por professores. Ou seja, a análise efetuada é contextualizada num modelo de formação que declara o objeto da profissão – cuidar a pessoa de forma holística e na sua singularidade (Mestrinho, 2012). As escolas de enfermagem têm hoje um papel ativo na construção dos currículos que ministram, trabalho que se enquadra no nível meso, perspetivando-se que os currículos atentem e respondam às reais exigências da profissão (Amendoeira, 2006; Mestrinho, 2012). Contudo nem sempre assim foi. A história da construção do currículo em enfermagem em Portugal é marcada por um percurso evolutivo desde um currículo construído por outros à responsabilidade dos enfermeiros na organização e desenvolvimento curricular (Amendoeira, 2006). A integração do ensino de enfermagem no ensino superior politécnico em 1988 marca o início desta responsabilidade e constituiu-se num grande desafio. Os currículos de enfermagem desenvolvem-se considerando diversas variáveis como sejam as políticas de saúde e económicas, as necessidades de saúde das populações, as tendências demográficas e epidemiológicas (Amendoeira, 2006) a que se acrescenta a complexidade dos cuidados de saúde, seja no plano humano ou tecnicista.

Atualmente, a formação em enfermagem caracteriza-se por possuir duas componentes que se desenvolvem em contextos de aprendizagem diferentes: a teoria e a prática (Mestrinho, 2012), sustentadas na Portaria nº 779-D/99 que define a estrutura curricular considerando uma componente de ensino teórico e uma componente de ensino clínico. Neste contexto, dado que se pretende uma caracterização da abordagem da sexualidade ao nível das duas

componentes, a discussão integra a par e passo as especificidades de uma e de outra, numa lógica que se pretende seja agregadora da visão do objeto de estudo.

Sabendo que os currículos de enfermagem organizam-se na sua generalidade num conjunto de disciplinas “visando a aquisição e desenvolvimento de conhecimento científico, técnico, capacidades, valores e atitudes, que configura um saber profissional necessário ao desempenho da profissão, através da apropriação de saberes teóricos (...) saberes práticos (...) de valores e de atitudes orientadores da acção profissional” (Mestrinho, 2012, p. 93) a identificação das UC onde a sexualidade foi trabalhada torna-se essencial.

Em termos da inclusão da sexualidade no processo formativo, a quase totalidade dos estudantes identifica a sua abordagem maioritariamente ao nível do ensino teórico comparativamente ao ensino clínico, embora se verifique a sua transversalidade nos quatro anos de curso. Nos professores a situação é inversa, dado que a sua identificação é mais associada ao ensino clínico e ao longo dos quatro anos, enquanto referem ter trabalhado os assuntos sexuais do ponto de vista teórico somente nos três primeiros anos de curso. Também para estudantes e professores no ensino teórico é a UC no âmbito da enfermagem de saúde reprodutiva onde a sexualidade é mais abordada. Os estudantes relevam ainda a UC teórica Anatomofisiologia/Patologia do 1º ano e os professores a UC teórica enfermagem adulto e idoso no 2º ano. Quanto ao ensino clínico a perspetiva é consonante quanto às áreas onde a temática da sexualidade é mais presente – a saúde reprodutiva, sendo que os estudantes relevam também as UC do ensino clínico na área da enfermagem comunitária e os professores a UC enfermagem médico-cirúrgica do 2º ano.

Na sua generalidade estes resultados estão de acordo com outras investigações que mostram uma maior referência dos estudantes à inclusão da temática da sexualidade nos currículos de enfermagem comparativamente aos professores (Alencar, Ciosak, & Bueno, 2010; Astbury-Ward, 2011; Pereira, 2007). Esta constatação indicia um desfazamento entre o que é percecionado por uns e por outros e torna-se significativa. A identificação concreta das UC onde é abordada é um elemento novo, pois apenas um estudo o mostrou (Alencar, Ciosak, & Bueno, 2010); este aspeto é relevante, na medida em que sugere uma abordagem direcionada ao ciclo reprodutivo feminino e aos aspetos bio fisiológicos. A ideia de transversalidade ao longo dos quatro anos contraria resultados anteriores (Dattilo & Brewer, 2005) e deixa transparecer uma perspetiva positiva face à sua inclusão e um reconhecimento de que as

questões sexuais perpassam os diferentes aspetos curriculares. A identificação de um conjunto de UC das três áreas de educação e formação normalmente alocadas aos currículos de enfermagem, sendo elas enfermagem, medicina e ciências sociais e humanas, coloca a seguinte questão: está-se perante uma abordagem centrada na interdisciplinaridade no currículo ou na interdisciplinaridade no campo científico? Esta questão deve ser considerada com cuidado, pois a organização das disciplinas – saberes científicos – em espaços e tempos separados não é igual a um trabalho científico conjunto e integrado num determinado campo (Roldão, 1999). A organização dos currículos por disciplinas é objeto de discussão na comunidade científica, dado que aponta-se que conduz à segmentação e compartimentação dos conteúdos e logo a uma hierarquização dos conhecimentos (Mestrinho, 2012). No caso da sexualidade dada a sua natureza biopsicossocial, cultural e histórica, a organização anteriormente apontada, pode fazer sobressair uma determinada vertente em prol de outras, o que não será desejável. A este propósito Costa e Coelho (2011) numa revisão integrativa referem que a existência de uma disciplina, no caso “Género, saúde e sexualidade” tem sido redutora na visão da sexualidade no seu todo, dado que só contempla as necessidades de ensino na área da mulher.

Um das linhas do processo de Bolonha centra-se na criação de um novo sistema de créditos curriculares, constituindo-se num dos instrumentos mais importantes. Este novo instrumento atribui ao estudante um papel central, abrindo-lhe a possibilidade de, paralelamente, à globalidade do trabalho operacionalizado por diferentes tipologias de horas, também as atividades complementares com comprovado valor serem consideradas (Decreto lei nº 42/05). Para além da identificação das UC onde a sexualidade esteve presente, foi também investigada a participação em atividades extracurriculares, entendendo-se que a adesão a estas atividades poderia por parte dos estudantes configurar os princípios anteriores. Contudo, apenas menos de metade dos estudantes participou em atividades, dando primazia às de tipo seminário e palestras. Teria sido interessante a caracterização das temáticas das atividades, mas não foi solicitado. Desta menor participação pode depreender-se que o processo formativo ainda é essencialmente visto na dimensão curricular tradicional, não se reconhecendo a importância de outros contextos no processo formativo. Acresce que esta mudança poderia também ter contribuído para o desenvolvimento pessoal e social do

estudante. Quanto aos professores cerca de metade frequentou atividades de que se destacam as de tipo seminário e palestras, à semelhança do que se evidencia nos estudantes.

O currículo entendido como uma confluência de práticas e numa perspetiva processual trata-se de um campo de atividade para múltiplos agentes e forças essenciais à sua configuração (Gimeno Sacristán, 2000). Este autor considera seis níveis no processo de desenvolvimento do currículo. Esta investigação pela natureza do objeto de estudo mobiliza transversalmente aspetos de todos os níveis. Neste estudo a mobilização do currículo prescrito corresponde às fichas das UC provenientes dos planos de estudos oficiais e o currículo moldado ao exposto nas fichas de UC operacional. O currículo realizado revela-se no vivido pelos estudantes e professores. Quando o currículo realizado não coincide com o oficial emerge o currículo oculto, que abrange os aspetos que embora não estando objetivamente previstos integraram a experiência escolar. A este nível os resultados provenientes das componentes central e suplementar permitem esta comparação, desocultando as particularidades do processo de ensino e aprendizagem da sexualidade.

Relativamente aos objetivos/conteúdos, enquanto elementos essenciais na fase de conceção, a sua origem decorre dos currículos prescrito e moldado para os objetivos e para além destes do currículo realizado para os conteúdos. Em linha com os autores consultados, os objetivos no processo de desenvolvimento curricular determinam explicitamente a finalidade pretendida (Gaspar & Roldão, 2007) ou seja, as linhas de força que se desejam imprimir ao processo de ensino e aprendizagem (Oliveira, Pereira, & Santiago, 2004). Relativamente aos conteúdos, eles corporizam a substância dessa mesma aprendizagem dando visibilidade ao resultado esperado (Gaspar & Roldão, 2007). A sua relação é caracterizada por uma interdependência, na medida em que o objetivo assegura a intencionalidade – “o para quê” e o conteúdo garante a substancialidade da aprendizagem – “o quê”.

Na particularidade deste estudo, esta relação de interdependência constrói-se desde uma perspetiva diferenciadora, já que objetivos e conteúdos são analisados separadamente. Pretendeu-se não apenas a acessibilidade à substancialidade da aprendizagem expressa pelo binómio verbo/substantivo, mas uma dimensão dos conteúdos que cruzasse a conceção com a implementação/operacionalização (currículo realizado), ou seja a abordagem processual.

Quanto aos objetivos recorreu-se à taxonomia de Bloom revista (Krathwohl, 2002 citado por Ferraz & Belhot, 2010) para a sua classificação, nomeadamente a dimensão do processo cognitivo. Neste sentido, os objetivos das fichas de UC situam-se nos dois primeiros domínios – lembrar e entender. Estes domínios ou categorias relacionam-se com a aquisição do conhecimento. O domínio “lembrar” é relativo ao reconhecimento e reprodução de ideias e conteúdos e traduz-se numa informação relevante memorizada. O domínio “entender” estabelece uma ligação entre o conhecimento novo e o previamente adquirido e manifesta-se na reprodução pelas suas “próprias palavras”. A transversalidade destes dois domínios às AEF consideradas sugere que a finalidade principal do processo de formação da sexualidade é redutor quanto ao meio pelo qual o conhecimento é adquirido. Subentende-se uma visão estática e distante da discussão, que a construção numa perspetiva pessoal e profissional sobre a sexualidade exige. A memorização da informação e da sua expressão numa fórmula semelhante, fazem supor um processo de formação numa linha behaviorista ou comportamental. Estes aspetos consubstanciam a perspetiva de Bevis e Watson (2005) quando afirmam que os objetivos educacionais behavioristas revelam o que os professores consideram como importante, não deixando espaço para a consecução dos interesses individuais dos estudantes para a enculturação na profissão, sufocando a sua criatividade. Ainda na área da enfermagem constata-se a procura de definição de objetivos nos outros domínios: aplicar, analisar, avaliar e criar, mas com menor expressão. Emerge deste estudo uma tendência contrária a um processo de ensino e aprendizagem assente num conhecimento construído, nomeadamente contextual e evolutivo.

Referem Gimeno Sacristán e Pérez Gómez (1998) que para compreender o currículo na perspetiva de quem aprende é preciso considerá-lo como o conteúdo de toda a experiência que o estudante tem no contexto escolar. Assim, assumiu-se a análise dos conteúdos situada numa dimensão processual ou de operacionalização, na vertente teórica e prática que caracteriza o ensino de enfermagem, e também na perspetiva de quem ensina – o professor.

Em relação ao que emerge do currículo realizado, ao nível do ensino teórico, os estudantes relevam os conteúdos relacionados com: os métodos contraceptivos, a prevenção da gravidez não desejada, as infeções sexualmente transmitidas, as estruturas sexuais físicas e seu funcionamento, a interrupção voluntária da gravidez, as mudanças pubertárias, a gravidez na adolescência, a educação e cuidados durante a gravidez, parto e puerpério. Por seu lado, os

professores salientam os conteúdos relativos à sexualidade ao longo do ciclo de vida, às estruturas sexuais físicas e seu funcionamento, às infeções sexualmente transmitidas e ao sexo desprotegido. A relevância surge para os temas enquadrados nas áreas da proteção e prevenção e do físico e fisiológico, corroborando outras investigações (Alencar, Ciosak, & Bueno, 2010; Astbury-Ward, 2011; Pereira, 2007; Santos & Campos, 2008); reforça também a abordagem centrada nas questões biológicas da sexualidade. Em consonância com Astbury-Ward (2011) estes são os temas vistos como seguros e melhor documentados, devendo ser ensinados. Contudo o surgimento dos conteúdos inerentes à idade e desenvolvimento humano, de que se destaca a sexualidade ao longo do ciclo de vida, traz uma perspetiva nova e sugere uma visão da sexualidade mais abrangente ao nível da formação, situando-a para além da etapa de vida adulta, contrariamente a resultados anteriores (Astbury-Ward, 2011). No entanto, continuam menos abordadas as áreas ligadas à sexualidade na doença, às culturas sociais e de género como o sexo comercial ou às atitudes, o que vem sustentar a orientação essencialista que tem acompanhado a formação na área da saúde (Louro, 2000; Mendoza, 2009). Estas constatações são concordantes com os domínios dos objetivos encontrados e configuram um paradigma de aprendizagem tradicional ao nível da formação em enfermagem.

A vertente acessível do currículo na ótica de estudantes e professores traduz a expressão da interação didática; no entanto quando comparada com os conteúdos provenientes dos currículos prescrito e moldado observam-se diferenças, o que sugere a existência de um currículo oculto. Globalmente observa-se que os conteúdos dos currículos prescrito e moldado são menos abrangentes que o currículo vivenciado, dado que muitos conteúdos não se identificaram nas fichas das UC. Privilegiam-se em todas as escolas os aspetos ligados às estruturas físicas e seu funcionamento, à sexualidade na infância e adolescência, à educação e cuidados durante o ciclo gravídico-puerperal e à sexualidade na doença. Também os métodos contraceptivos são mencionados em quatro UC. Comparativamente, pode afirmar-se que as áreas centrais trabalhadas são consonantes, mas os conteúdos que estudantes e professores identificam como abordados são mais abrangentes, ainda que não para todos os estudantes. A não referência de alguns conteúdos nos currículos prescrito e moldado mostra e simultaneamente reforça a visão essencialista da abordagem da sexualidade, quando deixa a descoberto temas como os desvios e comportamentos de minorias, as culturas sociais e

culturas de género, a interação do par ou até as atitudes. Há contudo um tema novo – as políticas de saúde sexual e reprodutiva, que não sendo referenciado por estudantes e professores, é de relevante importância. Pode assim afirmar-se que há uma orientação redutora do currículo prescrito que é reforçada pelo currículo moldado pelo professor ao nível do planeamento didático. Contemplam-se as dimensões biológicas da sexualidade, associadas a determinadas fases da vida, como a gravidez, parto e puerpério, que continua a configurar um modelo de formação biomédico. No entanto, quando em situação de interação, professor e estudante alteram o previsto e trazem para o contexto outros conteúdos. Coloca-se aqui a questão de saber onde se fundamenta esta alteração? Parte de quem ou do quê? Em analogia com Bevis e Watson (2005) poder-se-á afirmar que ao nível do planeamento do currículo há uma orientação biológica na visão da sexualidade, mas ao nível da operacionalização as escolas parecem querer subscrever uma outra orientação quando começam a emergir conteúdos que dão ênfase a outras dimensões da sexualidade, como a sociocultural. Refere Amendoeira (2006) que há muito que os intervenientes no ensino de enfermagem reivindicam um novo modelo de formação, mais congruente com a atualidade dos cuidados de enfermagem que valorize a singularidade das pessoas e a diversidade de atitudes e comportamentos.

Quanto ao ensino clínico, a caracterização da dimensão conteúdos foi feita pela identificação das atividades onde a temática da sexualidade tem sido vivenciada. Para os estudantes estas atividades enquadram-se maioritariamente na área da enfermagem de saúde reprodutiva, seguindo a lógica dos conteúdos teóricos ao situarem-se numa fase do ciclo de vida. Salientam-se as questões associadas ao ciclo menstrual, à prestação de cuidados à mulher grávida e à puérpera que amamenta. Dos estudos que têm avaliado as situações onde a sexualidade é trabalhada em contexto de estágio, as atividades associadas a esta área não têm sido consideradas. Têm surgido como mais relevantes as ligadas ao banho da cama e o cateterismo vesical (Pereira, 2007; Santos, Ribeiro, & Campos, 2007), surgindo neste estudo apenas as situações associadas à prestação de cuidados aos genitais. Há contudo um conjunto de situações a que abordagem da sexualidade foi associada que se destaca, dado que todas se ligam à interação estudante-pessoa e expressam a individualidade da pessoa na situação de cuidados. São elas: a partir duma questão colocada pela pessoa, num momento de conversação com a pessoa e durante a educação para a saúde em situação individual. Por



outro lado, vêm confirmar a suposição deixada quando se discutiram as barreiras à integração da sexualidade e indiciar que se está a ir ao encontro das expectativas das pessoas e a romper com o mito de que elas não querem falar (Julien, Thom, & Kline, 2010; Magnan & Norris, 2008; Magnan & Reynolds, 2006; Saunamäki & Engström, 2013). Os professores referenciam as situações numa linha muito semelhante aos estudantes, donde se destacam duas vertentes: uma ligada ao corpo e à sua exposição e outra ligada à dimensão da comunicação com a pessoa e com o estudante. Esta última mostra-se interessante quando analisada em relação ao estudante. Por um lado, a iniciativa do estudante parece não sustentar-se na crença de que o professor não se sente à-vontade em questões sexuais, não dando importância às mesmas como é apontado por Dattilo e Brewer (2005). Enquanto por outro, a discussão de assuntos sexuais do professor com o estudante sugere a eventual importância que atribui à sexualidade nos cuidados de enfermagem e à sua discussão contextualizada. As diferentes situações referenciadas por estudantes e professores mostram claramente que a abordagem da sexualidade não se cinge somente às atividades integradas na AV expressar-se sexualmente; emerge deste modo que no complexo processo de vida outras AV se interligam à vivência da sexualidade (Roper, Logan, & Tierney, 2001). Destacam-se neste estudo, as AV fazer higiene e vestir-se, comer e beber, ambiente seguro e comunicar.

A referenciação ao contexto de ensino clínico das atividades identificadas surge mais associada à comunidade para os estudantes e ao hospital para os professores. À primeira vista esta diferença pode não ser compreensível, contudo encontram-se evidências que a sustentam. Refere Guthrie (1999) que as questões sexuais só serão discutidas se o contexto conduzir a isso, logo pode aqui residir uma primeira justificação. A falta de privacidade associada ao ambiente hospitalar (Saunamäki & Engström, 2013), a rotinização dos cuidados (Guthrie, 1999) e a falta de tempo podem ser razões que justifiquem porque em ambiente hospitalar a abordagem da sexualidade é menos referida. Por outro lado, o ensino clínico constitui-se para alguns estudantes no primeiro momento de contacto com o corpo de outra pessoa a que se associa a realização de procedimentos. Deste modo, o procedimento técnico pode colocar o estudante com dificuldade em avaliar as necessidades da pessoa e priorizá-las, pois centra-se demasiado na sua realização. Simultaneamente, o procedimento pode ser utilizado como uma mudança de foco de atenção, constituindo-se numa estratégia para neutralizar a sexualidade (Sehnm, Ressel, Pedro, Budó, & Silva, 2013). Em oposição, o

contexto da comunidade difere na especificidade dos cuidados prestados, nomeadamente não tão marcado por procedimentos técnicos e realizado em locais com alguma privacidade, o que pode fazer supor, que a possibilidade de evitar a abordagem da sexualidade é menor. Também a referência ao contexto comunitário pode justificar a nomeação de atividades em ensino clínico pouco associadas à exposição do corpo e aos cuidados mais íntimos. Para os professores, a maior referência ao hospital prende-se, provavelmente com a constatação de que é nesse contexto que os períodos de acompanhamento presencial acontecem mais frequentemente e por mais tempo, contrariamente à comunidade onde a orientação se faz em regime de supervisão.

Sobre os sentimentos que estão associados à realização das atividades sobre sexualidade em ensino clínico, quer estudantes quer professores referem sentimentos positivos, nomeadamente ao nível da responsabilidade, sentido-se também os professores calmos. As diferenças em função da amostra mostraram-se significativas para todos os pares, à exceção dos pares 3, 4 e 7. Os professores têm uma perceção mais positiva dos seus sentimentos associados às situações sexuais relativamente aos estudantes, como seria esperável. Esta perspetiva positiva dos estudantes pode decorrer das atitudes tendencialmente favoráveis à integração da sexualidade nos cuidados de enfermagem, mas contradiz o facto de não confiarem nas suas capacidades para abordar a sexualidade. A investigação documenta um conjunto de sentimentos que vão desde a insegurança, a ansiedade (Pereira, 2009), nervosismo, angústia e constrangimento (Sehnem, Ressel, Pedro, Budó, & Silva, 2013) à vergonha, surpresa e espanto (Santos, Ribeiro, & Campos, 2007) que não se encontrou neste estudo.

O enfermeiro foi identificado como a pessoa que mais ajudou o estudante a lidar com as questões sexuais, seguido do professor e dos colegas de estágio. Este resultado é plausível, até porque o contexto identificado onde as situações mais aconteceram foi o da comunidade, e aí os estudantes estão sob orientação direta do enfermeiro do contexto de estágio. Este perfil mostra a valorização da dimensão profissional dos cuidados de enfermagem ao nível da sexualidade, deixando subentender um nível de responsabilização, pois os estudantes procuram alguém mais experiente, o que está de acordo com o estudo de Santos, Ribeiro e Campos (2007).

Considerando que apenas num plano concetual é possível separar as diferentes fases do desenvolvimento curricular, a caracterização da fase de conceção emergiu naturalmente imbricada com a fase de implementação/operacionalização, particularmente ao nível do ensino clínico. Esta interrelação deve-se não somente, à própria natureza da formação em enfermagem, onde acontece a alternância entre ensino teórico e ensino clínico, mas essencialmente, porque importa caracterizar o processo de ensino e aprendizagem, a partir de toda a experiência que o estudante tem em contexto escolar (Gimeno Sacristán & Pérez Gómez, 1998).

Neste sentido, retoma-se a análise do ensino teórico ao nível da fase de implementação/operacionalização, nomeadamente o que se relaciona com as estratégias de ensino. A predominância de uma orientação behaviorista dos objetivos e duma visão essencialista dos conteúdos curriculares da sexualidade faz supor desde logo, uma tipologia das sessões letivas assente num modelo tradicional de ensino.

Quanto à tipologia das sessões letivas, estudantes e professores são unânimes na referência às sessões de natureza teórica, seguidas das teórico-práticas. Os resultados da análise das fichas de UC comprovam esta identificação, pois a natureza teórica está presente para 21 UC e a teórico-prática para 20 UC. Privilegiam-se deste modo as sessões coletivas em termos das horas de contacto com o estudante referenciadas no Decreto lei nº 42/05.

A concetualização de estratégias de ensino aprendizagem como um conjunto de ações do professor ou do estudante para favorecer o desenvolvimento de competências de aprendizagem (Vieira & Vieira, 2005), esteve subjacente à criação do questionário. Utilizou-se a classificação com base no princípio da realidade com as seguintes categorias: situações da vida real, simulações da realidade e abstrações da realidade (Vieira & Vieira, 2005). Na abordagem da sexualidade estudantes e professores referenciaram estratégias em todas as categorias. Com maior relevância encontram-se as estratégias ao nível da abstração da realidade, mais concretamente a exposição do professor e o visionamento de dispositivos. Segue-se o trabalho de grupo enquadrado na simulação da realidade, a que os professores associam também a tempestade de ideias. Com menor expressividade surge a pesquisa bibliográfica ao nível das situações da vida real. A comparação com os currículos prescrito e moldado mostra resultados consonantes. Porém, emergem outras estratégias integradas na totalidade na categoria simulações da realidade, não sendo referenciadas ao nível do currículo

realizado, pressupondo uma adequação das estratégias na situação real de aprendizagem. A este nível, deveriam ter sido compreendidas as razões da não utilização das estratégias previstas.

A valorização de estratégias de abstração da realidade, particularmente a exposição acompanhada pelo visionamento de diapositivos mostra uma relação professor-estudante caracterizada por uma comunicação unilateral do primeiro para o segundo (Vieira & Vieira, 2005). Pode deduzir-se a tendência para um método dedutivo de ensino aprendizagem, na lógica do abstrato para o concreto e do geral para o particular (Andrês, 2003). O recurso às novas tecnologias revela-se importante, mas não altera o modelo transmissivo de aprendizagem, pois parecendo novas, estas tecnologias inserem-se inteiramente neste modelo (Bireaud, 1995). Neste modelo transmissivo cabe ainda a possibilidade de o professor propor a realização de trabalhos de grupo sobre conteúdos específicos do programa que se constituem em simulações da realidade, sempre conduzidas pelo professor. O recurso à pesquisa bibliográfica ao nível das situações e vida real como estratégia de procura de informações sobre determinados assuntos é também utilizada e configura-se na mesma orientação. Os resultados deste estudo confirmam o modelo tradicional referenciado em outras investigações (Pereira, 2007), sustentado numa diversidade de estratégias ao nível das três categorias consideradas conforme sugerido no estudo Astbury-Ward (2011). Por outro lado, esta investigação não evidencia a integração de resultados de outros estudos, nomeadamente a sugestão a estratégias ativas e participativas na abordagem da sexualidade, que contribuam para a construção de capacidades e competências para a prática clínica (Alencar, Ciosak, & Bueno, 2010; Kong, Wu, & Loke, 2009; Pereira, 2007). Corroboram-se deste modo os autores que defendem que o modelo tradicional surge atualmente como desadequado, dado que não favorece que o estudante construa ativamente o seu próprio saber, ou seja, não lhe permitindo um estatuto de sujeito no seu desenvolvimento pessoal e profissional (Andrês, 2003).

Os modelos ativos ao atribuírem um papel central ao estudante como sujeito ativo da sua aprendizagem são hoje apontados como desejáveis para o contexto do ensino superior. Também ao professor é reconhecida uma nova função, a de responsável da mediação entre o saber e o estudante, a qual é materializada no processo de desenvolvimento curricular (Roldão, 2009). Neste sentido, torna-se necessário que se opere uma mudança no modelo

subjacente ao processo de ensino e aprendizagem da sexualidade, pois a constatação da persistência de um modelo tradicional perpetua, em linha com os objetivos e conteúdos, uma visão essencialista da sexualidade.

A fase de avaliação é fundamental, na medida que se constitui na regulação de todo o trabalho desenvolvido no processo de desenvolvimento curricular (Gaspar & Roldão, 2007). Pode ser avaliada em dois níveis: a avaliação das aprendizagens dos estudantes e a avaliação do desenvolvimento curricular. Nesta investigação discutem-se algumas implicações no primeiro nível, no sentido de observar a ligação entre o eixo ensinar-aprender e o eixo avaliação, no que se relaciona com os dispositivos utilizados e não com os resultados sumativos atingidos. Assim, quanto aos instrumentos de avaliação utilizados destacam-se os testes escritos e os trabalhos de grupo para estudantes e professores, sobreponíveis nos níveis do processo de desenvolvimento do currículo em análise. Estes resultados enquadram-se na estratégia global que se vem observando ao configurarem uma avaliação de resultados, pois a sua ocorrência é maioritariamente associada à parte final da UC. Este é um dos problemas da abordagem behaviorista, em que se segmentam as diferentes fases do desenvolvimento curricular (Roldão, 2009), não sendo possível reorientar as atividades que uma análise do desenvolvimento das mesmas poderia ajudar a concretizar. Contudo, é de referir que estes instrumentos de avaliação podem constituir-se em instrumentos de avaliação de processo e de avaliação sumativa, dependendo do propósito que lhe for atribuído no quadro do processo de desenvolvimento curricular (Gaspar & Roldão, 2007). Subjaz deste modo a existência dum modelo tradicional no processo de ensino e aprendizagem da sexualidade que se pode consubstanciar em Bevis e Watson (2005) quando referem que no paradigma behaviorista não se ensina e avalia em simultâneo. Justificam, em consonância com os resultados emergentes neste estudo, que tal facto prende-se com a natureza da relação entre o professor e o estudante.

A identificação do modelo de educação no âmbito da sexualidade permitiu aceder à perspetiva global segundo estudantes e professores que marcou o processo de ensino e aprendizagem. Para mais de metade dos estudantes o modelo dominante foi o modelo médico preventivo, enquanto para os professores foi o modelo biográfico. Se se considerar como refere Roldão (2009) que ensinar consiste em “desenvolver uma acção especializada, fundada em conhecimento próprio, de fazer com que alguém aprenda alguma coisa que se

pretende e se considera necessária” (p.14-15) estas duas perspetivas permitem deduzir uma dissonância entre o ensinar e o aprender.

O modelo biográfico (Sánchez, 2005) identificado pelos professores fundamenta-se num conceito positivo de saúde que enquadra o direito de viver a sexualidade, os direitos sexuais humanos, os direitos da mulher e dos menores. A sexualidade neste modelo não é reduzida à genitalidade e à procriação, reconhecendo-se as diferentes dimensões da sexualidade que podem ser vividas por homens e mulheres independentemente da orientação sexual e da fase do ciclo de vida. Contudo, não foi esta a perspetiva que sobressaiu da caracterização dos diferentes elementos do processo de ensino e aprendizagem da sexualidade. Deste modo, a orientação alicerçada no modelo médico-preventivo (Sánchez, 2005) identificada pelos estudantes é mais congruente com a vertente essencialista encontrada. Este modelo ao privilegiar as infeções de transmissão sexual, a contraceção, a gravidez não desejada, sustenta-se num modelo médico de saúde em que os assuntos colocam-se maioritariamente na dimensão técnica e prescritiva.

Neste sentido colocam-se as questões: se os professores julgam que ensinam a sexualidade sob um modelo biográfico e os estudantes referem que o aprendem na vertente médico-preventiva, o que acontece no desenrolar do processo? Onde residem as razões para esta dissonância? Será como diz Roldão (2009) que é no modo como se ensina que se encontram as potencialidades que possibilitam, induzem e facilitam a aprendizagem do outro? Na particularidade deste estudo, poder-se-á supor que em parte dever-se-á às estratégias adotadas, pois são globalmente redutoras na formulação de uma visão ampla e construtiva da sexualidade, ao não passarem do domínio da abstração. É uma área que necessita de maior investigação pela importância de que se reveste na compreensão entre o que são as intenções – do professor e a sua assimilação pelo outro – o estudante.

Numa visão agregadora do processo de ensino e aprendizagem da sexualidade na formação em enfermagem poderá afirmar-se que o modelo em alternância que tem caracterizado o ensino de enfermagem parece não se configurar numa alternativa ao modelo de formação convencional. Não se operou a mudança duma lógica de transmissão do conhecimento para uma que promova a aprendizagem pela centralidade da análise de situações no ensino teórico ou no ensino clínico (Mestrinho, 2012). Considerando-se uma perspetiva da sexualidade abrangente, a caracterização do processo de ensino e aprendizagem revela a importação de

conhecimentos de outras áreas disciplinares, como a medicina ou as ciências sociais, mas que não sugere uma dimensão disciplinar específica da enfermagem, que mostre a sua relevância social (Amendoeira, 2006). Refere Mestrinho (2012) que os modelos de formação que têm sustentado o ensino de enfermagem exprimem uma relação estreita entre os saberes disciplinares, processuais e da experiência, supondo-se nesta investigação como ainda longe de atingir.

*Em síntese:*

Estudantes e professores identificam a abordagem da sexualidade na formação em enfermagem. Os estudantes com maior predomínio no ensino teórico e transversalmente ao longo curso. Os professores associam-na mais ao ensino clínico ao longo dos quatro anos. São identificadas UC das AEF enfermagem, medicina e ciências sociais e humanas. A área da enfermagem de saúde reprodutiva é a mais referenciada por estudantes e professores quer em ensino teórico quer em ensino clínico, o que remete para uma abordagem direcionada para o ciclo reprodutivo feminino e os aspetos bio fisiológicos. As atividades extracurriculares no âmbito da sexualidade têm pouca expressividade.

Ao nível do ensino teórico os objetivos situam-se nos domínios lembrar e entender da dimensão do processo cognitivo, o que configura uma linha behaviorista. Os conteúdos são mais direcionados para as áreas da proteção e prevenção e do físico e fisiológico, emergindo a área da idade e desenvolvimento humano como nova. Sobressai uma orientação biomédica. Emerge um currículo oculto ao nível dos conteúdos, pois em situação de interação estudantes e professores trazem conteúdos novos. A tipologia das sessões letivas centra-se em sessões teóricas e teórico-práticas para estudante e professores. As estratégias de ensino aprendizagem englobam todas as categorias, com maior ênfase na abstração da realidade: exposição do professor e visionamento de diapositivos. Verifica-se adequação nas estratégias reais utilizadas, menos abrangentes ao nível da categoria simulação da realidade. Configura-se um modelo transmissivo caracterizado por uma comunicação unilateral do professor para o estudante em face das estratégias mais utilizadas. O teste escrito e o trabalho de grupo são os dispositivos de avaliação mais utilizados, o que está em consonância com a linha behaviorista observada.

No ensino clínico, para os estudantes a temática da sexualidade surge associada à área da enfermagem de saúde reprodutiva, sendo de relevar a abordagem decorrente da situação de

interação estudante-pessoa. Nos professores destaca-se a dimensão comunicação com a pessoa cuidada e com o estudante. A abordagem emergente expressa inter-relação entre AV. Os estudantes referenciam a comunidade como o contexto onde a sexualidade mais surgiu, enquanto os professores referem o hospital. Estudantes e professores identificam sentimentos positivos na abordagem da sexualidade, nomeadamente ao nível da responsabilidade. Professores têm uma perceção mais positiva dos seus sentimentos. O enfermeiro foi identificado pelo estudante como a pessoa que mais os ajudou a lidar com as questões sexuais em contexto de ensino clínico.

O modelo de educação no âmbito da sexualidade dominante foi o modelo médico-preventivo para os estudantes, enquanto os professores identificam o modelo biográfico.

### **Fatores que influenciaram o processo de ensino e aprendizagem da sexualidade**

A pertinência funcional e estratégica do desenvolvimento curricular impõe que se analisem as características das situações particulares em que se opera. Ao nível micro consideram-se os fatores relativos aos estudantes, aos professores e à situação de interação (Gaspar & Roldão, 2007) que se enquadram no currículo em ação que é operacionalizado pelo plano de ensino (Pacheco, 2001).

Os fatores relativos aos estudantes organizaram-se em fatores psicológicos, socioculturais, biográficos e escolares (Bevis & Watson, 2005; Gaspar & Roldão, 2007; Pacheco, 2001). Os fatores mais influentes foram: a motivação para a aprendizagem, a maturidade do estudante e as atitudes e valores sobre a sexualidade para estudantes e professores, ainda que para os professores o segundo e terceiro estejam em ordem inversa. A motivação para a aprendizagem insere-se nos fatores escolares e releva a importância do percurso e vivência do estudante em contexto escolar, particularmente a atitude favorável que tem para aprender significativamente. Esta significação da aprendizagem está diretamente associada com a sua funcionalidade (Pacheco, 2001), o que na situação do ensino de enfermagem se torna relevante. Esta significação faz-se pela articulação entre ensino teórico e ensino clínico baseada numa estreita ligação entre saberes teóricos, processuais e experienciais (Mestrinho, 2012). A maturidade do estudante integra-se nos fatores psicológicos considerando o percurso e experiência individual de vida. Bevis e Watson (2005) referem-se à maturidade do



estudante como um dos fatores que mais influencia a interação professor-estudante. Definem um continuum de maturidade que vai desde posições imaturas consonantes com objetivos comportamentais a posições maduras mais ligadas ao paradigma educativo do cuidar. Dado que não se avaliou a maturidade em termos gradativos, a sua identificação poderá indiciar a necessidade de uma avaliação mais objetiva que possa direcionar a finalidade de professor e estudante e qual o tipo de aprendizagem a selecionar para que se torne significativa. A relevância das atitudes e valores sobre a sexualidade enquanto fator sociocultural reforça a importância das atitudes na sua dimensão individual não apenas na prática clínica de enfermagem, mas já desde o processo de formação do futuro enfermeiro (Magnan, Reynolds, & Galvin, 2005; Royal College of Nursing, 2001). Por outro lado, ter em conta a heterogeneidade dos estudantes ao nível das atitudes e valores sobre a sexualidade facilitará a interação positiva professor-estudante conducente à apropriação das aprendizagens significativas no plano pessoal e profissional (Almeida, 2012).

As diferenças por amostra nos fatores relativos aos estudantes mostram diferenças estatisticamente significativas em três: os mitos e crenças sobre a sexualidade, as atitudes e valores sobre a sexualidade e a motivação para a aprendizagem; constituem-se para os professores nos fatores com maior influência. Este aspeto vem reforçar a importância da individualidade do estudante na visão da sexualidade e da sua motivação como fatores que se devem atender no processo de ensino e aprendizagem da sexualidade com vista a um desenvolvimento de competências.

Quanto aos fatores que se relacionam com os professores consideraram-se os relativos à formação e os socioculturais. O professor executa a atividade docente desde uma experiência e um percurso individual, profissional e académico no seio de uma cultura profissional dominante (Gaspar & Roldão, 2007). Esta cultura como “naturalizada” torna-se inquestionável, pelo que se reproduzem e ratificam os modelos de atuação docente. É ainda de referir que se aceita a referência de que “quem sabe fazer sabe ensinar”, isto porque os professores não possuem, salvo raras exceções, formação pedagógica para lidar com o processo de ensino e aprendizagem (Almeida, 2012). O que também se constata no ensino de enfermagem. Neste nível de fatores, estudantes e professores posicionaram-se de modo diferente. Os estudantes identificam como fator mais influenciador as competências comunicacionais do professor, fator inserido na formação, enquanto os professores relevam

a sua visão crítica e construtiva da sexualidade. Estas diferenças podem justificar-se para os estudantes, pelas estratégias de aprendizagem identificadas situadas ao nível da exposição de conteúdos e visionamento de diapositivos que não promovem a interação professor-estudante. O professor parece reproduzir o paradigma dominante – o transmissivo assente na linha behaviorista – que o estudante quer ver alterado, no sentido de que o professor seja capaz de comunicar eficazmente com os estudantes. Por outro lado, os professores ao salientarem a sua visão crítica e construtiva da sexualidade parecem assumir que as suas orientações individuais influenciam o processo de ensino e aprendizagem e reproduzem as crenças e os modelos docentes vigentes. A este propósito refere Pacheco (2001) que “o professor reflecte um conjunto de opções culturais, políticas e económicas, através das quais modela e filtra o currículo no momento da sua concretização, tornando-se num elemento activo da reprodução, “controlado”, ou da transformação social, se problematizador e crítico.” (p. 58-59). Nesta linha de questionamento, esta consciencialização pode indiciar um processo de rutura e necessita de ser acompanhada. É justamente a nível deste fator que se observam diferenças significativas em função da amostra: os professores consideram que influencia mais que os estudantes, o que vem atribuir ao professor uma responsabilidade acrescida na análise da sua visão sobre a sexualidade.

Os fatores relativos à situação de interação podem equacionar-se aos diferentes níveis do desenvolvimento curricular desde o macro ao micro. Na situação micro consideram-se os que se relacionam com a aula e a sua organização (Gaspar & Roldão, 2007), na lógica de que professor e estudante são elementos ativos na concretização do plano de ensino ou projeto didático. Para estudantes e professores, dos fatores elencados surgem como mais relevantes a interação professor-estudante, a promoção do debate e da discussão, ainda que em ordem inversa para os professores. Os estudantes referenciam também a interação estudante-estudante.

O primeiro fator mostra como a interação professor-estudante pode ser crítica para o processo de ensino e aprendizagem, na medida que essas interações tornam-se no currículo (Bevis & Watson, 2005). Assim, a relevância deste fator aponta para a necessidade de se repensar o papel de ambos dado que se encontrou um modelo transmissivo centrado no professor, quando hoje se espera uma aprendizagem centrada no estudante. Um relatório da OECD sobre a preparação dos docentes e dos líderes escolares para o século XXI aponta a

necessidade de operar uma mudança nos currículos a partir do papel de professores e estudantes (Schleicher, 2012). Consta neste relatório que os professores devem personalizar as experiências de aprendizagem para garantir o sucesso do estudante e ainda que, o tipo de ensino necessário atualmente exige que os professores sejam trabalhadores do conhecimento. Perspetiva-se uma mudança desde um currículo centrado no professor para um centrado no estudante, particularmente na sua individualidade. No caso do processo de aprendizagem da sexualidade estes aspetos são fundamentais, dado que os fatores relacionados ao estudante valorizaram a importância da experiência individual de vida para além do percurso e vivência do estudante em contexto escolar.

A promoção do debate e da discussão salienta igualmente a mudança que deve acontecer ao nível das estratégias utilizadas; o modelo tradicional sustentado em objetivos behavioristas conjugado com estratégias do domínio da abstração não promove a construção duma perspetiva alargada e construtiva sobre a sexualidade. Bevis e Watson (2005) questionam as “discussões” no ensino de enfermagem, no sentido de que frequentemente consistem no “professor, de pé em frente a uma turma, a fazer perguntas às quais os estudantes tentam adivinhar a que é que o professor quer que eles respondam” (p. 131). Deste modo são validados os papéis tradicionalmente atribuídos aos estudantes e aos professores, pelo que a identificação deste fator sugere uma necessidade de ambos em quebrar o instituído e dar um caráter novo à abordagem da sexualidade. Enquanto estratégia, o debate e a discussão integram-se nas simulações da realidade e consistem numa interação oral ativa entre professor e aluno ou entre alunos acerca de uma situação problema, questão ou assunto controverso (Vieira & Vieira, 2005). Como estratégia identificou-se ao nível do currículo realizado, uma baixa utilização (22% dos estudantes e 27.3% dos professores), pelo que a sua referência como fator influenciador da situação de interação propõe o recurso a novas estratégias e responsabiliza professores e estudantes pela sua concretização. Confirma-se a dissonância entre “o que se faz” e “o que se julga dever fazer”, o que abre uma nova perspetiva para a abordagem da sexualidade. De realçar, ainda o fator identificado pelos estudantes, a interação estudante-estudante que configura uma questão central. Os estudantes sentem que precisam de melhorar as interações entre si ao nível do processo formativo, o que pode corroborar um aspeto em discussão nas atitudes e crenças face à sexualidade: o modo como cada um sente que é avaliado pelo outro quando se discutem questões sexuais. Perante esta

interrogação, há necessidade de compreender como sentem os estudantes a discussão da sexualidade no processo formativo com os seus pares, para além do professor.

Observaram-se diferenças quanto à amostra nos seguintes fatores: a dimensão do grupo turma, a interação professor-estudante, a oportunidade do estudante em exprimir as suas opiniões e preocupações e a promoção do debate e da discussão. Os professores identificam estes fatores como mais influenciadores comparativamente aos estudantes. Esta identificação vem consubstanciar a discussão efetuada e os pontos de vista apresentados, onde o fator a oportunidade do estudante em exprimir as suas opiniões e preocupações reforça a relevância do papel do estudante e a sua individualidade. O surgimento do fator na dimensão do grupo turma na perspetiva dos professores é de extrema importância. A natureza teórica foi a tipologia das sessões letivas mais identificada por estudantes e professores, o que prefigurou logo sessões magistrais para grandes grupos de estudantes. Assim, a identificação deste fator é lógica e demonstra que em presença de grandes grupos o professor fica limitado na utilização de estratégias ativas e participativas. Nos grupos grandes o trabalho corre mais lentamente, podendo observar-se tendência de alguns estudantes dominarem o trabalho, ou de manifestarem preocupação em como são entendidas as suas opiniões (Bevis & Watson, 2005), o que pode justificar alguns dos aspetos discutidos. Neste sentido, para se poder promover o debate e a discussão dos vários assuntos é necessário constituírem-se pequenos grupos para que todos possam participar, potencializando as relações interpessoais entre os estudantes. A realidade de hoje do ensino de enfermagem confronta-se com turmas com um número considerável de estudantes, pois as questões economicistas numa linha macro e meso condicionam a concretização dum projeto didático com grupos mais pequenos. Esta reflexão reveste-se de atenção particular, pois coloca o professor numa encruzilhada: reproduz as práticas tradicionais ou torna-se num elemento da transformação? (Pacheco, 2001).

*Em síntese:*

Dos fatores que influenciaram o processo de ensino e aprendizagem relativos aos estudantes destacam-se: a motivação para a aprendizagem (fator escolar), a maturidade do estudante (fator psicológico) e as atitudes e valores sobre a sexualidade para estudantes e professores (fator sociocultural) para estudantes e professores. Por amostra observaram-se diferenças significativas nos fatores socioculturais – os mitos e crenças sobre a sexualidade e as atitudes

e valores sobre a sexualidade e escolar – a motivação para a aprendizagem, constituindo-se nos fatores com maior influência para os professores.

Salientam-se dos fatores que se relacionam com os professores, as competências comunicacionais do professor (fator formação) para os estudantes e a visão crítica e construtiva da sexualidade (fator sociocultural) para os professores. Em função da amostra é neste último fator que existem diferenças significativas, os professores consideram que tem uma maior influência comparativamente aos estudantes.

Quanto aos fatores relativos à situação de interação evidenciam-se para estudantes e professores a interação professor-estudante e a promoção do debate e da discussão, ainda que em ordem inversa para os professores. Os estudantes referenciam também a interação estudante-estudante. Segundo a amostra são mais relevantes para os professores os seguintes: a dimensão do grupo turma, a interação professor-estudante, a oportunidade do estudante em exprimir as suas opiniões e preocupações e a promoção do debate e da discussão.

### **A importância e a preparação docente para integrar a sexualidade na formação em enfermagem**

Para uma melhor caracterização do processo de ensino e aprendizagem da sexualidade foram também trabalhadas outras variáveis documentadas na literatura científica.

Quanto à importância atribuída ao ensino da sexualidade quer estudantes quer professores apresentaram níveis elevados que expressam um reconhecimento acerca da sua inclusão na formação em enfermagem. Nos professores observa-se um nível mais elevado face aos estudantes; contudo as diferenças não são significativas. Atendendo ao sexo, nos professores constatou-se um nível de importância mais elevado das mulheres em relação aos homens. Estes resultados são concordantes com outras investigações realizadas com estudantes (Akinci, Yildiz, & Zengin, 2011; Astbury-Ward, 2011); pressupõe-se do ensino de enfermagem em Portugal o desejo de que não haja omissão da discussão da sexualidade, identificado por Brêtas, Ohara e Querino (2008) como um aspeto preocupante. No entanto, o reconhecimento da importância da sexualidade na formação não expressa neste estudo uma abordagem centrada num conceito que abarque as diferentes perspetivas sob a qual pode ser olhada; tal

evidência regista-se pois que há um predomínio da perspetiva biológica, subentendendo-se ainda como um tema tabu. A maior importância atribuída pelas mulheres professoras é compreensível num grupo profissional maioritariamente feminino, mas persiste uma visão essencialista que reproduz o carácter biológico e reprodutivo da sexualidade. Até que ponto as mulheres professoras sentem a influência do controle social sobre a sexualidade que Lozano (2005) descreve? Que elementos simbólicos permanecem na construção de um processo de ensino redutor e não consonante com uma visão pessoal?

A preparação para integrar a sexualidade no exercício docente foi avaliada na perspetiva dos professores e dos estudantes. Globalmente estudantes e professores identificam um nível médio-alto na preparação dos docentes para a abordagem da sexualidade na formação. Os professores reconhecem em si um maior nível de preparação face à opinião dos estudantes. A avaliação por sexo mostra que diferenças significativas nos professores, apresentando as mulheres um maior preparação comparativamente aos homens. O nível de preparação docente não é muito documentado na literatura e quando surge refere-se a um número baixo de professores, pelo que os resultados devem ser olhados com precaução. Contudo, os resultados desta investigação na perspetiva dos professores são similares a outros estudos (Astbury-Ward, 2011; Pereira, 2009) em que os professores sentem-se aparentemente capazes de abordar a sexualidade durante a formação. Quanto à opinião dos estudantes, confirma de certa forma a discrepância entre o modo como o professor se vê e o modo como o estudante o vê. O estudante tende a ter uma visão de menor à-vontade do professor. Torna-se necessário que se identifiquem as razões em que uns e outros se fundamentam para esta diferença, pois só a sua compreensão permitirá uma reflexão mais objetiva. No entanto, tendo sido identificado o fator centrado na interação estudante-professor como mais relevante ao nível da situação da interação, é fundamental que esta seja caracterizada em diferentes vertentes.

*Em síntese:*

Estudantes e professores reconhecem a importância do ensino da sexualidade, a qual é mais elevada no grupo dos professores e nas mulheres. Sobre o nível de preparação dos professores para integrar a sexualidade no exercício docente é avaliado em médio-alto, percecionando os professores em si um nível mais elevado comparativamente aos estudantes, que é mais observado nas mulheres.

### **A perspetiva da prática clínica de enfermagem ao nível da sexualidade**

A investigação sobre o processo de ensino e aprendizagem da sexualidade na formação em enfermagem tem-se centrado essencialmente na identificação e caracterização de variáveis associadas aos elementos substantivos. Em aberto tem ficado a forma como se perspetiva a partir das aprendizagens o desenvolvimento de competências ao nível da prática clínica.

O exercício profissional dos enfermeiros tem evoluído duma lógica executiva para uma lógica mais concetual (Amendoeira, 2006; Silva, 2007). Esta evolução tem-se centrado desde um modelo biomédico, e numa fase subsequente nos subsídios das ciências sociais e humanas, para outro a partir das respostas humanas às situações de saúde-doença. A emergência da área disciplinar de enfermagem tem contribuído para esta mudança, contudo é uma transição inacabada. Ao nível dos currícula/saberes Amendoeira (2006) refere que há o reconhecimento de uma disciplina teórica e profissional, mas a sistematização do saber ocorre pela reflexividade na ação e não pela investigação. Por outro lado, a evolução observada ao nível disciplinar não se tem traduzido ao nível profissional, o que Silva (2007) caracteriza como uma dificuldade em introduzir nos modelos em uso o que emerge dos modelos expostos.

Neste contexto observando-se nesta investigação um modelo de formação baseado na transmissão do saber, pode afirmar-se que ao nível das práticas pedagógicas também não há a introdução dos modelos expostos, pois recorre-se ao controlo do ato educativo, à reprodução de saberes, a uma herança da própria formação conforme Mestrinho (2012) identifica no seu estudo sobre o profissionalismo docente. Contudo, identificam-se aspetos que deixam antever a vontade de centrar as práticas pedagógicas numa mudança dos papéis de estudantes e professores, indo ao encontro dos princípios do processo de Bolonha. Será que mesmo sob este paradigma formativo estudantes e professores conseguem perspetivar uma prática clínica no âmbito da sexualidade dissonante com a visão biológica da sexualidade emergente?

É neste sentido que perspetivar a usabilidade do aprendido se torna relevante. A usabilidade do aprendido é sustentada em Gaspar e Roldão (2007) quando referem que “a ideia do uso (diferente de aplicação, ou acção) é inerente à própria natureza do saber: o conhecimento implica capacidade e possibilidade de uso, ou dificilmente poderá considerar-se verdadeiro

conhecimento” (p. 111). Ou seja, é a competência que legitima o currículo escolar e que pode ter diferentes campos de possibilidade.

Recorreu-se ao perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais definido pela OE para explorar a usabilidade do aprendido. Situou-se a usabilidade ao nível de um dos seus campos de possibilidade, a capacidade de transpor saberes, neste caso do campo concetual para o campo accional, que se associa ao contexto onde a competência se operacionaliza (Gaspar & Roldão, 2007).

Discute-se primeiramente o conforto, dado que é identificado como uma das variáveis com maior influência no modo como cada um se posiciona perante situações com implicações sexuais. Quanto ao nível de conforto observaram-se valores altos no conforto percecionado em relação à prática clínica no âmbito da sexualidade para estudantes e nos professores em relação ao exercício docente. Sem diferenças em função da amostra. Ambos situam a evolução do conforto entre o moderadamente e o muito quando questionados acerca da evolução durante o curso (estudantes) ou ao longo do exercício docente (professores). Contudo esta evolução apresenta diferenças significativas em função da amostra, registando os estudantes uma evolução mais positiva. Enquanto variável per si só dois estudos avaliaram o conforto, mas numa escala de medida diferente. Podendo inferir-se que na presente investigação observaram-se níveis mais elevados, pois nesses estudos apenas 53.7% (Kong, Wu, & Loke, 2009) e 36% (Maganan & Norris, 2008) dos estudantes referiram sentir-se confortáveis na discussão de assuntos sexuais. Na avaliação do conforto em relação a diferentes situações de cuidados encontraram-se valores que vão desde o ligeiramente confortável ao confortável para menos de metade dos estudantes no estudo de Akinci, Yildiz e Zengin (2011). Os resultados sobre o nível de conforto estão em linha com as atitudes mais favoráveis à integração da sexualidade encontradas, constituindo-se em bons indicadores face à prática clínica de enfermagem.

Quanto à perceção sobre a preparação dos estudantes para integrar a sexualidade na prática clínica de enfermagem observa-se que os estudantes se sentem mais preparados em relação ao modo como os professores os consideram preparados. Em termos médios os estudantes situam-se num nível elevado, enquanto os professores os vêem tendencialmente menos preparados. Estas diferenças são estatisticamente significativas. Há pois uma dissonância entre o modo como os estudantes se veem e o modo como os professores os veem.



Comparativamente a estudos que têm avaliado o modo como os estudantes se sentem preparados para lidar com os aspetos sexuais na prática clínica (Alencar, Ciosak, & Bueno, 2010; Santos, Ribeiro, & Campos, 2007; Pereira, 2007), nesta investigação encontra-se a perceção dum maior nível de preparação. Esta tendência pode fundamentar-se nos dois indicadores referenciados: um nível considerável de conforto e atitudes favoráveis à sexualidade na enfermagem.

Contextualizado nos pressupostos constantes no preâmbulo do regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, os domínios de competências são a responsabilidade profissional, ética e legal, a prestação e gestão dos cuidados e o desenvolvimento profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2012b). Neste sentido, para cada domínio definiu-se um conjunto de atividades que se considerou mais ilustrativo das questões que referenciadas no campo empírico, se podem transpor ao campo acional.

#### *Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal*

Os contextos diversos, complexos e incertos em que os cuidados de saúde são desenvolvidos podem influenciar o agir e a tomada de decisões dos profissionais de saúde. Ao nível das questões relacionadas com a sexualidade não apenas o contexto tem influência mas também, as ideias pré-concebidas e as atitudes são relevantes, sobretudo em áreas que socialmente são denominadas de temas controversos. São exemplo a homossexualidade ou a transsexualidade. Os critérios de competência: “ (14) – Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados”; “ (15) - Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos” e “ (16) - Presta cuidados culturalmente sensíveis” da competência A2<sup>33</sup> expressam a importância desta reflexão. Neste sentido, partindo de atividades no âmbito do cuidar a pessoa, que se podem considerar paradigmáticas, avaliou-se o nível de à-vontade face às mesmas.

As atividades *a cuidar de uma pessoa do mesmo sexo, a cuidar de uma pessoa com orientação heterossexual e a cuidar de um casal heterossexual* foram para estudantes e professores as que obtiveram média mais elevada, ou seja as que na perspetiva de ambos existe maior nível de à-vontade dos estudantes. Esta valorização configura a influência da relação entre o sexo

---

<sup>33</sup> Este domínio integra as competências: Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade (A1) e Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico (A2).

da pessoa que cuida e da que é cuidada e da identidade sexual da pessoa cuidada e por outro lado, releva uma visão da prática profissional heteronormativa. A relação entre o sexo do cuidador e da pessoa cuidada evidencia-se na literatura influenciada pela construção simbólica dos papéis de género, mostrando a maior ou menor abertura para cuidar em função do sexo. O maior constrangimento surge quando o enfermeiro cuida de pessoas do sexo oposto (Costa & Coelho, 2013; Dattilo & Brewer, 2005; Sehnem, Ressel, Pedro, Budó, & Silva, 2013) ou do sexo oposto e da mesma idade (Crossan & Mathew, 2013). Os resultados deste estudo reiteram estas conclusões.

A visão heteronormativa da prática profissional transparece a influência entre as crenças e valores individuais de quem cuida e de quem é cuidado expressa pelo menor à-vontade a cuidar de pessoas com orientação homossexual ou que mudaram de sexo. Não se podendo falar em discriminação face à identidade sexual da pessoa cuidada esta constatação precisa de ser compreendida. Pois tem sido relatado por parte dos estudantes de enfermagem dificuldades em cuidar de pessoas com expressões sexuais e relacionamentos diferentes da norma culturalmente aceite (Sehnem, Pedro, Budó, Silva, & Ressel, 2014; Washington & Pereira, 2012). Também os enfermeiros têm um discurso heteronormativo que se traduz na prática clínica e expressam preconceitos ligados à homossexualidade (Costa & Coelho, 2013). É necessária uma reflexão sobre assuntos que continuam a ser cercados por estigmas, até porque a recente evolução em Portugal do ponto de vista legal sobre o casamento entre pessoas do mesmo sexo coloca a todos os profissionais o desafio e a exigência de olhar para as suas atitudes numa perspetiva evolutiva e de contínua formação. As identidades sexuais precisam de ser compreendidas não apenas a partir da biologia, mas essencialmente ao nível da sua construção social (Louro, 2000; Weeks, 1998). Esta assunção é na particularidade desta investigação determinante, pois a visão da sexualidade trabalhada durante a formação é sustentada no biológico, donde se supõe a possibilidade de dificuldades em lidar com uma visão da sexualidade que respeite a pessoa na sua totalidade e singularidade.

As diferenças significativas em todas as atividades em função da amostra comprovam que os estudantes se sentem mais à-vontade comparativamente ao modo como os professores os veem. Igualmente reitera a necessidade de perceber se este maior à-vontade decorre por parte dos estudantes numa perspetiva pessoal, construída pelas atitudes face à sexualidade, ou numa perspetiva profissional, enformada pelas experiências de aprendizagem. Por outro lado, a

compreensão da perspetiva dos professores é fundamental, pois observam-se contradições entre o que se propõem desenvolver, o que desenvolvem e o modelo que identificam subjacente à abordagem.

À visão heteronormativa da prática profissional alia-se também uma visão estereotipada do cuidar associada à identidade social de quem cuida no grupo dos estudantes em algumas atividades. As mulheres estudantes revelam maior à-vontade em cuidar de pessoas com orientação homossexual ou que mudaram de sexo e também a cuidar de pessoas do mesmo sexo. Esta constatação corrobora resultados de investigação anteriores em que foi encontrada uma atitude mais positiva das mulheres em relação às pessoas LGBT em relação aos homens (Chapman, Watkins, Zappia, Nicol, & Shields, 2011). Pode depreender-se destes resultados por parte dos estudantes homens uma crença nos papéis sexuais tradicionais que estão ligados aos conceitos de masculinidade e de igualdade entre homens e mulheres, o que pode configurar uma tendência para a homofobia. Campo-Arias, Herazo e Cogollo (2010) referem na sua investigação que entre 7% e 16% dos estudantes apresenta algum grau de homofobia. A homofobia é mais comum em homens e nos religiosos mais conservadores. A homofobia é frequente em estudantes de enfermagem, e pode ter implicações negativas para o exercício da enfermagem. Neste sentido, é fundamental que se desenvolvam programas formativos que promovam oportunidades para os estudantes participarem em atividades em que possam partilhar pensamentos, sentimentos e preocupações relacionadas com o cuidar de pessoas LGBT e suas famílias conforme é apontado por Chapman, Watkins, Zappia, Nicol e Shields (2011) e Rowniak (2015). O que vai ao encontro da mudança sugerida ao nível das estratégias utilizadas quando foi relevada a promoção do debate e da discussão. Assim, em concordância com Strong e Folse (2015) a enfermagem deve aumentar os esforços para garantir cuidados culturalmente competentes, eliminando as disparidades de saúde e melhorando os resultados de saúde em populações vulneráveis, onde a comunidade LGBT se inclui. Esta visão é corroborada nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem quando é referido que o exercício profissional exige sensibilidade para lidar com as diferenças, compreensão e respeito pelos outros numa perspetiva multicultural (Ordem dos Enfermeiros, 2012a).

### *Domínio da prestação e gestão dos cuidados*

Neste domínio as atividades definidas reportam-se essencialmente a pessoas em diferentes fases do ciclo de vida e em diferentes situações de saúde/doença que são cuidadas pelos enfermeiros nos diferentes contextos de exercício. No enquadramento concetual dos cuidados de enfermagem constante nos Padrões de Qualidade é expresso que os cuidados de enfermagem têm por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue ao longo do ciclo de vida procurando a satisfação das necessidades humanas fundamentais através de processos de aprendizagem onde a pessoa deve ser proativa (Ordem dos Enfermeiros, 2012a). Neste sentido, as competências<sup>34</sup> definidas neste domínio e os critérios de competência são fulcrais para desenvolver um processo de cuidados com a pessoa numa perspetiva holística e respeitando a sua individualidade.

Para os estudantes as atividades *a cuidar de uma mulher no período de puerpério; a realizar uma consulta de planeamento familiar e a cuidar de uma pessoa de idade avançada* foram as referenciadas com um maior nível de à-vontade. Enquanto para os professores surgem duas destas atividades, mas em ordem inversa e uma terceira: *a cuidar de uma pessoa após enfarte agudo do miocárdio*.

Relativamente aos estudantes a identificação de um maior nível de à-vontade nestas atividades, particularmente as que se relacionam com a área da enfermagem de saúde reprodutiva é plausível, pois são consonantes com as áreas mais trabalhadas durante o ensino teórico e ensino clínico. Há a comprovação duma orientação que valoriza a dimensão biológica da sexualidade associada ao ciclo reprodutivo feminino. Neste sentido, a perspetiva da sexualidade que acompanha o processo formativo e se projeta na prática profissional legitima um modelo de sexualidade feminino circunscrito à dimensão procriativa distante do conceito de sexualidade assumido nesta investigação (Garton, 2009; Lozano, 2005; Louro, 2000; Weeks, 1998; WHO, 2006). Este modelo é não só percecionado pelos estudantes, mas também pelos professores, o que reforça a sua permanência ao longo da formação em enfermagem. Ainda que não na perspetiva da prática clínica, esta orientação tem sido

---

<sup>34</sup> Este domínio integra as competências: Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados (B1); Contribui para a promoção da saúde (B2); Utiliza o Processo de Enfermagem (B3); Estabelece comunicação e relações interpessoais eficazes (B4); Promove um ambiente seguro (B5); Promove cuidados de saúde interprofissionais (B6) e Delega e supervisiona tarefas (B7).

documentada na abordagem da sexualidade na formação em enfermagem (Ressel, et al., 2010).

O reconhecimento do cuidar no âmbito da sexualidade das pessoas de idade avançada sugere a valorização da vivência da sexualidade para além da etapa de vida adulta, relevando o seu carácter numa ótica de ciclo de vida. Esta vertente já encontrada na dimensão curricular reforça a tendência de desenvolvimento numa visão mais abrangente, constituindo-se num bom indicador face à abordagem da sexualidade na prática clínica. Ao nível do cuidar de pessoas de idade avançada os resultados dos estudos acedidos são contraditórios, pois há menos embaraço nos estudos de Chu e Wang (2012) e Crossan e Mathew (2013) e maior desconforto dos estudantes no estudo de Dattilo e Brewer (2005), pelo que esta evidência deve ser clarificada em futuras investigações.

A referência dos professores ao cuidar de pessoas após enfarte agudo do miocárdio é inesperada. Pois ao emergir ao nível das atitudes uma tendência para a não compreensão de como é que as doenças e os tratamentos podem afetar a sexualidade dos doentes seria expectável um menor nível de à-vontade percebido. Estes resultados são contraditórios aos relatados por Dattilo e Brewer (2005) pois embora reconhecendo a influência da situação de doença na vivência da sexualidade, os estudantes deste estudo não iniciaram uma conversa com a pessoa, considerando como prioritárias as intervenções de enfermagem relacionadas com a medicação e os tratamentos. Também estudos com enfermeiros na área da enfermagem cardíaca reportam barreiras à abordagem da sexualidade (Doherty, Byrne, Murphy, & McGee, 2011) e apontam estratégias de intervenção que possam melhorar o aconselhamento sexual (Steinke & Jaarsma, 2015). Por outro lado, a discussão da sexualidade é mais provável quando a situação de doença afeta diretamente a função sexual como seja no cancro da mama ou dos testículos (Shell, 2007). Neste sentido, a monitorização desta evidência é fundamental pois os efeitos dos processos de doença na vivência da sexualidade podem ser complexos, mas não podem impedir os enfermeiros de atender à sexualidade quando cuidam das pessoas, se não querem comprometer uma prestação de cuidados holísticos.

Ainda neste domínio salienta-se o menor à-vontade a cuidar de uma pessoa com VIH coincidente para estudantes e professores. Resultado que corrobora outras investigações onde se tem observado maior relutância para cuidar de pessoas com VIH (Dattilo & Brewer,

2005; Sehnem, Pedro, Budó, Silva, & Ressel, 2014). A visão heteronormativa encontrada suporta este menor à-vontade ao alicerçar-se em preconceitos construídos socialmente que são transpostos para a prática profissional, muitas vezes inconscientemente e que podem ter efeitos negativos sobre a vida das pessoas (Enson, 2015). Mostra-se fundamental que o futuro enfermeiro seja capaz de abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa de quem cuida como consignado no ponto 1 do artigo 78.º do Código Deontológico do Enfermeiro: “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Lei nº 111/2009). A este nível importa acrescentar que há uma diferença clara entre o modelo exposto e o modelo em uso. O modelo exposto é aqui entendido, não como a dimensão curricular que discute a(s) sexualidade(s) mas sim, com a abertura com que hoje a sociedade aborda a sexualidade em toda a sua diversidade, para que muito contribuiu o aparecimento do VIH (Altman, 1995, citado por Petchesky, 2008). Esta abertura que se observa na sociedade em geral, não se traduz nos processos formativos e consequentemente nas práticas profissionais, pelo que é necessário que se desenvolvam estratégias promotoras de atitudes mais positivas e tolerantes à diversidade e individualidade das pessoas.

As diferenças estatisticamente significativas encontradas no conjunto destas atividades reforçam um maior à-vontade para a prática clínica percecionado pelos estudantes comparativamente ao modo como os professores os sentem preparados. O que torna a situar a importância da integração e discussão da sexualidade na formação em enfermagem, pois este maior nível de à-vontade suporta-se em pressupostos ainda enformados de uma visão redutora da sexualidade.

#### *Domínio do desenvolvimento profissional*

Este domínio integra três competências<sup>35</sup> que apelam a um processo de desenvolvimento profissional numa lógica de aprendizagem ao longo da vida onde se espera que o enfermeiro adote uma atitude reflexiva sobre as suas práticas. Relevam-se os seguintes critérios de competência: “(92) - Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção e aperfeiçoamento das competências”; “(93) - Actua no sentido de ir ao encontro

---

<sup>35</sup> Este domínio integra as competências: Contribui para a valorização profissional (C1); Contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem (C2) e Desenvolve processos de formação contínua (C3).

das suas necessidades de formação contínua” e “(96) - Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde”. À semelhança dos outros dois domínios, também quanto ao desenvolvimento profissional os estudantes reconhecem em si um maior ao nível de à-vontade nas duas atividades consideradas: *a discutir aspetos da sexualidade na equipa de saúde e a utilizar a prática baseada na evidência* em relação aos professores, diferenças que são estatisticamente significativas. Quanto à primeira atividade este posicionamento favorável à discussão da sexualidade vem contrariar a barreira encontrada no âmbito da perceção do nível de à-vontade para abordar os assuntos sexuais comparativamente aos colegas com quem trabalham. Contudo a suposição colocada na discussão desta barreira pode justificar este à-vontade, dado que pode expressar uma abertura e vontade de ser capaz de o fazer na equipa de saúde. Esta posição parece partir duma dimensão individual projetada na dimensão profissional pelo que se torna fundamental perceber como ela se concretiza, ou seja como se articula o acreditar e o fazer (Magnan, Reynolds, & Galvin, 2005). Por outro lado, este reconhecimento reforça a importância da sexualidade ser discutida na equipa de saúde como qualquer outro assunto. Esta discussão permitirá aos enfermeiros enfrentarem os seus receios e partilharem estratégias facilitadoras da sua abordagem para que o critério de competência 96 aponte.

Igualmente, o à-vontade expresso quanto ao uso da prática baseada na evidência vem consubstanciar estes aspetos. Isto porque compromete o futuro enfermeiro a desenvolver uma prática a partir das melhores evidências (modelos expostos) e não cingindo-se aos modelos em uso, o que indicia uma vontade de rutura com as práticas que excluem a sexualidade. A utilização da prática baseada na evidência constitui-se na utilização consciente, explícita e criteriosa da melhor evidência disponível para tomar decisões sobre o cuidado a prestar a cada doente (Sackett, Strauss, Richardson, Rosenberg, & Haynes, 2000), contribuindo para a otimização dos resultados em saúde. Deste modo é fundamental que “os enfermeiros nas diferentes áreas de actuação, se esforcem pela promoção do espírito investigador e do pensamento crítico e pela adopção de uma filosofia de aprendizagem ao longo da vida” conforme a Ordem dos Enfermeiros (2006, p. 3) recomenda.

No sentido de aprofundar a compreensão da usabilidade do aprendido nos estudantes recorreu-se às variáveis que emergem da literatura com probabilidade de maior influência. São elas: os conhecimentos sobre sexualidade, as atitudes e crenças sobre a sexualidade na

enfermagem e o conforto em relação à prática clínica. Situa-se esta discussão somente a partir dos estudantes, pois serão eles que operacionalizarão as competências desenvolvidas.

Assim, tomando o índice global da perceção dos estudantes para a prática clínica no âmbito da sexualidade há uma associação entre todas as variáveis no grupo das estudantes mulheres, enquanto para os estudantes homens só o conforto se associa. Estes resultados confirmam a suposição de que um nível elevado de conforto é um bom indicador para a abordagem da sexualidade na prática para os estudantes de ambos os sexos. Contudo, a associação nos estudantes homens apenas do conforto e de todas as variáveis nas estudantes mulheres configura uma visão feminina da prática clínica da sexualidade. Estudos desenvolvidos com enfermeiros confirmam este achado, mas sobressai que não confiam nas suas habilidades para avaliar as questões sexuais (Saunamäki, Andersson, & Engström, 2010), o que também se encontrou neste estudo. De destacar que os estudantes homens ao dissociarem da sua preparação para a prática clínica os conhecimentos e as atitudes e crenças sobre a sexualidade na enfermagem, sugerem o desenvolvimento duma prática profissional menos suscetível de reequilíbrios. Entendendo-se estes, como a perspetiva evolutiva e de constante formação que as atitudes podem sofrer (Farinha, 2006; López & Fuertes, 1999). Há deste modo, um reforço da identidade social de quem cuida, que situa a prática clínica da sexualidade nas mulheres e que reflete uma visão dos papéis sexuais diferenciados e a sua extensão à prática do cuidar, já encontrada na literatura (Dias & Lima, 2003).

Os resultados das correlações entre os domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais e as variáveis referidas permitiu aceder às especificidades relativamente às atividades consideradas. Para os estudantes homens confirma-se a dissociação dos conhecimentos e das atitudes face à sexualidade com as atividades ilustrativas da prática profissional, o que corrobora a discussão efetuada. Contudo, a relação encontrada entre o conforto e a prática clínica sugere verificar-se apenas no cuidar de uma pessoa do sexo oposto, pois é a única correlação significativa observada. Crossan e Mathew (2013) encontraram resultados que se podem considerar em linha com o observado, dado que os estudantes masculinos consideraram adequado cuidarem de pessoas só do sexo masculino. E também houve referência, à necessidade de os enfermeiros do sexo masculino deverem ser cautelosos na prestação de cuidados íntimos às pessoas do sexo feminino. Logo, a necessidade de haver um



certo nível de conforto para cuidar de pessoas de sexo oposto parece compreensível. A presença de poucos homens na enfermagem pode ser um dos motivos para esta opinião.

Relativamente às estudantes mulheres emerge um perfil que confirma a prática clínica da sexualidade a partir das atividades elencadas claramente no domínio do feminino. O conforto surge associado a todas as atividades e releva a importância de se desenvolverem estratégias promotoras do seu desenvolvimento.

Nas estudantes mulheres observa-se que a relação entre os conhecimentos e as atividades é significativa para todas exceto para: *a cuidar de uma pessoa do sexo oposto, a cuidar de uma pessoa que mudou de sexo, a cuidar de uma mulher pós-mastectomia e a cuidar de uma pessoa com VIH*. O perfil de correlações mostra que os conhecimentos fundamentais para desenvolver a prática clínica e sustenta resultados anteriores que referem que o aumento dos conhecimentos associa-se a uma mudança de atitudes e a uma maior confiança (Chu & Wang, 2012; Sung & Lin, 2013). Reafirma-se a importância dos programas formativos e da aprendizagem ao longo da vida. A independência dos conhecimentos às atividades referenciadas supõe o nível de vontade relacionado a outros fatores como as atitudes, aspeto que merece ser clarificado.

As atitudes e crenças face à sexualidade na enfermagem associam-se a todas as atividades com exceção das: *a cuidar de uma pessoa após enfarte agudo do miocárdio e a cuidar de uma mulher pós-mastectomia*. Por um lado, reitera-se a importância das atitudes e no modo como são construídas na dimensão individual e na dimensão profissional. A não associação das atitudes a duas atividades claramente relacionadas a situações de doença confirma a dissociação entre a condição média e a sexualidade encontrada por Dattilo e Brewer (2005) nestas mesmas atividades.

*Em síntese:*

O conforto percebido em relação à prática clínica no âmbito da sexualidade é elevado para estudantes e professores. A evolução do nível de conforto foi mais significativa para os estudantes ao longo do processo formativo do que para os professores ao longo do exercício docente.

Ao nível global os estudantes sentem-se mais preparados para a prática clínica na temática sexualidade em relação ao modo como os professores os consideram, diferença que é

significativa. A avaliação do nível de à-vontade face a um conjunto de atividades organizadas pelos domínios do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais mostrou que em todos os domínios os estudantes sentem maior à-vontade face ao entendimento dos professores.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal as atividades com maior relevância foram coincidentes para estudantes e professores. Constata-se a influência da relação entre o sexo da pessoa que cuida e da que é cuidada e da identidade sexual da pessoa cuidada. Emerge uma visão heteronormativa da prática profissional que se associa a uma visão estereotipada do cuidar em função da identidade social de quem cuida no grupo dos estudantes. As mulheres estudantes revelam maior à-vontade em algumas atividades.

No domínio da prestação e gestão de cuidados estudantes e professores identificaram um maior à-vontade em atividades relativas à enfermagem de saúde reprodutiva que é consonante com o que emerge da dimensão curricular. Também as atividades ligadas ao cuidar de pessoas em idade avançada é referenciado. Foi inesperada a referência dos professores na identificação de um maior nível de à-vontade dos estudantes para cuidarem de pessoas após enfarte agudo do miocárdio. O cuidar de pessoa com VIH foi identificado com um menor à-vontade pelos estudantes e professores.

Relativamente ao desenvolvimento profissional há um posicionamento de à-vontade de estudantes e professores face à discussão da sexualidade na equipa de saúde e para utilizar a prática baseada na evidência.

### **3 – A USABILIDADE DO APRENDIDO – UMA VISÃO FEMININA DA SEXUALIDADE**

Neste capítulo explicita-se o processo de análise desenvolvido ao longo da investigação organizado em dois eixos principais; o qual proporcionou uma compreensão ampla do objeto de estudo. Considerada a questão de central, o objetivo geral e a finalidade do estudo, transmite-se um olhar coerente e global sobre a investigação.

Esta visão geral perspectiva-se desde uma dimensão individual relativa às atitudes e crenças sobre a sexualidade até à projeção do aprendido na prática clínica de enfermagem. Constitui-se como núcleo central o processo de ensino e aprendizagem da sexualidade. Neste sentido, a reflexão produzida assenta nas variáveis que se emergem da literatura como mais relevantes para a construção duma visão sobre a sexualidade na prática clínica de enfermagem. Tomando-se os resultados das correlações de Spearman e as orientações dominantes do processo de ensino e aprendizagem da sexualidade parecem existir ideias que se aproximam ou justapõem, pelo que diferentes resultados são mobilizados e integrados. Explicita-se a construção desta visão.

Da dimensão individual ressaltam as atitudes e crenças sobre a sexualidade na enfermagem construídas desde uma visão multidimensional das atitudes encontrada. No entanto, o conhecimento percecionado a partir da idade e experiência apenas influencia a construção destas atitudes para as estudantes mulheres. De facto, quer numa dimensão pessoal quer numa projeção à prática clínica, os conhecimentos e as atitudes observam-se situados desde uma visão feminina construída pelas estudantes mulheres. Os professores independentemente do sexo não associam quaisquer destas variáveis.

Do processo de ensino e aprendizagem da sexualidade emerge uma dimensão curricular da sexualidade orientada por uma linha behaviorista e assente numa visão biológica. São salientados os temas considerados seguros e enquadrados nas etapas da adolescência e adultícia e mais ligados à sexualidade feminina e à vertente procriativa. Há emergência dum currículo oculto pela referência a conteúdos de outras dimensões da sexualidade mas menos expressivos. No ensino teórico aprende-se sob um modelo transmissivo através de estratégias de abstração da realidade, de que se infere um método dedutivo da aprendizagem. A

avaliação segue a linha behaviorista. Ao nível do ensino clínico segue-se a lógica da abordagem da sexualidade associada à área da enfermagem de saúde reprodutiva.

Os fatores influenciadores do processo de ensino e aprendizagem da sexualidade são de ordem sociocultural para estudantes e professores e também escolares relativos ao estudante. Reforça-se a importância das atitudes e crenças sobre a sexualidade. Os fatores relacionados com a situação de aprendizagem enfatizam a influência da interação professor-estudante, da promoção do debate e da discussão e da dimensão do grupo turma. A sua relevância indica a necessidade de repensar o modelo transmissivo que se encontrou no ensino teórico, onde parece não caber uma aprendizagem centrada no estudante.

A variável conforto mostra-se fundamental nesta reflexão dado que se constrói na interface entre as atitudes e crenças sobre a sexualidade e a operacionalização do processo de ensino e aprendizagem. Atendendo ao sexo observa-se que nos estudantes apenas para as mulheres há associação entre as atitudes e o conforto. Quando associada à perspetiva da prática clínica há uma associação para os estudantes dos dois sexos, o que configura o conforto como uma variável de relevante importância. Contudo, questiona-se em que medida a orientação estratégica do currículo encontrada assente num paradigma behaviorista e num modelo transmissivo de aprendizagem contribui para a construção do conforto. Em ligação aos fatores identificados como mais influenciadores, esta discussão deverá ser continuada.

Da discussão da usabilidade do aprendido emerge que os estudantes perspetivam a inclusão da temática sexualidade na sua futura prática profissional, num nível de maior à-vontade face ao que se evidencia nos professores. A separação por domínios das competências contextualiza as atividades onde os estudantes se sentem mais à-vontade, depreendem-se algumas orientações dominantes. Salienta-se uma visão da prática profissional situada numa dimensão biológica da sexualidade associada ao ciclo reprodutivo feminino. Observa-se uma visão heteronormativa da prática que mostra a influência das crenças e valores individuais de quem cuida e de quem é cuidado, expressa no cuidar de pessoas com orientação homossexual ou que mudaram de sexo e com VIH. Esta visão contradiz a capacidade para cuidar da pessoa na sua totalidade e singularidade. Por outro lado, relacionada a esta visão heteronormativa surge a tónica do cuidar associada à identidade social de quem cuida. As mulheres estudantes mostram maior à-vontade a cuidar de pessoas com orientação homossexual ou que mudaram de sexo.

A lógica compreensiva do processo de ensino e de aprendizagem da sexualidade orientada para o sentido de utilidade das aprendizagens, assumida nesta investigação revelou-se adequada, permitindo a identificação de algumas especificidades das dimensões individual, curricular e profissional. Neste sentido, pode afirmar-se que se configura no processo de ensino e aprendizagem da sexualidade um modelo behaviorista/comportamentalista que veicula uma orientação essencialista da sexualidade. A operacionalização deste modelo é feita por professoras mulheres, numa lógica de reprodução de práticas tradicionais, da qual a sua dimensão individual parece distanciar-se. Por outro lado, nos estudantes o processo de ensino e aprendizagem para as mulheres situa-se no interface da influência dum conjunto de variáveis que se associam à perspetiva da prática clínica. Sobressai uma linha evolutiva neste processo de desenvolvimento que ilustra o modo atento e vigilante como as mulheres constroem a sua visão pessoal da sexualidade. Esta é a visão da sexualidade feminina ensinada e aprendida em relação aos referentes femininos que sustenta uma projeção do cuidar na prática profissional assente nos mesmos princípios. A visão masculina da sexualidade parece estar ausente, todavia tal não poderá ser afirmado, pois a sexualidade masculina é o referencial para a construção da sexualidade (Louro, 2000; Weeks, 1998).

Na figura 16 visualiza-se o esquema síntese intitulado “Do ensinar e do aprender – Uma visão feminina da sexualidade”.

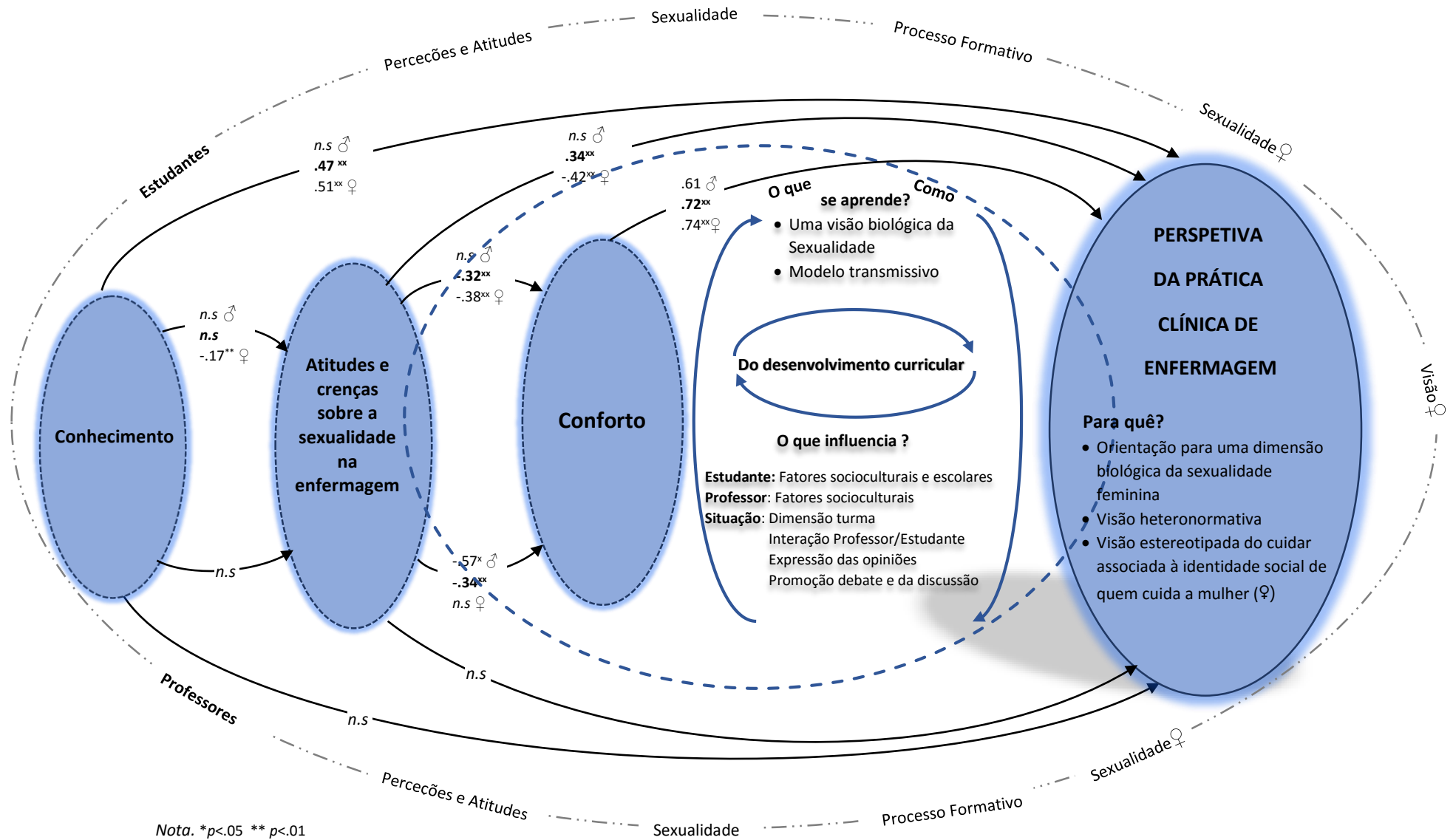


Figura 16. Do ensinar e do aprender à intenção de utilização: Uma visão feminina da sexualidade

### **PARTE III**

## **DAS CONCLUSÕES ÀS IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES**





## 1 – CONCLUSÕES

O percurso de investigação desenvolvido assente num paradigma pós-positivista com uma orientação pragmática permitiu aceder à complexidade do objeto de estudo a partir das dimensões consideradas relevantes para a sua compreensão. Assim, terminada a investigação impõe-se sistematizar as principais conclusões, por forma a dar resposta à questão central e às subquestões de investigação colocadas e cumprir os objetivos e a finalidade inicialmente propostos. Sistematizam-se deste modo as principais conclusões organizadas pelas questões de investigação formuladas.

A primeira questão dirigia-se às perceções e atitudes dos estudantes e professores sobre a sexualidade, observando-se diferenças entre estudantes e entre estudantes e professores.

Os conhecimentos percecionados a partir da idade e da experiência são na globalidade satisfatórios. Os estudantes do 1º ano apresentam um nível de conhecimentos inferiores aos estudantes do 4º ano e aos professores. Esta constatação sugere que para os estudantes do 4º ano há influência das experiências sexuais ocorridas na transição da adolescência para a vida adulta, em linha com o processo de maturação ocorrido, já que não se observou influência da idade. Os conhecimentos para os estudantes não variaram em função da participação em atividades sobre sexualidade o que faz crer que a construção da sexualidade faz-se à luz dos referenciais sociais e culturais vigentes e inscreve-se num quadro geral a que se acede.

As atitudes sexuais revelam uma estrutura multidimensional que encontra os principais referentes na identidade feminina que se suporta na responsabilidade face ao planeamento familiar e à educação sexual e no autocuidado individual com o corpo e com a saúde sexual e reprodutiva. Há um efeito do ano de curso. Os estudantes do 4º ano mostram tendência para atitudes mais positivas face a uma sexualidade mais responsável relacionada com o autocuidado individual e as práticas de sexo seguro. Emerge um perfil atitudinal em função do sexo que acentua a polaridade entre o masculino e o feminino e indicia para a presença do duplo padrão sexual. Os homens são mais permissivos e as mulheres mais conservadoras. Observa-se influência da religião. Os participantes *sem religião* e os *católicos não praticantes* têm atitudes mais permissivas e mais ligadas à vivência de uma sexualidade construída em

comunhão, expressa por uma intimidade física e psicológica e pela aceitação duma sexualidade pré-marital e da prática da masturbação. As atitudes sexuais em função da participação em atividades sobre sexualidade como formando são mais evidentes para os estudantes do 1º ano. Mostram atitudes menos utilitárias face à dimensão instrumental e mais positivas em relação à saúde sexual e reprodutiva. A relação com a idade mostra que quanto mais velho se é maior a responsabilidade relativamente ao planeamento familiar. A dimensão das atitudes sexuais comunhão construída é a única onde os conhecimentos se configuram como essenciais. Esta constatação pode indiciar para um novo entendimento dos comportamentos sexuais que rompe com julgamentos sociais enraizados. No global, as atitudes sexuais inscrevem-se numa orientação tradicionalista ou conservadora que situa a sexualidade na dimensão feminina e construída em relação à sexualidade masculina. Nos estudantes subentende-se um processo de construção das atitudes em evolução, pela visibilidade de alguns traços novos; nos professores há uma estabilidade nas atitudes. Estas constatações corroboram a importância de o processo formativo acompanhar o desenvolvimento pessoal e social do estudante.

A segunda questão relacionava-se com as atitudes dos estudantes e professores sobre a sexualidade na enfermagem.

No geral os estudantes e os professores mostram atitudes favoráveis à integração da sexualidade na prática clínica de enfermagem. Os estudantes do 1º ano revelam tendência para atitudes menos favoráveis, enquanto os estudantes do 4º ano alinham as suas atitudes com os professores. Contudo, são as estudantes mulheres do 4º ano que têm atitudes mais favoráveis. As diferenças entre estudantes sugerem a mudança de uma visão socialmente reconhecida sobre a sexualidade para uma profissionalmente exigida apenas no grupo das mulheres. Há um efeito da idade para o conjunto das amostras, quanto mais velhos os participantes mais favoráveis à integração da sexualidade nos cuidados de enfermagem, o que se confirma apenas no sexo feminino. A participação em atividades sobre sexualidade e um maior nível de conhecimentos percecionado indiciam menos barreiras à integração da sexualidade na prática clínica para os estudantes. Para os professores apenas é válido para a participação em atividades de âmbito sexual. Emerge que quanto mais conservadores são os estudantes do 1º e do 4º anos ao nível das atitudes sexuais gerais menos favoráveis se mostram face à integração da sexualidade na prática clínica de enfermagem. O que sugere a

influência dos valores pessoais na formação de uma visão profissional da sexualidade. Reforça-se a necessidade do processo formativo acompanhar o desenvolvimento pessoal e social dos estudantes. Deste modo, configuram-se atitudes mais favoráveis à abordagem da sexualidade na clínica, nas estudantes mulheres do 4º ano a que se associa um efeito da idade, pois quanto mais velhas são as estudantes mais favoráveis se mostram. Nos professores a independência das suas atitudes e crenças face à sexualidade na enfermagem das variáveis em apreço, deixa em aberto a possibilidade de reproduzirem práticas ainda impregnadas de crenças e mitos.

Quanto às barreiras concretas identificam-se: a crença associada à expectativa dos enfermeiros de que os doentes os questionem sobre as suas preocupações sexuais e a perceção do nível de à-vontade para abordar os assuntos sexuais comparativamente aos colegas enfermeiros com quem trabalham. Perfil que é igual para os estudantes do 1º e 4º anos e apenas se situa na primeira barreira para os professores. No entanto, a sua interpretação num quadro mais alargado sugere poder estar-se perante um processo de mudança na visão destas barreiras.

A terceira questão situou-se em caracterizar o que reconhecem os estudantes e os professores sobre a sexualidade no processo de ensino e aprendizagem.

A identificação da temática sexualidade no percurso formativo foi reconhecida por estudantes do 4º ano e professores. Estudantes associaram-na mais ao ensino teórico e transversalmente ao longo do curso, enquanto os professores situaram-na maioritariamente no ensino clínico e igualmente nos quatro anos de formação.

Para ambos, quer em ensino teórico quer em ensino clínico são as UC na área da enfermagem de saúde reprodutiva do 3º ano as mais referenciadas para a abordagem da sexualidade.

A especificidade do processo de ensino e aprendizagem da sexualidade avaliou-se a partir da situação de aprendizagem – nível micro do desenvolvimento curricular, quer no ensino teórico quer no ensino clínico.

De acordo com a estrutura proposta por Gaspar e Roldão (2007) denominada de dispositivo comum, relativamente ao ensino teórico identificou-se o seguinte:

Fase de conceção – objetivos numa linha behaviorista assente nos domínios *lembrar* e *entender* da dimensão do processo cognitivo da taxonomia de Bloom revista. Do currículo realizado sobressaem conteúdos enquadrados nas áreas da proteção e prevenção e do físico

e fisiológico para os estudantes, enquanto os professores relevam os conteúdos associados à sexualidade ao longo do ciclo de vida. A comparação com os currículos prescrito e moldado pelos professores revela a emergência dum currículo oculto. Os conteúdos destes currículos seguem a linha biológica da sexualidade, identificando-se uma área nova, as políticas de saúde sexual e reprodutiva. Em situação de interação, professor e estudantes trabalham outros conteúdos de forma mais abrangente.

Fase de implementação/operacionalização – a tipologia das sessões letivas é predominantemente teórica e teórico-prática, o que se confirma na comparação entre currículos. As estratégias de ensino aprendizagem mais relevantes são a exposição do professor e o visionamento de diapositivos que se enquadram na abstração da realidade. Comparativamente aos currículos prescrito e moldado pelo professor estas são também as estratégias mais identificadas, contudo existem outras que não emergem do currículo realizado, o que faz supor uma adequação das estratégias na situação real de aprendizagem. Fase de avaliação – os instrumentos de avaliação utilizados são o teste escrito e os trabalhos de grupo para estudantes e professores e sobreponíveis nos níveis de currículo em análise.

O ensino teórico configura um modelo de aprendizagem comportamentalista assente num modelo transmissivo que sugere uma comunicação unilateral do professor para o estudante e veicula uma orientação biológica da sexualidade tendencialmente ligada ao feminino e à reprodução. É esta estrutura que os estudantes percecionam quando identificam um processo de ensino e aprendizagem na vertente médico-preventiva. Em oposição, os professores identificam um modelo biográfico. Há uma dissonância entre o que o professor julga ensinar e o que os estudantes referem que aprendem.

No que se refere ao ensino clínico salientam-se os seguintes aspetos:

Os estudantes identificaram a abordagem da sexualidade em atividades relacionadas com a área da enfermagem de saúde reprodutiva e em situação de interação com a pessoa. Esta referência à interação do estudante com a pessoa confirma que há uma vontade de romper com o mito de que as pessoas não querem falar sobre sexualidade. Por seu lado, os professores mencionam atividades numa linha semelhante aos estudantes, donde se releva a dimensão da comunicação seja com a pessoa ou com o estudante. Emerge uma abordagem da sexualidade sustentada numa inter-relação de AV.

As atividades são alocadas ao contexto comunitário pelos estudantes e ao hospital pelos professores. Diversos fatores podem estar associados a esta diferença de perceção: o modo como a privacidade é sentida pelo estudante nos dois contextos ou a predominância de procedimentos técnicos em meio hospitalar que podem ser utilizados como estratégia para neutralizar a sexualidade, entre outros. Quer estudantes quer professores identificam sentimentos positivos associados à realização de atividades de âmbito sexual no contexto do ensino clínico, particularmente ao nível da responsabilidade. O enfermeiro foi identificado pelos estudantes como a pessoa que mais os ajudou a lidar com as questões sexuais. Este facto mostra-se coerente com a identificação do contexto onde as situações mais ocorreram, a comunidade, pois os estudantes estão sob orientação direta do enfermeiro.

No ensino clínico a orientação dominante para o cuidar segue a visão biológica da sexualidade encontrada no ensino teórico alicerçada na responsabilidade a nível pessoal.

Salientam-se como mais influentes no processo de ensino e aprendizagem da sexualidade os seguintes fatores. Estudantes e professores evidenciaram a motivação para a aprendizagem, a maturidade e as atitudes e crenças sobre a sexualidade como os fatores relativos aos estudantes com maior influência. Configura-se a importância de o estudante e professor refletirem sobre o percurso individual e escolar do estudante. Esta constatação é reafirmada pelos professores em face das diferenças estatisticamente encontradas. Sobre os fatores relacionados com os professores emerge para os estudantes as competências comunicacionais do professor, enquanto os professores salientam a sua visão crítica e construtiva sobre a sexualidade. Estas diferenças sugerem a vontade do estudante para que o professor comunique eficazmente e o reconhecimento da dimensão individual do professor, que é relevada pelos professores em função da amostra. Dos fatores relativos à situação de interação surgem a interação professor-estudante e a promoção do debate e da discussão para os estudantes e professores. Os estudantes referem-se ainda à interação entre eles. Estes fatores parecem apontar para a necessidade de repensar o papel do professor e do estudante e dar um caráter novo à abordagem da sexualidade. Esta perspetiva é consubstanciada quando os professores identificam também, em função da amostra, a oportunidade que o estudante tem em exprimir as suas opiniões e a dimensão da turma. Pode residir no tamanho do grupo uma das razões para não se utilizarem estratégias ativas e participativas. A análise dos fatores revela-se fundamental, pois além de permitir a identificação dos mais influentes,

revela áreas de melhoria nas características em que se opera o processo de ensino e aprendizagem.

Ainda que se desenvolva um processo de ensino e aprendizagem num modelo tradicionalista que transmite uma orientação essencialista da sexualidade ligada ao feminino e à reprodução, estudantes e professores reconhecem a importância do ensino da sexualidade, que é mais elevada no grupo das professoras mulheres. São também as professoras mulheres que identificam em si um maior nível de preparação para a abordagem da sexualidade na formação em enfermagem. Globalmente, os professores sentem-se confortáveis na temática sexualidade no contexto do exercício docente.

Por último, questionou-se como perspetivam estudantes e professores a integração do aprendido sobre a sexualidade na prática clínica.

Os estudantes sentem-se mais preparados para integrarem a sexualidade na prática clínica comparativamente ao modo como os professores os consideram. A esta perceção de preparação por parte dos estudantes associa-se um nível de conforto elevado que evoluiu ao longo do curso e que se constitui como um bom indicador relativamente à abordagem da sexualidade na prestação de cuidados.

A expectativa sobre a integração ou usabilidade do aprendido sobre a sexualidade foi avaliada por atividades enquadradas nos três domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal emerge uma visão heteronormativa da prática profissional. Esta visão sugere a influência das crenças e valores individuais do cuidador e de quem é cuidado expressa por um menor à-vontade a cuidar de pessoas com orientação homossexual ou que mudaram de sexo, mais relevante para os estudantes. A orientação biológica da sexualidade abordada na formação pode contribuir para esta assunção. São as mulheres estudantes que mostram mais à-vontade para cuidar de pessoas com orientação homossexual ou que mudaram de sexo e de pessoas do mesmo sexo. Esta constatação sugere uma visão estereotipada do cuidar associada à identidade social de quem cuida no grupo dos estudantes e configura uma tendência para a homofobia nos estudantes masculinos.

Relativamente ao domínio da prestação e gestão de cuidados há a identificação por parte dos estudantes de um conjunto de atividades relacionadas com a área da enfermagem de saúde

reprodutiva. Comprova-se a valorização da dimensão biológica da sexualidade associada ao ciclo reprodutivo feminino. O que em parte é percecionado também pelos professores. São também relevantes as atividades relacionadas com a sexualidade em pessoas com idade avançada para estudantes e professores. Como imprevisível surge a referência dos professores à preparação dos estudantes para cuidarem de pessoas após enfarte agudo do miocárdio, o que deixa a necessidade de monitorizar como é que os estudantes se sentem a cuidar de pessoas com uma situação de doença. O menor à-vontade para cuidar de pessoas com VIH referenciado por estudantes e professores mostra a transposição da visão heteronormativa encontrada. Há claramente uma dissociação entre o modelo exposto, entendido como a maior abertura com que a sociedade aborda as sexualidades e o modelo em uso, neste caso, avaliado pela intenção do uso.

Quanto ao domínio do desenvolvimento profissional os estudantes sentem-se mais à-vontade comparativamente ao modo como os professores os avaliam. A este nível reforça-se a importância da sexualidade ser discutida na equipa de saúde, permitindo aos enfermeiros enfrentarem os seus receios e partilharem estratégias facilitadoras da sua abordagem. Esboça-se um compromisso em utilizar a prática baseada na evidência.

A compreensão da usabilidade do aprendido na perspetiva dos estudantes mostra inequivocamente uma visão feminina da sexualidade na prática clínica exercida por mulheres, de que os homens parecem distanciar-se.

## **2 – IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES**

Findo o percurso de investigação emergem implicações e sugestões que permitirão a diferentes níveis contribuir para uma formação em enfermagem comprometida com a sexualidade como conteúdo curricular e com a usabilidade efetiva do aprendido. São também apontadas sugestões para investigações futuras.

Na formação em enfermagem as implicações situam-se em dois níveis do desenvolvimento curricular – o meso e o micro. No nível meso, considerando a autonomia científica, pedagógica e administrativa de cada escola é necessário que se reflita sobre o currículo prescrito. Esta reflexão contempla as diferentes dimensões curriculares, tornando o currículo mais abrangente e comprometido com a sua orientação final que o legitima – o desenvolvimento de competências para cuidar a pessoa na sua dimensão sexual atendendo à sua singularidade e totalidade.

Ao nível micro, a fase do currículo em ação é imperioso que se operem alterações no paradigma formativo, aproximando-o a um dos pressupostos do processo de Bolonha – a centralidade do estudante no processo formativo. Os resultados deste estudo apontam claramente a necessidade de se repensar a interação professor-estudante, atribuindo ao estudante um papel ativo e ao professor um papel de mediador entre o saber e o estudante. A sexualidade entendida como uma construção social exige que cada um possa construir a sua visão profissional pela problematização, pela discussão e pela oportunidade de partilhar opiniões que um modelo tradicionalista assente numa comunicação unilateral do professor para o estudante não promove. Ou seja, é essencial dar outro sentido à interação didática concretizada no currículo em ação. As práticas curriculares devem assentar em modelos com uma orientação construtivista que rompa com o modelo behaviorista e de orientação essencialista da sexualidade. Ao nível concetual objetivos e conteúdos precisam de ir mais além dos temas considerados seguros e aproximar-se duma visão da sexualidade congruente com a sua contemporaneidade individual, social, cultural e política. As estratégias devem centrar-se em pedagogias ativas que invertam a orientação do ensino e da aprendizagem observada, privilegiando métodos que favoreçam a construção ativa de um saber pelo estudante. As formas de avaliação têm de ser repensadas, é fundamental que se valorize o



percurso de aprendizagem e não tanto o resultado final, pois uma avaliação de processo funciona também como modo de reorientação. Atendendo às características que rodeiam a situação de interação didática é primordial que a individualidade de estudantes e professores, caso das suas crenças e atitudes sobre a sexualidade seja equacionada e considerada como influenciadora do processo de ensino e aprendizagem. A identificação da dimensão do grupo turma mostra a importância de que esta reflexão ultrapasse o nível micro e se faça também ao nível meso.

Serão estas alterações das condições e práticas curriculares que poderão dar um novo sentido ao ensinar e ao aprender a sexualidade na formação em enfermagem. As escolas têm de passar duma intenção a um compromisso efetivo sobre o ensino da sexualidade, mas a sociedade tem de se constituir como “instrumento” de monitorização, exigindo quando não acontece e questionando o que acontece.

Na prática clínica as implicações apontam uma necessidade de se discutir o sentido dado à usabilidade do aprendido, não apenas na sua orientação concetual, mas também na sua operacionalização. Os enfermeiros precisam de ser capazes de integrar os modelos expostos nos modelos em uso e não escudarem-se em estratégias de coping no seio da equipa ou com as pessoas para não cuidar no âmbito da sexualidade. A consciencialização de que as crenças e os mitos que rodeiam a sexualidade são transpostos à prática profissional é necessária, para se poder cuidar a pessoa de forma holística e singular. Têm também de se comprometer com uma formação ao longo da vida, pois as atitudes como influenciadoras da prática clínica têm de ser vistas como mutáveis e construídas ao longo do processo de vida, seja na dimensão individual ou profissional. A atualização contínua na perspetiva de desenvolvimento profissional é fundamental para os cuidados de enfermagem responderem às necessidades de cada pessoa.

Na investigação identificam-se várias possibilidades que decorrem em parte, de limitações inerentes ao desenvolvimento deste estudo. Este estudo permitiu o acesso ao objeto de estudo numa vertente de orientação QUAN→qual, contudo considerando a especificidade das abordagens no estudo da sexualidade, poderá ser continuado numa linha indutiva enquadrando o recurso a técnicas como entrevistas em profundidade e/ou observação participante da situação de interação didática seja no ensino teórico seja no ensino clínico. A investigação sob um paradigma qualitativo permitirá aceder à realidade do processo de ensino

e aprendizagem na sua contextualidade social e curricular e compreender áreas que emergiram da discussão.

Em concordância com a necessidade de reflexão ao nível meso, a investigação curricular deve centrar-se também nos órgãos de gestão científica e pedagógica das escolas. Quase uma década depois da implementação do processo de Bolonha é preciso avaliar como os planos de estudo têm acompanhado esta evolução ao nível da sua construção e implementação. Na particularidade de conteúdos curriculares específicos como a sexualidade esta avaliação é fundamental.

Em termos de participantes a investigação poderá ser continuada com estudantes, professores e enfermeiros. Estes estudos poderão ajudar a compreender aspetos que emergiram desta investigação e que são essenciais para orientar quer o processo formativo quer a prática clínica. São exemplos:

- Estudos sobre a dissonância entre o ensinar (professor) e o aprender (estudante);
- Estudos sobre os fundamentos das práticas docentes desenvolvidas (professores);
- Estudos sobre a clarificação de barreiras à abordagem da sexualidade no seio da equipa de enfermagem (enfermeiros);
- Estudos que clarifiquem o que conduz/motiva o enfermeiro ou o professor a realizar formação sobre sexualidade no contexto da atividade profissional.

Também estudos com as pessoas em diferentes etapas de vida e diferentes situações de saúde /doença serão necessários para a compreensão das suas necessidades na vivência da sexualidade.

Para além de se alargar a investigação a outros participantes, importa também que se tenha em conta a dificuldade de acessibilidade aos mesmos, dada a natureza sensível da temática sexualidade. O que nesta investigação se reconhece como limitação no grupo dos professores especificamente, a sua identificação e a baixa adesão na resposta ao questionário, o que levou à necessidade de reformular os procedimentos de recolha de dados.

A possibilidade de olhar o objeto de estudo pelo desenvolvimento de um estudo longitudinal mostra-se fundamental, pois acompanhar os estudantes ao longo do processo de ensino e aprendizagem ajudará a compreender este processo na sua globalidade. Neste sentido, pode considerar-se como uma limitação desta investigação o seu carácter transversal.

Na disciplina e no decurso das implicações e sugestões apresentadas é necessária uma reflexão sobre a não emergência duma dimensão disciplinar específica que mostre a relevância de um conceito amplo de sexualidade. Como linhas orientadoras identificam-se: a reflexão sobre os elementos simbólicos que permanecem na construção de um processo de ensino redutor da sexualidade – visão essencialista. A que se acrescenta a reflexão sobre a identidade social de quem cuida, pois a enfermagem na sua dimensão profissional continua a estar ligada ao estereótipo feminino.

Será na convergência destas implicações e sugestões que se perspetiva a possibilidade de um novo paradigma na abordagem da sexualidade quer no processo de ensino e aprendizagem quer na prática clínica, no qual se acredita.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, J. (2008). *O conhecimento e a atitude face à saúde sexual e reprodutiva. Um estudo correlacional em estudantes universitários*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências - Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Aires, L. (2011). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Akinci, A. (2011). The comfort levels of nurses during clinical experiences which include sexual topics. *Sexuality and Disability, 29*, pp. 239-250.
- Akinci, A., Yildiz, H., & Zengin, N. (2011). The level of comfort among nursing students during sexual counseling to patients who have chronic medical conditions. *Sexuality and Disability, 29(1)*, pp. 11-20.
- Alencar, R., Ciosak, S., & Bueno, S. (2010). Formação do académico enfermeiro: Necessidade da inserção curricular da disciplina de sexualidade humana. *Online Brazilian Journal of Nursing, 9 (2)*.
- Alferes, V. R. (1997). *Encenações e comportamentos sexuais: Para uma psicologia da sexualidade*. Porto: Edições Afrontamento.
- Alferes, V. R. (1999). Escala de atitudes sexuais (E. A. S.). In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Edits.), *Testes e provas psicológicas em Portugal (Vol. II, pp. 131-148)*. Braga: SHO/APPORT.
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação (5ª ed.)*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Almeida, M. (2012). O ensino na universidade e os fundamentos pedagógicos da prática docente. *Libro de actas del VII CIDUI - La universidad: Una institución de la sociedad*. Barcelona: Associación Catalana d'Universitats Públiques.
- Alves, M., & Azevedo, N. (2010). Introdução: (Re)pensando a investigação em educação. Em M. Alves, & N. Azevedo, *Investigar em educação. Desafios da construção de conhecimento e da formação de investigadores num campo multireferenciado* (pp. 1-30). Óbidos: Edição de autor.
- Amâncio, L. (1998). *Masculino e feminino: A construção social da diferença (2ª ed.)*. Porto: Edições Afrontamento.
- Amendoeira, J. (1999). *Do meu doente aos doentes do serviço: Aprender o cuidado de enfermagem na interdisciplinaridade*. Dissertação apresentada a concurso para professor coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Santarém, Santarém, Portugal.
- Amendoeira, J. (2006). *Uma biografia partilhada da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Andrês, A. (2003). *Práticas pedagógicas no ensino superior: Um estudo exploratório através do conceito de dispositivos de diferenciação pedagógica*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Annon, J. (1976). The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for teh behavioural treatment of sexual problems. *Journal os Sex Education Therapy, 2(1)*, pp. 1-15.

- Antunes, M. T. (2007). *Atitudes e comportamentos sexuais de estudantes do ensino superior*. Coimbra: Formasau.
- Astbury-Ward, E. (2011). A questionnaire survey of the provision of training in human sexuality in schools of nursing in the UK. *Sexual and Relationship Therapy, 26*(3), pp. 254-270.
- Ayhan, H., Iyigun, E., Tastan, S., & Coskun, H. (2010). Turkish version of the reliability and validity study of the Sexual Attitudes and Belief Survey. *Sexuality and Disability, 28*(4), pp. 287-296.
- Bal, M., & Sahiner, N. (2015). Turkish nursing students' attitudes beliefs regarding sexual health. *Sexuality and Disability, 33*(2), pp. 223-231.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Bell, J. (1997). *Como realizar um projeto de investigação: Um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação*. Lisboa: Gradiva.
- Berger, G. (2009). A investigação em educação: Modelos socioepistemológicos e inserção institucional. *Educação, Sociedade & Cultura, 28*, pp. 175-192.
- Berlezi, J., & Van der Sand, I. (2008). Concepção de professores e estudantes de enfermagem acerca da sexualidade: Um estudo qualitativo. *Revista Contexto & Saúde, 8*(15), pp. 45-53.
- Bevis, E., & Watson, J. (2005). *Rumo a um curriculum de cuidar: Uma nova pedagogia para a enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Bireaud, A. (1995). *Os métodos pedagógicos no ensino superior*. Porto: Porto Editora.
- Borrione, R., & Chaves, A. (2004). Análise documental e contexto de desenvolvimento: estatutos de uma instituição de proteção à infância de Salvador. *Revista de Estudos de Psicologia, 21* (2), pp. 17-27.
- Bozon, M. (2004). *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Brás, M. (2008). *A sexualidade do adolescente: a perspetiva do profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, Portugal.
- Brelsford, G., Luquis, R., & Murray-Swank, N. (2011). College students' permissive sexual attitudes: Links to religiousness and spirituality. *The International Journal for the Psychology of Religion, 21*, pp. 127-136.
- Brêtas, J., Ohara, C., & Querino, I. (2008). Orientação sobre sexualidade para estudantes de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem, 21*(4), pp. 568-574.
- Cabrera, A., Ramos, G., Palú, M., & Cáceres, B. (2013). Educational strategy on sexual and reproductive health promotion aimed at adolescents and university young people. *Revista Cubana de Salud Pública, 39*(1), pp. 161-174.
- Calado, S., & Ferreira, S. (2005). Análise de documentos: método de recolha e análise de dados. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências - Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Campo-Arias, A., Herazo, E., & Cogollo, Z. (2010). Homofobia en estudiantes de enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem USP, 44*(3), pp. 839-843.

- Carmo, H., & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da investigação: Guia para a auto-aprendizagem* (2ª ed.). Lisboa: Universidade Aberta.
- Carrillo-González, G., Sánchez-Herrera, B., & Chaparro-Díaz, L. (2013). Chronic disease and sexuality. *Investigacion y Educación en Enfermería*, 31(2), pp. 295-304.
- Carvalho, C. S. (2008). *Guia de educação da sexualidade*. Lisboa: Fundação Secretariado Nacional de Educação Cristã.
- Carvalho, M. (2007). *Vinculação, temperamento e processamento da Informação: Implicações nas perturbações emocionais e comportamentais no início da adolescência*. Tese de Doutoramento, Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Cellard, A. (2010). A análise documental. In J. Poupart, J. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. Pires, *A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos* (pp. 295-316). Petrópolis: Editora Vozes.
- Chang, M. Y. (2014). Nursing students's perceptions of barriers on sexuality: Sexuality Attitudes and Beliefs Survey. *Journal of Digital Convergence*, 12(6), pp. 355-363.
- Chapman, R., Watkins, R., Zappia, T., Nicol, P., & Shields, L. (2011). Nursing and medical students' attitude, knowledge and beliefs regarding lesbian, gay, bisexual and transgender parents seeking health care for their children. *Journal of Clinical Nursing*, 21, pp. 938-945.
- Chu, C., & Wang, J. (2012). Nursing students' knowledge of and attitudes toward sexuality in the elderly. *Journal of Nursing and Healthcare Research*, 8(4), pp. 306-315.
- Costa, L., & Coelho, E. (2011). Enfermagem e sexualidade: Revisão integrativa de artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem e na Revista Brasileira de Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), pp. 631-639.
- Costa, L., & Coelho, E. (2013). Sexualidade e a interseção com o cuidado na prática profissional de enfermeiras. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(4), pp. 493-500.
- Crawford, M., & Unger, R. (2004). *Women and gender: A feminist psychology* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa. Métodos qualitativo, quantitativo e misto* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Crossan, M., & Mathew, T. (2013). Exploring sensitive boundaries in nursing education: Attitudes of undergraduate student nurses providing intimate care to patients. *Nurse Education in Practice*, 13(4), pp. 317-322.
- Dancey, P. C., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia usando SPSS para windows* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Dattilo, J., & Brewer, M. (2005). Assessing clients' sexual health as a component of holistic nursing practice. *Journal of Holistic Nursing*, 23(2), pp. 208-219.
- Davidson, J., Moore, N., & Ullstrup, K. (2004). Religiosity and sexual responsibility: Relationships of choice. *American Journal of Health Behavior*, 28(4), pp. 335-346.
- De Santis, J., & Vasquez, E. (2010). An appraisal of the factors influencing human sexuality research in nursing. *Nursing Forum*, 45(3), pp. 174-184.

- Decreto lei nº 42/05, de 22 de fevereiro. Diário da República nº 37/05 - I Série-A. Ministério da Ciência, Inovação e Ensino Superior. Lisboa.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (2011). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. In N. Denzin, & Y. Lincoln, *The Sage handbook of qualitative research* (4th ed., pp. 1-20). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Di Mauro, D. (1997). Sexuality research in the United States. In J. Bancroft, *Researching sexual behavior: Methodological issues* (pp. 3-8). Bloomington: Indiana University Press.
- Dias, H., & Lima, L. (2003). Do ser mulher...Ao ser enfermeira: Cuidar na perspetiva do género. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 8(2), pp. 205-231.
- Dias, H., & Sim-Sim, M. (2015a). Representações sobre sexualidade dos estudantes do 1.º ano do curso de enfermagem: Um estudo exploratório. *Revista da UIIPS (no prelo)*.
- Dias, H., & Sim-Sim, M. (2015b). Validação para a população portuguesa do Sexuality Attitudes and Beliefs Survey (SABS). *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(3), pp. 196-201.
- Dias, H., Cruz, O., Santiago, C., Carreira, T., & Amendoeira, J. (2014). As atitudes dos enfermeiros na abordagem da sexualidade. *Revista da UIIPS*, 2(5), pp. 7-20.
- Diniz, A., Duarte, R., Caldeira, C., Bettencourt, J., Gomes, M., Oliveira, O., & Melo, T. (2014). *Portugal. Infecção VIH, SIDA e tuberculose em números - 2014*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Doherty, S., Byrne, M., Murphy, A., & McGee, H. (2011). Cardiac rehabilitation staff views about discussing sexual issues with coronary heart disease patients: A national survey in Ireland. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, pp. 101-107.
- Enson, S. (2015). Causes and consequences of heteronormativity in healthcare and education. *British Journal of School Nursing*, 10(2), pp. 73-78.
- Evans, D. T. (2013). Promoting sexual health and wellbeing: The role of the nurse. *Nursing Standard*, 28(10), pp. 53-57.
- Farinha, J. (2006). *Psicologia Social II. Atitudes*. Acedido em 09 de Junho de 2015, de [http://w3.ualg.pt/~jfarinha/activ\\_docente/psi.../PS2\\_2\\_atitudes\\_0506.pdf](http://w3.ualg.pt/~jfarinha/activ_docente/psi.../PS2_2_atitudes_0506.pdf)
- Fernandes, C. (2012). *Vinculação, amor e atitudes sexuais em adultos: Suas inter-relações*. Dissertação de Mestrado, ISPA - Instituto Universitário, Lisboa.
- Ferraz, A., & Belhot, R. (2010). Taxonomia de Bloom: Revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. *Gest Prod*, 17 (2), pp. 421-431.
- Ferreira, S., Gozzo, T., Panobianco, M., Santos, M., & Almeida, A. (2015). Barreiras na inclusão da sexualidade no cuidado de enfermagem de mulheres com câncer ginecológico e mamário: Perspectiva das profissionais. *REvista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1), pp. 82-89.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (4th ed.) London: Sage.
- Fortin, M., Grenier, R., & Nadeau, M. (2003). Métodos de colheita de dados. Em M. Fortin, *O processo de investigação: Da concepção à realidade*. Loures: Lusodidacta.
- Frade, A., Marques, A., Alverca, C., & Vilar, D. (2010). *Educação sexual na escola: Guia para professores, formadores e educadores* (7ª ed.). Lisboa: Texto Editores.



- Garton, S. (2009). *História da sexualidade. Da antiguidade à revolução sexual*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Gaspar, M., & Roldão, M. (2007). *Elementos do desenvolvimento curricular*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Giglione, R., & Matalon, B. (2001). *O inquérito: Teoria e Prática* (4ª ed.). Oeiras: Celta Editora.
- Gil, A. (2007). *Como elaborar projetos de pesquisa* (5ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Gimeno Sacristán, J. (2000). *O currículo: Uma reflexão sobre a prática* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Gimeno Sacristán, J., & Pérez Gómez, A. (1998). *Compreender e transformar o ensino* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Gomes, A., & Nunes, C. (2008). Sexualidade e metodologia: Uma análise retrospectiva para uma recolha de dados eficiente. *Psico*, 39(2), pp. 246-254.
- Gonçalves, T. (2010). Introdução - (Re)Pensando a investigação em educação. Em M. Alves, & N. Azevedo, *Investigar em educação. Desafios da construção de conhecimento e da formação de investigadores num campo multi-referenciado*. Óbidos: Ed. de autor.
- Greenberg, J., Bruess, C., & Conklin, S. (2011). *Exploring the dimensions of human sexuality*. Jones and Bartlett Publishers, LLC.
- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: Sentidos e formas de uso*. Estoril: Príncípa.
- Guthrie, C. (1999). Nurses' perceptions of sexuality relating to patient care. *Journal of Clinical Nursing*, 8, pp. 313-321.
- Haboubi, N., & Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and Rehabilitation*, 25(6), pp. 291-296.
- Hendrick, C., Hendrick, S., & Reich, D. (2006). The brief sexual attitudes scale. *Journal of Sex Research*, 43(1), pp. 76-86.
- Higgins, A., Barker, P., & Begley, C. (2006). Sexuality: The challenge to espoused holistic care. *International Journal Of Nursing Practice*, 12, pp. 345-351.
- Hill, A., & Hill, M. (2008). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Houghton, C., Hunter, A., & Meskeil, P. (2012). Linking aims, paradigm and method in nursing research. *Nurse Research*, 20(2), pp. 34-39.
- Huang, C., Tsai, L., Tseng, T., Li, C., & Lee, S. (2013). Nursing students' attitudes towards provision of sexual health care in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 22(23-24), pp. 3577-3586.
- Iglesias, M., & Gómez, A. (2004). Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. *ACIMED*, 12 (2), pp. 1-5. Acedido em 20 de março de 2015, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1024-94352004000200011&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1024-94352004000200011&script=sci_arttext)
- Julien, J., Thom, B., & Kline, N. (2010). Identification of barriers to sexual health assesement in oncology nursing practice. *Oncology Nursing Forum*, 37(3), pp. 186-190.

- Kaplan, M., & Pacelli, R. (2011). The sexuality discussion: Tools for the oncology nurse. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 15*(1), pp. 15-17.
- Katz, A. (2003). Sexuality after hysterectomy: A review of the literature and discussion of nurses' role. *Journal of Advanced Nursing, 42*(3), pp. 297-303.
- Kim, H., Jung, Y., & Park, S. (2012). Evaluation and application of the Korean version of the Sexuality Attitudes and Beliefs Survey for nurses. *Journal of Korean Academy Nursing, 42*(6), pp. 889-897.
- Kong, S., Wu, L., & Loke, A. (2009). Nursing students' knowledge, attitude and readiness to work for clients with sexual health concerns. *Journal of Clinical Nursing, 18*(16), pp. 2372-2382.
- Landry, R. (2003). A análise de conteúdo. Em B. Gauthier (Ed.), *Investigação social: Da problemática à colheita de dados* (N. Salgueiro, & R. Salgueiro, Trads., pp. 345-372). Loures: Lusociência.
- Le Gall, A., Mullet, E., & Shafighi, S. (2002). Age, religious beliefs, and sexual attitudes. *The Journal of Sex Research, 39*(3), pp. 207-216.
- Lefkowitz, E., Gillen, M., Shearer, C., & Boone, T. (2004). Religiosity, sexual behaviors, and sexual attitudes during emerging adulthood. *The Journal of Sex Research, 41*(2), pp. 150-159.
- Lei nº 111/2009, de 16 de setembro. Diário da República nº 180/09 - I Série. Assembleia da República. Lisboa.
- Lei nº 90/2009, de 31 de agosto. Diário da República nº 151/09 - I Série. Ministério da Educação. Lisboa.
- Lima, J. (2006). Ética na Investigação. In J. Lima, & J. Pacheco, *Fazer investigação: Contributos para a elaboração de dissertações e teses* (pp. 127-159). Porto: Porto Editora.
- Lima, R., & Brêtas, J. (2006). Estudo comparativo entre séries de graduação em enfermagem: representações dos cuidados ao corpo do cliente. *Acta Paulista de Enfermagem, 19*(4), pp. 379-386.
- Lincoln, Y. S., Lynham, S. A., & Guba, E. G. (2011). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln, *The Sage handbook of qualitative research* (4th ed., pp. 97-128). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- López, F., & Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Loureiro, A., & Lima, M. (2009). Escala de atitudes altruístas: Estudo de validação e fiabilidade. *Laboratório de Psicologia, 7*(1), pp. 73-83.
- Louro, G. (2008). Gênero e sexualidade: Pedagogias contemporâneas. *Pro-Posições, 19*(2), pp. 17-23.
- Louro, G. L. (2000). *Currículo, género e sexualidade*. Porto: Porto Editora.
- Lozano, C. P. (2005). El esquema cultural de género y sexualidad en la vida cotidiana. Una reflexión teórica. *Culturales, 1*(2), pp. 30-62.
- Magnan, M., & Norris, D. (2008). Nursing students' perceptions of barriers to addressing patient sexuality concerns. *Journal of Nursing Education, 47*(6), pp. 260-268.
- Magnan, M., & Reynolds, K. (2006). Barriers to addressing patient sexuality concerns across five areas of specialization. *Clinical Nurse Specialist, 20*(6), pp. 285-292.

- Magnan, M., Reynolds, K., & Galvin, E. (2005). Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. *MEDSURG Nursing*, 14(5), pp. 282-289.
- Malglaive, G. (1995). *Ensinar adultos*. Porto: Porto Editora.
- Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics*. Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), pp. 65-90.
- Marques, A. M., & Prazeres, V. (2000). *Educação sexual em meio escolar: Linhas orientadoras*. Lisboa: Ministério da Educação e Ministério da Saúde.
- Matos, M., Reis, M., Ramiro, L., & Equipa Aventura Social. (2012). *A saúde sexual e reprodutiva dos estudantes universitários: Relatório do estudo - Dados nacionais 2010*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL e FMH/Universidade Técnica de Lisboa.
- Mendoza, A. L. (2009). Sexualidades, género y derechos en instituciones de educación superior. X *Congreso Nacional de Investigación Educativa*, (pp. 1-11). Vera Cruz.
- Mestrinho, M. (2012). *Ensino de enfermagem: Caminhos de mudança na formação de professores*. Loures: Lusociência.
- Mick, J. M. (2007). Sexuality assesment: 10 strategies for improvement. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(5), pp. 671-675.
- Moreira, J. (2004). *Questionários: Teoria e prática*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Moreira, J. (2006). Investigação quantitativa: Fundamentos e práticas. In J. Lima, & J. Pacheco (Edits.), *Fazer Investigação. Contributos para a elaboração de dissertações e teses* (pp. 41-84). Porto: Porto Editora.
- Morse, J. M., & Niehaus, L. (2009). *Mixed method design: Principles and procedures*. Walnut Creek: Left Coast Press, Inc.
- Nemčić, N., et al. (2005). Development and validation of questionnaire measuring attitudes towards sexual health among university students. *Croatian Medical Journal*, 46(1), pp. 52-57.
- Neves, M. (2011). *Atitudes e comportamentos sexuais de estudantes universitários*. Projeto de Graduação, Faculdade Ciências da Saúde - Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Nodin, N. (2001). *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Oliveira, L., Pereira, A., & Santiago, R. (2004). A formação em metodologias de investigação em educação. In L. Oliveira, A. Pereira, & R. Santiago, *Investigação em educação. Abordagens concetuais e práticas* (pp. 13-37). Porto: Porto Editora.
- Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em enfermagem: Tomada de posição*. Acedido em 11 de Julho de 2015, de [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros. (2012a). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012b). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2000). Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción. *Actas de una Reunión de Consulta. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización Mundial de la Salud (OMS). Asociación Mundial de Sexología (WAS)*. Antigua Guatemala. Acedido em 07 de 10 de 2009, de [http://www.paho.org/spanish/hcp/hca/salud\\_sexual.pdf](http://www.paho.org/spanish/hcp/hca/salud_sexual.pdf)
- Özdemir, L., & Akdemir, N. (2008). Nurses' knowledge and practice involving patients' resuming sexual activity following myocardial infarction: Implications for training. *Australian Journal of Advanced Nursing, 26(1)*, pp. 42-52.
- Pacheco, J. (2001). *Currículo: Teoria e prática* (3ª ed.). Porto: Porto Editora.
- Pacheco, J. (2005). *Estudos curriculares: Para a compreensão crítica da educação*. Porto: Porto Editora.
- Papaharitou, S., Nakapoulou, E., Moraitou, M., Tsimtsiou, Z., Konstantinidou, E., & Hatzichristou, D. (2008). Exploring sexual attitudes of students in health professions. *The Journal of Sexual Medicine, 5(6)*, pp. 1308-1316.
- Pereira, A. (2007). O (inter) dito sobre sexualidade na formação da/o enfermeira/o. *Enfermería Global, 10*, pp. 1-14.
- Pereira, A. (2009). A sexualidade no cuidar: Experiências conflitantes de discentes de enfermagem. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, 1(2)*, pp. 326-334.
- Petchesky, R. (2008). Políticas de derechos sexuales a través de países y culturas: Marcos conceptuales y campos minados. In R. Parker, R. Petchesky, & R. Sember, *Políticas sobre sexualidad. Reports desde las líneas del frente* (pp. 9-26). Iztapalapa: Sexuality Policy Watch, Grupo de Estudios sobre Sexualidad y Sociedad, Fundación Arcoiris.
- Peterson, J., & Hyde, J. (2010). A meta-analytic review of research on gender differences in sexuality, 1993-2007. *Psychological Bulletin, 136(1)*, pp. 21-38.
- Ponte, J. (2002). Investigar a nossa própria prática. Em GTI, *Reflectir e investigar sobre a prática profissional* (pp. 5-28). Lisboa: APM.
- Portaria nº 779-D/99, de 18 de setembro. Diário da República nº 219/99 - I Série-B. Ministério da Educação. Lisboa.
- Quinn, C., Happell, B., & Welch, A. (2012). Talking about sex as part of our role: Making and sustaining practice change. *International Journal of Mental Health Nursing, 22(3)*, pp. 231-240.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais* (3ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Ramos, A., Delgado, F., Afonso, P., Cruchinho, A., Pereira, P., Sapeta, P., & Ramos, G. (2013). Implementação de novas práticas pedagógicas no ensino superior. *Revista Portuguesa de Educação, 26(1)*, pp. 115-141.

- Ramos, V., Carvalho, C., & Leal, I. (2005). Atitudes e comportamentos sexuais de mulheres universitárias: A hipótese do duplo padrão. *Análise Psicológica*, 2(XXIII), pp. 173-185.
- Reis, E., Melo, P., Andrade, R., & Calapez, T. (2001). *Estatística aplicada* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Reis, M., & Matos, M. (2007). Contraceção: Conhecimentos e atitudes em jovens universitários. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(2), pp. 209-220.
- Reiss, I. (1961). Standards of sexual behavior. In A. Ellis, & A. Abardanel, *Encyclopedia of sexual behavior* (Vol. Two, pp. 996-1004). Hawthorn.
- Ressel, L., Budó, M., Junges, C., Sehnem, G., Hoffmann, I., & Bütttenbender, E. (2010). O significado de sexualidade na formação de enfermeiros. *Revista Enfermagem UFPE on line*, 4(2), pp. 184-191.
- Reynolds, K., & Mangan, M. (2005). Nursing attitudes and beliefs toward human sexuality. *Clinical Nurse Specialist*, 19(5), pp. 255-259.
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3ª ed.). Porto: Legis Editora /Livpsic.
- Ridner, S., Topp, R., & Frost, K. (2007). Methodological issues in identifying sexuality for research. *American Journal of Men's Health*, pp. 87-90.
- Rocha, E., Costa, M., Siqueira, M., & Gomes, L. (2014). O caminhar da enfermagem na sexualidade: Revisitando a produção científica de 2005 a 2010. *Interdisciplinar: Revista Eletrônica da UNIVAR*, 11(1), pp. 137-141.
- Roldão, M. (1999). *Gestão curricular: Fundamentos e práticas*. Lisboa: Ministério da Educação. Departamento de Educação Básica.
- Roldão, M. (2003). *Diferenciação curricular revisitada: Conceito, discurso e práxis*. Porto: Porto Editora.
- Roldão, M. (2009). *Estratégias de ensino: O saber e o agir do professor*. Vila Nova de Gaia: Fundação Manuel Leão.
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (2001). *O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rowniak, S. (2015). Factors related to homophobia among nursing students. *Journal of Homosexuality*, 62(9), pp. 1228-1240.
- Royal College of Nursing. (2001). *Sexual health strategy: Guidance for nursing staff*. London: RCN.
- Sackett, D., Strauss, S., Richardson, W., Rosenberg, W., & Haynes, R. (2000). *Evidence based medicine: How to practice and teach EBM* (2nd ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Sampieri, R. H., Collado, C. H., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de pesquisa* (3ª ed.). São Paulo: McGraw-Hill.
- Sánchez, F. L. (2005). *La educación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Santos, L., & Campos, M. (2008). Abordagem da sexualidade humana durante a graduação em enfermagem. *Nursing (São Paulo)*, 10(117), pp. 81-86.
- Santos, L., Ribeiro, A., & Campos, M. (2007). Habilidade do académico de enfermagem para lidar com a sexualidade do cliente. *Revista Mineira de Enfermagem*, 11(1), pp. 32-35.

- Santos, L., Ribeiro, A., Campos, M., & Mattos, M. (2007). Sexualidade humana: Nível de conhecimento dos académicos de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(2), pp. 303-306.
- Saunamäki, N., & Engström, M. (2013). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: Responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3-4), pp. 531-540.
- Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients: Nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), pp. 1308-1316.
- Schleicher, A. (2012). *Preparing teachers and developing school leaders for the 21st century: Lessons from around the world*. OECD Publishing. doi:<http://dx.doi.org/10.1787/9789264xxxxxx-en>
- Schwarz, N., & Bohner, G. (2001). The construction of attitudes. In A. Tesser, & N. Schwarz, *Blackwell handbook of social psychology* (Vol. 1, pp. 436-457). Oxford, UK: Blackweel.
- Sehnm, G., Pedro, E., Budó, M., Silva, F., & Ressel, L. (2014). A construção da sexualidade de estudantes de enfermagem e suas percepções acerca da temática. *Ciencia y Enfermería*, 20(1), pp. 111-121.
- Sehnm, G., Ressel, L., Pedro, E., Budó, M., & Silva, F. (2013). A sexualidade no cuidado de enfermagem: Retirando véus. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 12(1), pp. 72-79.
- Shell, J. A. (2007). Including sexuality in your nursing practice. *Nursing Clinics of North America*, 42, pp. 685-696.
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1/2), pp. 11-20.
- Silva, M. (2008). *Atitudes sexuais e auto-eficácia de estudantes do 1º ano do ensino superior e seus correlatos*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Silva, M., Fernandes, J., Teixeira, G., & Silva, R. (2010). Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: Desafios e perspectivas. *Texto & Contexto Enfermagem*, 19(1), pp. 176-184.
- Sirota, T. (2013). Attitudes among nurse educators toward homosexuality. *Journal of Nursing Education*, 52(4), pp. 219-227.
- Southard, N., & Keller, J. (2007). The importance of assessing sexuality: A patient perspective. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2), pp. 213-217.
- Steinke, E., & Jaarsma, T. (2015). Sexual counseling and cardiovascular disease: Practical approaches. *Asian Journal of Andrology*, 17, pp. 32-39.
- Strong, K., & Folse, V. (2015). Assessing undergraduate nursing students' knowledge, attitudes, and cultural competence in caring for lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. *Journal of Nursing Education*, 54(1), pp. 45-49.
- Sung, S., & Lin, Y. (2013). Effectiveness of the sexual healthcare education in nursing students' knowledge, attitude, and self-efficacy on sexual healthcare. *Nurse Education Today*, 33(5), pp. 498-503.
- Taylor, B., & Davis, S. (2006). Using the Extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing Standard*, 21(11), pp. 35-40.
- Taylor, B., & Davis, S. (2007). The Extented PLISSIT model for addressing the sexual wellbeing of individuals with an acquired disability or chronis illness. *Sexuality and Disability*, 25(3), pp. 135-139.

- The Federal Centre for Health Education (BZgA), & WHO Regional Office for Europe . (2010). *WHO Regional Office for Europe and BZgA Standards for Sexuality Education in Europe*. Cologne: Federal Centre for Health Education (BZgA).
- Truisi, M. L. (2011). Cuidar e Investigar: desafios metodologicos en enfermería. *Texto Contexto Enferm*, 20 (1), pp. 175-183.
- Tsai, L., Huang, C., Liao, W., Tseng, T., & Lai, T. (2013). Assessing student nurses' learning needs for addressing patients' sexual health concerns in Taiwan. *Nurse Education Today*, 33(2), pp. 152-159.
- Tsang, S., Shanshan, H., Zou, H., & Wu, Y. (2010). Psychometric properties of the sexual attitudes scale in a sample of unmarried chinese young adults. *Journal os Sex Research*, 47(4), pp. 269-278.
- Tseng, Y., Feng, J., & Tesng, L. (2009). Knowledge, attitude, and behaviors related to sex among teenage girls: A comparison between nursing and non-nursing college students. *Hi Li Za Zhi*, 56(2), pp. 53-61.
- Tuckman, B. W. (2000). *Manual de investigação em educação. Como conceber e realizar o processo de investigação em educação* (2ª ed.). (A. Rodrigues-Lopes, Trad.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vieira, R., & Vieira, C. (2005). *Estratégias de Ensino/Aprendizagem*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Vilar, D. (2003). *Falar disso: A educação sexual nas famílias dos adolescentes*. Porto: Edições Afrontamento.
- Visser, R., Smith, A., Richters, J., & Rissel, C. (2007). Associations between religiosity and sexuality in a representative sample of australian adults. *Archives of Sexual Behavior*, 36(1), pp. 33-46.
- Washington, M., & Pereira, E. (2012). A time to look within curricula - Nursing students' perception on sexuality and gender issues. *Open Journal of Nursing*, 2(2), pp. 58-66. doi:10.4236/ojn.2012.22010
- Weaver, K., & Olson, J. K. (2006). Understanding paradigms used for nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (4), pp. 459-469.
- Weeks, J. (1998). *Sexualidad*. Paidós: UNAM.
- Weeks, J. (2000). O corpo e a sexualidade. In G. L. Louro, *O corpo educado. Pedagogias da sexualidade* (2ª ed., pp. 35-83). Belo Horizonte: Autêntica.
- Welford, C., Murphy, K., & Casey, D. (2011). Demystifying nursing research terminology. Part 1. *Nurse Researcher*, 18 (4), pp. 38-43.
- Westwood, J., & Mullan, B. (2006). Knowledge of school nurses in the U.K. regarding sexual health education. *The Journal of School Nursing*, 22(6), pp. 352-357.
- Woodhouse, J., & Baldwin, M. (2008). Dealing sensitively with sexuality in a palliative care context. *British Journal of Community Nursing*, 13(1), pp. 20-25.
- World Health Organization. (1975). Education and Treatment in human sexuality: The training of health professionals. *WHO Technical Report Series, Nº 572*. Geneva: WHO. Acedido em 02 de 09 de 2010, de [www: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_572.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_572.pdf)
- World Health Organization. (2006). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002. Geneve: WHO. Acedido em 31 de agosto de 2008, de [www: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf)

- Yildiz, H., & Dereli, E. (2012). The views and attitudes of nurses on the topic of sexual counseling. *Sexuality and Disability, 30*, pp. 89-95.
- Zangão, M., & Sim-Sim, M. (2011). Duplo padrão sexual e comportamentos afetivo-sexuais na adolescência. *Revista de Enfermagem UFPE on line, 5(spe)*, pp. 1-7.



**APÊNDICE A** – Estruturas fatoriais ensaiadas na Escala de Atitudes Sexuais



## ESTRUTURAS FATORIAIS ENSAIADAS NA ESCALA DE ATITUDES SEXUAIS

Descrevem-se os procedimentos relativos às estruturas fatoriais ensaiadas.

A análise fatorial em componentes principais (AFCP) dos 43 itens revelou na primeira AFCP que onze componentes principais atingem valores superiores a 1, sendo responsáveis por 55.46% da variabilidade total.<sup>36</sup> Como pressupostos à análise verificou-se que a matriz de correlações é distinta de uma matriz de identidade, pois o teste de Bartlett foi significativo ( $\chi^2=6652.17$ ;  $p<.001$ ) e que o índice de Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO=.877$ ) é bom (Pestana e Gageiro, 2008); o que confirma a fatoriabilidade dos dados e a análise fatorial apropriada.

Num segundo momento foi testada uma AFCP forçada a quatro fatores que explica 36.35% da variabilidade total (16.98%, 10.78%, 4.52% e 4.07% para cada um dos fatores). Estes resultados aproximam-se quer dos encontrados por Alferes (1999) quer por Antunes (2007), dado que para a mesma estrutura, com 43 itens, a percentagem de variância explicada foi, para Alferes de 32.6% (14.8%, 8.3%, 5.5% e 4.0%, respetivamente para cada um fatores) e para Antunes de 37.07% (13.09%, 9.89%, 7.14% e 6.96%, para cada um dos fatores). Contudo, distanciam-se ligeiramente dos valores apresentados por Hendrick & Hendrick (1987) nos dois estudos referenciados, pois no primeiro a variância total explicada foi de 41.5%, explicando cada um dos fatores, 22.5% (PER), 9.8% (PRA), 5.9% (COM) e 3.3% (INS) e no segundo foi de 46.7%, com a variância de cada fator a assumir os seguintes valores, 24.8% (PER), 4.4% (PRA), 11.8% (COM) e 5.7% (INS).

No Tabela A1 comparam-se as saturações fatoriais deste estudo com as obtidas por Alferes (1999) e Antunes (2007), indicando-se, também a que fator cada item se integra na versão de Hendrick & Hendrick (1987). Conforme se observa, neste estudo, o fator 1 é saturado acima de .35 por 18 itens dos 21 da subescala PER, ainda que dois itens (34 e 40) polarizem outros fatores em menor ordem de grandeza. Os itens 24 e 26 da subescala original saturam o fator 2 e 4, respetivamente e o item 22 não satura nenhum fator. Comparativamente aos estudos de Alferes (1999) e Antunes (2007) esta solução é a que mais se assemelha à original, pois dos itens originais apenas saturam neste fator, 16 em cada um, observando-se uma saturação mais dispersa por outros fatores. O fator 2 integra todos os itens (9) da subescala COM com

---

<sup>36</sup> Estes resultados são muito próximos aos de Alferes (1999), pois no seu estudo foram extraídos doze componentes principais com valores próprios superiores a 1, que explicaram 56,4% da variância total dos dados.

saturações acima de .50 e ainda dois itens da subescala PRA, também com saturações na mesma ordem de grandeza e um item da PER (.47). Este conjunto de 12 itens é comum aos estudos de Alferes e Antunes, ainda que para além deles, nestes estudos outros itens polarizem neste fator. O fator 3, INS, é completamente replicado nos três estudos. Dos seis itens do fator 4, cinco correspondem aos sete itens da subescala PRA, polarizando o item 33, simultaneamente, o fator 1 em ordem de grandeza semelhante. As saturações oscilaram entre -.35 a .64. É neste fator que se observa, comparando os três estudos, um comportamento mais inconstante dos itens. Há contudo, um bloco homogêneo, os itens 1, 7, 13 e 27.

Em termos globais, pode inferir-se que esta estrutura fatorial de quatro fatores apresenta, comparativamente aos estudos referenciados, discrepâncias mais evidentes ao nível do fator 1 e um comportamento muito semelhante ao nível do fator 4, caracterizado por uma polarização diferencial de três itens (23, 33 e 35), enquanto nos fatores 2 e 3 a estrutura encontrada é muito semelhante. Deste modo, ainda que o *scree test* de Cattell apontasse para uma estrutura de quatro fatores, dado este comportamento heterogêneo e nos dois estudos referenciados utilizarem-se modelos de quatro e cinco fatores, optou-se por ensaiar uma estrutura de cinco fatores.

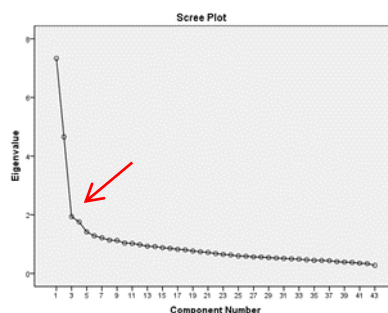


Figura 1. Scree test de Cattell para os 43 itens da EAS

Tabela A1

*EAS: Comparação entre as saturações fatoriais (versão de quatro fatores com rotação VARIMAX) e as obtidas nos estudos de Alferes (1999) e Antunes (2007) e o estudo de Hendrick & Hendrick (1987)*

Itens	Dias (2015) N = 646					Alferes (1999) N = 365				Antunes (2007) N = 960				Hendrick & Hendrick (1987)
	F1	F2	F3	F4	h2	F1	F2	F2	F4	F1	F2	F3	F4	
28	<b>.73</b>	.12	.13	-.00	.56	.70				.67				PER
0	<b>.72</b>	.14	.09	-.06	.54	.70				.70				PER
2	<b>.68</b>	.17	.10	-.01	.50	.65				.72				PER
6	<b>.66</b>	.09	.17	.03	.47	.65				.64				PER
36 r	<b>.64</b>	-.01	-.11	.04	.42	.54				.66				PER
4	<b>.62</b>	.11	.07	-.21	.45	.64				.61				PER
8	<b>.60</b>	.02	.05	-.18	.40	.62				.61				PER
12	<b>.56</b>	.17	.12	.13	.38	.34				.48				PER
14	<b>.53</b>	-.03	.24	-.06	.34	.36		.36		.56				PER
18	<b>.51</b>	-.02	.24	.23	.37	.42				.44				PER
10	<b>.48</b>	.02	.22	-.24	.34	.64				.51				PER
16	<b>.47</b>	.26	.27	-.10	.37	.31					.40			PER
20	<b>.47</b>	-.15	.25	.03	.30	.36				.46				PER
40 r	<b>.43</b>	-.30	.03	-.22	.33		-.33			.40	.32			PER
34	<b>.43</b>	.10	.36	.13	.35				.34	.37		.44		PER
30	<b>.41</b>	.02	.17	-.18	.23	.17	-.04	.19	.13	.32			.44	PER
32	<b>.40</b>	.06	.19	.05	.20				.38				.38	PER
38 r	<b>.35</b>	-.24	-.14	-.06	.20	.33				.51				PER
29	.11	<b>.63</b>	.02	.20	.44		.70				.64			COM
37	.08	<b>.61</b>	.04	.30	.47		.42				.51			COM
15	-.06	<b>.61</b>	.08	-.08	.38		.49				.43			COM
19	-.11	<b>.58</b>	.05	.00	.35		.49				.39			COM
41	.13	<b>.58</b>	.16	.17	.41		.48				.60			COM
25	.00	<b>.58</b>	-.02	.20	.38		.55				.46			COM
9	-.14	<b>.56</b>	-.04	-.14	.35		.45				.40			COM
21	.12	<b>.55</b>	.21	.04	.36		.52				.50			COM
35	.24	<b>.55</b>	-.10	.24	.43	.32	.49				.56			PRA
3	.04	<b>.53</b>	-.09	-.01	.29		.46				.52			COM
23	.28	<b>.48</b>	-.07	.26	.38	.33	.43				.58			PRA
24	.24	<b>.47</b>	.04	.10	.29	.38	.41				.53			PER
42	.02	-.04	<b>.70</b>	-.01	.50			.61				.72		INS
17	.19	-.09	<b>.64</b>	-.08	.45			.67				.60		INS
39	.23	.02	<b>.61</b>	.02	.43			.51				.51		INS
31	.18	.12	<b>.50</b>	.02	.30			.63				.59		INS
11	.17	.02	<b>.50</b>	-.09	.28			.54				.63		INS
5	.05	.20	<b>.40</b>	.01	.20			.48				.50		INS
27	-.05	.14	.00	<b>.64</b>	.43				-.52				-.62	PRA
1	-.06	-.03	-.03	<b>.61</b>	.38				-.40				-.52	PRA
7	-.05	.12	.04	<b>.57</b>	.35				-.61				-.49	PRA
13	-.04	.16	-.01	<b>.51</b>	.29				-.51				-.53	PRA
33	.35	.27	.06	<b>.40</b>	.35		.35				.50			PRA
26	.28	-.11	.23	-.35	.27	.55							.53	PER
22	.16	-.11	.23	-.26	.16				.35				.63	PER
Valores próprios	7.30	4.64	1.94	1.75	-	-	-	-	-	5.63	4.25	3.07	2.99	-
% var. explicada	16.98	10.78	4.52	4.07	-	14.8	8.3	5.5	4.0	13.09	9.89	7.14	6.96	-

A estrutura com extração de cinco fatores explica 39.63% da variabilidade total dos dados, sendo que para cada fator respectivamente os valores são: 16.98%, 10.78%, 4.52%, 4.07% e 3.28%. Igualmente, a variância total explicada é muito semelhante à dos estudos de Alferes (1999) e Antunes (2007), que se centrou em 36.3% e 40.59% respectivamente. Dado que somente Alferes (1999) apresenta descrição completa das saturações encontradas para a versão de cinco fatores, a tabela A2 mostra a comparação com o presente estudo e igualmente a referência a Hendrick & Hendrick (1987). Nesta estrutura, o fator 1 integra 14 itens da estrutura de Hendrick & Hendrick, no que respeita à subescala PER, com saturações entre .31 e .77 (12 apresentam saturações superiores a .40). Observa-se que os itens que polarizam, nesta solução, outros fatores, caso do item 18 (fator 5) e item 40 (fator 2), na estrutura de Alferes integram claramente esses fatores. O item 30 satura com o valor de .30 quer o fator 1 quer o fator 5, o qual foi retirado por Alferes por não obter valores de saturação adequados. O item 38 tem um comportamento inverso, ou seja não satura nesta estrutura e em Alferes satura no fator 1 com o valor de .32. O fator 2 congrega todos os oito itens de Hendrick & Hendrick com saturações muito adequadas, dado que são superiores a .51 e, ainda, o item 24 (.44) que integra este fator em Alferes. O fator 3, à semelhança da estrutura de quatro fatores, engloba todos os itens da subescala INS (saturações > .39), o que mostra a sua convergência concetual. No fator 4 encontram-se os itens 1, 7, 13 e 27 relacionados à subescala PRA (Hendrick & Hendrick) com saturações superiores a .54 e ao fator 4 de Alferes, a que se associa o item 26 (saturação = -.35), que nas outras estruturas pertence à subescala PER. Por último, o fator 5 engloba cinco itens (saturações > .42), que correspondem a três itens (23, 33 e 35) que para Hendrick e Hendrick são da subescala PRA e dois itens (32 e 34) da subescala PER. Acrescente-se, ainda, que o item 22 não polarizou nenhum dos fatores.

Perante as duas estruturas, ponderando-se os princípios norteadores já referidos, optou-se por uma solução fatorial de quatro fatores, a proposta por Hendrick & Hendrick (1987), a qual também é muito semelhante à encontrada por Antunes (2007). Na mesma linha desta autora, houve necessidade de considerar a redistribuição dos itens pelos quatro fatores, considerando-se para além da derivação empírica, o seu conteúdo concetual. Logo, retiveram-se em cada fator os itens com polarização superior a .30, analisada a sua definição concetual. Neste sentido, foram retirados os itens 22, 26 e 33. O item 22 não obteve saturação aceitável em nenhum fator. O item 26 teve carga fatorial de -.35 no fator 4, mas sem enquadramento

do seu conteúdo conceitual. E, o item 33 saturou no fator 4 (.40), o que corresponde à versão dos autores da escala, contudo surge aqui desagregado, pois associava-se aos itens 23 e 35, que nesta estrutura estão no fator 2, por outro lado, satura em valor semelhante no fator 1 (.35). Comparativamente a Antunes, foram retirados o mesmo número de itens, três, sendo que os itens 22 e 26 são comuns, enquanto neste estudo foi retirado o item 33, no estudo desta autora foi o item 32.

Tabela A2

*Escala de Atitudes Sexuais: Comparação entre as saturações fatoriais (versão de cinco fatores com rotação VARIMAX) e as obtidas no estudo de Alferes (1999) e o estudo de Hendrick & Hendrick (1987)*

Itens	Dias (2015) N = 646						Alferes (1999) N = 365					Hendrick & Hendrick (1987)	
	F1	F2	F3	F4	F5	h2	F1	F2	F2	F4	F5	Fator	Fator
0	<b>.77</b>	.13	.07	-.02	.03	.61	.68					PER	PER
2	<b>.74</b>	.16	.09	.05	-.01	.59	.64					PER	PER
28	<b>.71</b>	.09	.12	-.02	.21	.57	.65					PER	PER
6	<b>.70</b>	.08	.16	.06	.06	.53	.67					PER	PER
4	<b>.62</b>	.10	.06	-.22	.10	.46	.64					PER	PER
36 r	<b>.59</b>	-.04	-.12	-.01	.23	.42	.50					PER	PER
8	<b>.58</b>	-.00	.05	-.21	.14	.40	.61					PER	PER
14	<b>.57</b>	-.03	.24	-.02	-.02	.39	.40					PER	PER
12	<b>.55</b>	.15	.10	.11	.20	.39			.47			SEX-IMP	PER
16	<b>.50</b>	.26	.25	-.07	.03	.39	.32					PER	PER
10	<b>.50</b>	.01	.21	-.23	.01	.34	.59					PER	PER
20	<b>.48</b>	-.15	.25	.04	.05	.32				.34		SEX-IMP	PER
18	<b>.43</b>	-.06	.23	.14	.34	.38				.47		SEX-IMP	PER
40 r	<b>.37</b>	-.32	.04	-.28	.14	.34		-.31				COM	PER
30	<b>.31</b>	-.02	.16	-.29	.30	.29						Retirado	PER
15	.03	<b>.63</b>	.06	.00	-.14	.42		.50				COM	COM
29	.10	<b>.61</b>	.00	.18	.17	.44		.74				COM	COM
19	-.03	<b>.60</b>	.03	.07	-.12	.38		.47				COM	COM
37	.05	<b>.59</b>	.02	.25	.24	.47		.43				COM	COM
9	-.04	<b>.58</b>	-.05	-.04	-.23	.40		.51				COM	COM
25	.01	<b>.57</b>	-.04	.19	.14	.38		.53				COM	COM
41	.07	<b>.55</b>	.14	.10	.30	.43		.56				COM	COM
21	.11	<b>.54</b>	.19	.01	.15	.36		.53				COM	COM
3	.03	<b>.51</b>	-.11	-.03	.10	.29		.46				COM	COM
24	.20	<b>.44</b>	.02	.05	.22	.29		.38				COM	PER
38 r	.26	-.27	-.14	-.14	.21	.23	.32					PER	PER
42	.03	-.02	<b>.70</b>	-.00	.00	.49			.60			PF-INS	INS
17	.15	-.09	<b>.64</b>	-.12	.12	.46			.67			PF-INS	INS
39	.21	.03	<b>.61</b>	-.01	.12	.43			.50			PF-INS	INS
31	.08	.10	<b>.49</b>	-.09	.32	.37			.63			PF-INS	INS
11	.20	.03	<b>.49</b>	-.06	-.05	.29			.54			PF-INS	INS
5	.13	.22	<b>.39</b>	.09	-.14	.25			.48			PF-INS	INS
27	-.02	.13	-.01	<b>.66</b>	.07	.46					.65	RESPONS	PRA
1	-.03	-.04	-.03	<b>.64</b>	.04	.42					.53	RESPONS	PRA
7	.00	.12	.04	<b>.63</b>	-.00	.41					.68	RESPONS	PRA
13	-.01	.16	-.02	<b>.54</b>	.04	.32					.54	RESPONS	PRA
26	.28	-.10	.24	-.35	-.03	.27	.60					PER	PER

Itens	Dias (2015) N = 646							Alferes (1999) N = 365					Hendrick & Hendrick (1987)
	22	.14	-.11	.24	-.27	.01	.16		.38	SEX-IMP	PER		
33	.15	.20	.04	.18	.67	.55		.69	SEX-IMP	PRA			
35	.08	.49	-.12	.07	.55	.57	.41		COM	PRA			
23	.16	.43	-.09	.14	.44	.43		.43	SEX-IMP	PRA			
32	.26	.01	.18	-.09	.42	.29		.55	SEX-IMP	PER			
34	.31	.06	.35	.01	.42	.40		.52	SEX-IMP	PER			
Valores próprios	7.30	4.64	1.94	1.75	1.41	-	-	-	-	-	-		
% var. explicada	16.98	10.78	4.52	4.07	3.28	-		36.3		-	-		



## **APÊNDICE B – Inquéritos por questionário**





UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM

Convido-o a responder a este questionário que faz parte integrante da tese de doutoramento que me encontro a realizar, sobre a temática:

*“Processo de ensino-aprendizagem da sexualidade humana na formação em enfermagem (1º ciclo) ”.*

Solicito, assim, a sua colaboração, garantindo total anonimato e confidencialidade dos seus dados e respostas, que se destinam, exclusivamente, a fins de investigação científica.

Peço-lhe que responda de forma sincera, atendendo às orientações fornecidas.

Por favor, dê, claramente, o seu consentimento, assinalando com um **X** neste espaço \_\_\_\_\_, se concorda com a seguinte frase: *“Declaro que compreendi as intenções deste estudo, disponho-me a participar voluntariamente e permito o uso das minhas respostas para os fins referidos”.*

Para efeitos de, possível, continuidade do estudo, solicito-lhe que escreva:  
um pseudónimo: \_\_\_\_\_ (por favor, não o esqueça).

Muito obrigada pela sua colaboração!

Hélia Dias (Professora Adjunta)  
Escola Superior de Saúde de Santarém – IPSantarém  
E-mail: [h11sdias@hotmail.com](mailto:h11sdias@hotmail.com)  
Telemóvel: 912251657

## 1. Dados de Caracterização Pessoal

**1.1. Sexo** Masculino [ ] Feminino [ ]

**1.2. Idade** [ ]

**1.3. Estado civil**

Solteiro(a) [ ]

Casado(a) [ ]

Divorciado(a)/Separado(a) [ ]

Viúvo(a) [ ]

**1.4. Religião**

Católica praticante [ ]

Católica não praticante [ ]

Outra \_\_\_\_\_

Sem religião [ ]

**1.5. No seu percurso de estudante, antes de entrar no ensino superior reprovou em algum ano escolar?**

Sim [ ] Não [ ]

**1.5.1** Se sim, em que ano(s)? \_\_\_\_\_

**1.6. Regime de acesso ao ensino superior**, relativamente ao curso que frequenta (1.º ciclo em enfermagem):

Concurso de acesso geral	[ ]
Concurso de > 23 anos	[ ]
Concursos locais - Regimes de mudança de curso, transferência e reingresso	[ ]
Concurso especial para titulares de cursos superiores	[ ]

### 1.7. Traços e Atitudes Pessoais (MCSDS-SF; Ballard, 1992)

As afirmações seguintes referem-se a características individuais. Leia cada uma delas e decida se essa afirmação é, para si, VERDADEIRA (V) ou FALSA (F), assinalando a letra, à direita, que melhor corresponde ao que pensa de si.

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| 1. Por vezes, quando não consigo aquilo que quero, fico com ressentimentos.   | V [ ] | F [ ] |
| 2. Em algumas ocasiões, deixei de fazer determinadas coisas por pensar que não tinha capacidade para isso.  | V [ ] | F [ ] |
| 3. Houve alturas em que senti vontade de me revoltar contra as pessoas com mais autoridade do que eu, apesar de saber que as mesmas estavam certas. | V [ ] | F [ ] |
| 4. Ouço sempre com atenção os outros, independentemente de com quem estou a falar   | V [ ] | F [ ] |
| 5. Lembro-me de ocasiões em que fingi estar doente para obter algo que queria.  | V [ ] | F [ ] |
| 6. Houve ocasiões em que me aproveitei dos outros.  | V [ ] | F [ ] |
| 7. Quando cometo um erro, estou sempre disposto/a a admiti-lo.  | V [ ] | F [ ] |
| 8. Por vezes, tento vingar-me, em vez de perdoar e esquecer.  | V [ ] | F [ ] |
| 9. Sou sempre simpático(a), mesmo para as pessoas que são desagradáveis.  | V [ ] | F [ ] |
| 10. Nunca me aborreci quando as pessoas expressavam ideias muito diferentes das minhas.   | V [ ] | F [ ] |
| 11. Houve alturas em que tive bastante inveja da boa sorte dos outros.  | V [ ] | F [ ] |
| 12. Por vezes, sinto-me irritado(a) quando as pessoas me pedem favores.   | V [ ] | F [ ] |
| 13. Nunca disse nada de forma deliberada para magoar os sentimentos de outra pessoa.  | V [ ] | F [ ] |

## 2. Perceções e Atitudes sobre a Sexualidade Humana

**2.1** Em algum momento da sua vida participou num curso, seminário, programa, atividade ou aula sobre sexualidade?

Sim [ ] Não [ ]

Se sim, por favor responda:

**2.1.1 Em que contexto?**

Ensino Básico e Secundário [ ]

Serviços de Saúde [ ]

(Pode escolher mais de que uma opção)

Ensino Superior [ ]

Outro (especifique) \_\_\_\_\_

**2.1.2** Aproximadamente, **na totalidade**, quantas horas de formação sobre sexualidade frequentou nesses contextos? \_\_\_\_\_

**2.2** Tendo em conta a sua idade e a sua experiência, que nível de conhecimentos julga possuir em relação à sexualidade humana?

(Assinale com um **X** a sua posição nesta reta)

0 \_\_\_\_\_ 100  
Conhecimento nulo \_\_\_\_\_ Conhecimento ideal

### 2.3. Atitudes Sexuais (Hendrick & Hendrick, 1987; versão portuguesa de Alferes, 1999)

Leia, atentamente, as afirmações que se seguem e que exprimem opiniões, pensamentos ou sentimentos. Em cada uma assinale com um círculo a sua posição, conforma as significações da escala abaixo:

1	2	3	4	5
Completamente em desacordo	Parcialmente em desacordo	Não sei/Nem concordo nem discordo	Parcialmente de acordo	Completamente de acordo

0.	Não preciso de estar comprometido com uma pessoa para ter relações sexuais com ela.	1	2	3	4	5
1.	O planeamento familiar faz parte de uma sexualidade responsável.	1	2	3	4	5
2.	As relações ocasionais são aceitáveis.	1	2	3	4	5
3.	O sexo torna-se melhor à medida que as relações progredem.	1	2	3	4	5
4.	Gostaria de ter relações sexuais com muitos parceiros.	1	2	3	4	5
5.	O sexo é melhor quando nos «deixamos ir» e nos centramos no nosso próprio prazer.	1	2	3	4	5
6.	As «aventuras sexuais» de uma só noite são, por vezes, muito agradáveis.	1	2	3	4	5
7.	As mulheres devem partilhar as responsabilidades do planeamento familiar.	1	2	3	4	5
8.	É correto ter relações sexuais com mais do que uma pessoa no mesmo período de tempo.	1	2	3	4	5
9.	O sexo é a forma mais íntima de comunicação entre duas pessoas.	1	2	3	4	5
10.	É correto influenciar uma pessoa para ter relações sexuais sem fazer quaisquer promessas para o futuro.	1	2	3	4	5
11.	O sexo é, em primeiro lugar, obter prazer através do outro.	1	2	3	4	5
12.	As relações sexuais como simples troca de «serviços» são aceitáveis desde que ambos os parceiros estejam de acordo.	1	2	3	4	5
13.	A educação sexual é importante para a juventude.	1	2	3	4	5
14.	O melhor sexo é o que se faz na ausência de quaisquer «compromissos».	1	2	3	4	5
15.	Um encontro sexual entre duas pessoas profundamente apaixonadas é a forma mais sublime de interação humana.	1	2	3	4	5
16.	A vida teria menos problemas se as pessoas tivessem relações sexuais de modo mais livre.	1	2	3	4	5
17.	O sexo é, principalmente, uma atividade física.	1	2	3	4	5
18.	É possível gostar de ter relações sexuais com uma pessoa não gostando muito dessa pessoa.	1	2	3	4	5

	Completamente em desacordo	Parcialmente em desacordo	Não sei/Nem concordo Nem discordo	Parcialmente de acordo	Completamente em acordo
19. Na sua melhor expressão, o sexo parece ser a fusão de dois «seres».	1	2	3	4	5
20. O sexo é mais divertido com alguém que não amamos.	1	2	3	4	5
21. O orgasmo é a melhor experiência do mundo.	1	2	3	4	5
22. É correto «pressionar» alguém para ter relações sexuais.	1	2	3	4	5
23. A masturbação é algo agradável e inofensivo.	1	2	3	4	5
24. É bom ter uma prolongada experiência sexual pré-marital.	1	2	3	4	5
25. Durante as relações sexuais, o conhecimento intenso do parceiro é o melhor «estado de espírito».	1	2	3	4	5
26. As «aventuras extraconjugais» são aceitáveis desde que o nosso parceiro não saiba nada delas.	1	2	3	4	5
27. Os homens devem partilhar as responsabilidades do planeamento familiar.	1	2	3	4	5
28. O sexo só pelo sexo é perfeitamente aceitável.	1	2	3	4	5
29. O sexo é, geralmente, uma experiência intensa e absorvente.	1	2	3	4	5
30. Sentir-me-ia confortável tendo relações sexuais com o meu parceiro na presença de outras pessoas.	1	2	3	4	5
31. O sexo é, principalmente, uma função corporal, tal como comer.	1	2	3	4	5
32. A prostituição é aceitável.	1	2	3	4	5
33. Usar «instrumentos e objetos sexuais» quando se faz amor é aceitável.	1	2	3	4	5
34. O sexo apenas como forma de «descarga» física é bom.	1	2	3	4	5
35. Masturbar o nosso parceiro durante as relações sexuais pode aumentar o prazer do sexo.	1	2	3	4	5
36. O sexo sem amor não faz sentido.	1	2	3	4	5
37. O sexo é uma parte muito importante da vida.	1	2	3	4	5
38. As pessoas deviam, no mínimo, ser amigas antes de terem relações sexuais.	1	2	3	4	5
39. O sexo é sobretudo um jogo entre machos e fêmeas.	1	2	3	4	5
40. Para que o sexo seja bom é necessário ter sentido para as pessoas.	1	2	3	4	5
41. Fazer sexo é, fundamentalmente, bom.	1	2	3	4	5
42. A principal finalidade do sexo é dar-nos prazer a nós mesmos.	1	2	3	4	5

**2.4. Atitudes face à Saúde Sexual (Nemčić et al, 2005; versão portuguesa de Abreu, 2008)**

Leia as afirmações seguintes, que se referem a opiniões sobre a saúde sexual e declare a sua posição indicando o grau do seu desacordo ou acordo.

Em cada uma assinale com um círculo sua posição, conforme a escala abaixo:

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo / nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

1. É importante que qualquer casal converse sobre doenças sexualmente transmissíveis.	1	2	3	4	5
2. É importante saber se o nosso parceiro(a) possui um comportamento sexual promíscuo.	1	2	3	4	5
3. Conversar sobre temas como doenças sexualmente transmissíveis pode comprometer um relacionamento amoroso.	1	2	3	4	5
4. Uma mulher não tem que consultar regularmente o ginecologista se nunca teve relações sexuais.	1	2	3	4	5
5. Depois de um diagnóstico de doença sexualmente transmissível ambos os parceiros devem receber tratamento.	1	2	3	4	5
6. É importante ter diariamente hábitos de higiene pessoal com o nosso corpo.	1	2	3	4	5
7. Homem e mulher são igualmente responsáveis pela compra de preservativos.	1	2	3	4	5
8. A maioria das doenças sexualmente transmissíveis não interfere com a vida sexual	1	2	3	4	5
9. A maioria das doenças sexualmente transmissíveis não interfere com a vida quotidiana.	1	2	3	4	5
10. O risco de contrair uma doença venérea não é uma consequência do comportamento sexual mas do azar.	1	2	3	4	5
11. É melhor esperar que um sintoma desagradável desapareça com o tempo do que ir ao médico de imediato.	1	2	3	4	5
12. O aconselhamento por especialistas em saúde contribui para manter a saúde sexual.	1	2	3	4	5
13. A muda diária da roupa interior é uma boa prática de higiene pessoal.	1	2	3	4	5

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo / Nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
14. Se uma pessoa descobrir que sofre de uma doença sexualmente transmissível, deverá falar sobre isso ao seu parceiro(a).	1	2	3	4	5
15. Hoje em dia é difícil evitar ter relações sexuais com pessoas que conhecemos mal.	1	2	3	4	5
16. É importante saber se o(a) nosso(a) parceiro(a) teve ou tem comportamentos sexuais promíscuos.	1	2	3	4	5
17. É pouco provável que os problemas de infertilidade resultem de doenças sexualmente transmissíveis.	1	2	3	4	5
18. Os meios de comunicação social fornecem suficiente informação sobre doenças sexualmente transmissíveis.	1	2	3	4	5
19. É bom saber o máximo possível sobre as doenças sexualmente transmissíveis.	1	2	3	4	5
20. Se eu contrair uma doença sexualmente transmissível, o único culpado será o(a) meu (minha) parceiro(a).	1	2	3	4	5
21. A maioria das doenças sexualmente transmissíveis pode ser curada sem qualquer tratamento.	1	2	3	4	5
22. Uma mulher não tem de visitar, regularmente, o ginecologista se não tem relações sexuais durante um longo período de tempo.	1	2	3	4	5
23. O aparecimento de acne vaginal e de verrugas é um sintoma grave de doença.	1	2	3	4	5
24. Não é importante se o meu parceiro não lava as mãos antes de tocar partes íntimas (petting).	1	2	3	4	5
25. Devíamos refletir primeiro antes de iniciar a nossa vida sexual.	1	2	3	4	5
26. Só devemos ter relações sexuais com quem confiamos.	1	2	3	4	5
27. É divertido ter experiências sexuais com estranhos.	1	2	3	4	5
28. Não é necessário saber muito do nosso(a) parceiro(a) para que a relação sexual seja uma agradável experiência.	1	2	3	4	5
29. É melhor adiar as relações sexuais até que uma pessoa esteja disposta a assumir a responsabilidade pelos seus atos.	1	2	3	4	5
30. Uma boa maneira de obter prazer sexual é praticando relações sexuais sob o efeito de drogas.	1	2	3	4	5
31. Uma boa razão para ir a uma festa, é aí encontrar alguém desconhecido com quem possamos ter uma relação sexual.	1	2	3	4	5
32. A fidelidade é muito importante num relacionamento.	1	2	3	4	5
33. É aborrecido ter o mesmo parceiro(a) sexual muito tempo.	1	2	3	4	5
34. Qualquer contacto sexual é uma experiência muito íntima.	1	2	3	4	5
35. É importante que uma pessoa possa conversar com seu parceiro(a) sexual sobre as suas experiências sexuais passadas.	1	2	3	4	5
36. Não devemos envolver-nos sexualmente com alguém quando não se sabe o suficiente sobre o passado sexual dessa pessoa.	1	2	3	4	5
37. O preservativo reduz a qualidade do prazer sexual por isso é melhor não o usar.	1	2	3	4	5
38. É possível desfrutar da relação sexual mesmo quando se usa um preservativo.	1	2	3	4	5
39. Se estivermos apaixonados por alguém não é prático utilizar o preservativo.	1	2	3	4	5
40. A pílula contraceptiva confere uma relação sexual segura.	1	2	3	4	5
41. O uso de preservativos mostra a falta de confiança no(a) parceiro(a).	1	2	3	4	5
42. Se o nosso(a) parceiro(a) não quiser usar o preservativo, devemos respeitar essa vontade e ter relações sexuais sem o preservativo.	1	2	3	4	5
43. Pensar sobre doenças sexualmente transmissíveis reduz o prazer de ter relações sexuais.	1	2	3	4	5
44. Quando um relacionamento dura mais que um mês deixa de ser necessário utilizar o preservativo.	1	2	3	4	5
45. A pílula contraceptiva tira a espontaneidade da relação sexual.	1	2	3	4	5
46. É mais importante a nossa saúde do que uma breve experiência sexual.	1	2	3	4	5
47. Comprar preservativos é uma situação muito embaraçosa que põe à vista de todos a nossa intimidade.	1	2	3	4	5
48. Não há razão para mudar hábitos e comportamentos que nos dão prazer, mesmo que alguém nos diga que são prejudiciais à nossa saúde.	1	2	3	4	5
49. É impossível contrair uma doença sexualmente transmissível quando temos sempre o mesmo parceiro(a).	1	2	3	4	5
50. A possibilidade de ter cancro do útero ou tornar-se estéril é uma razão suficiente para as mulheres mudarem os seus maus hábitos sexuais.	1	2	3	4	5

### 3. Atitudes e Crenças sobre a Sexualidade Humana na Enfermagem

#### 3.1. Atitudes e Crenças sobre a Sexualidade (Reynolds & Magnan, 2005; versão portuguesa de Dias & Sim-Sim, 2011)

Por favor, assinale o número que melhor representa a sua concordância ou discordância com cada afirmação, tendo em conta a seguinte escala:

1	2	3	4	5	6
Discordo Fortemente					Concordo Fortemente

1. Discutir sexualidade é essencial para os resultados em saúde dos doentes.	1	2	3	4	5	6
2. Compreendo como as doenças e os tratamentos dos meus doentes, podem afetar a sua sexualidade.	1	2	3	4	5	6
3. Estou mais à vontade para falar com os meus doentes sobre assuntos sexuais do que a maioria dos enfermeiros com quem trabalho.	1	2	3	4	5	6
4. A maioria dos doentes hospitalizados está demasiado doente para se interessar pela sexualidade.	1	2	3	4	5	6
5. Eu arranjo tempo para discutir com os meus doentes as suas preocupações sexuais.	1	2	3	4	5	6
6. Sempre que os doentes me fazem uma pergunta relacionada com a sexualidade, aconselho-os a discutir o assunto com o seu médico.	1	2	3	4	5	6
7. Confio na minha capacidade para abordar com os doentes as suas preocupações sexuais.	1	2	3	4	5	6
8. A sexualidade é um assunto demasiado privado para discutir com os doentes.	1	2	3	4	5	6
9. Permitir que um doente fale sobre as suas preocupações sexuais é uma responsabilidade de enfermagem.	1	2	3	4	5	6
10. A sexualidade deveria ser abordada somente quando a iniciativa partisse do doente.	1	2	3	4	5	6
11. Os doentes esperam que os enfermeiros os questionem sobre as suas preocupações sexuais.	1	2	3	4	5	6

#### 3.2 Que importância atribui ao ensino da sexualidade na formação em enfermagem?

(Assinale com um X a sua posição nesta reta)

0 \_\_\_\_\_ 100  
Sem importância Extremamente importante

Muito obrigada pela sua colaboração!





## DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM

Convido-o a responder a este questionário que faz parte integrante da tese de doutoramento que me encontro a realizar, sobre a temática:

*“Processo de ensino-aprendizagem da sexualidade humana na formação em enfermagem (1º ciclo) ”.*

Solicito, assim, a sua colaboração, garantindo total anonimato e confidencialidade dos seus dados e respostas, que se destinam, exclusivamente, a fins de investigação científica.

Peço-lhe que responda de forma sincera, atendendo às orientações fornecidas.

Por favor, dê, claramente, o seu consentimento, assinalando com um **X** neste espaço \_\_\_\_\_, se concorda com a seguinte frase: *“Declaro que compreendi as intenções deste estudo, disponho-me a participar voluntariamente e permito o uso das minhas respostas para os fins referidos”.*

Muito obrigada pela sua colaboração!

Hélia Dias (Professora Adjunta)  
Escola Superior de Saúde de Santarém – IPSantarém  
E-mail: [h11sdias@hotmail.com](mailto:h11sdias@hotmail.com)  
Telemóvel: 912251657

**1. Dados de Caracterização Pessoal****1.1. Sexo** Masculino [ ] Feminino [ ]**1.2. Idade** [ ]**1.3. Estado civil**

Solteiro(a) [ ]  
 Casado(a) [ ]  
 Divorciado(a)/Separado(a) [ ]  
 Viúvo(a) [ ]

**1.4. Religião**

Católica praticante [ ]  
 Católica não praticante [ ]  
 Outra \_\_\_\_\_  
 Sem religião [ ]

**1.5. No seu percurso de estudante, antes de entrar no ensino superior reprovou em algum ano escolar?**

Sim [ ] Não [ ]

1.5.1 Se sim, em que ano(s)? \_\_\_\_\_

**1.6. Regime de acesso ao ensino superior**, relativamente ao curso que frequenta (1.º ciclo em enfermagem):

Concurso de acesso geral	[ ]
Concurso de > 23 anos	[ ]
Concursos locais - Regimes de mudança de curso, transferência e reingresso	[ ]
Concurso especial para titulares de cursos superiores	[ ]

**1.7. Traços e Atitudes Pessoais (MCSDS-SF; Ballard, 1992)**

As afirmações seguintes referem-se a características individuais. Leia cada uma delas e decida se essa afirmação é, para si, VERDADEIRA (V) ou FALSA (F), assinalando a letra, à direita, que melhor corresponde ao que pensa de si.

1. Por vezes, quando não consigo aquilo que quero, fico com ressentimentos.	V [ ]	F [ ]
2. Em algumas ocasiões, deixei de fazer determinadas coisas por pensar que não tinha capacidade para isso.	V [ ]	F [ ]
3. Houve alturas em que senti vontade de me revoltar contra as pessoas com mais autoridade do que eu, apesar de saber que as mesmas estavam certas.	V [ ]	F [ ]
4. Ouço sempre com atenção os outros, independentemente de com quem estou a falar	V [ ]	F [ ]
5. Lembro-me de ocasiões em que fingi estar doente para obter algo que queria.	V [ ]	F [ ]
6. Houve ocasiões em que me aproveitei dos outros.	V [ ]	F [ ]
7. Quando cometo um erro, estou sempre disposto/a a admiti-lo.	V [ ]	F [ ]
8. Por vezes, tento vingar-me, em vez de perdoar e esquecer.	V [ ]	F [ ]
9. Sou sempre simpático(a), mesmo para as pessoas que são desagradáveis.	V [ ]	F [ ]
10. Nunca me aborreci quando as pessoas expressavam ideias muito diferentes das minhas.	V [ ]	F [ ]
11. Houve alturas em que tive bastante inveja da boa sorte dos outros.	V [ ]	F [ ]
12. Por vezes, sinto-me irritado(a) quando as pessoas me pedem favores.	V [ ]	F [ ]
13. Nunca disse nada de forma deliberada para magoar os sentimentos de outra pessoa.	V [ ]	F [ ]

## 2. Perceções e Atitudes sobre a Sexualidade Humana

**2.1 Em algum momento da sua vida participou num curso, seminário, programa, atividade ou aula sobre sexualidade?**

Sim [ ] Não [ ]

Se sim, por favor responda:

**2.1.1 Em que contexto?**

Ensino Básico e Secundário [ ]

Serviços de Saúde [ ]

(Pode escolher mais de que uma opção)

Ensino Superior [ ]

Outro (especifique) \_\_\_\_\_

**2.1.2 Aproximadamente, na totalidade, quantas horas de formação sobre sexualidade frequentou nesses contextos?** \_\_\_\_\_

**2.2 Tendo em conta a sua idade e a sua experiência, que nível de conhecimentos julga possuir em relação à sexualidade humana?**

(Assinale com um X a sua posição nesta reta)

0 \_\_\_\_\_ 100  
 Conhecimento nulo Conhecimento ideal

### 2.3. Atitudes Sexuais (Hendrick & Hendrick, 1987; versão portuguesa de Alferes, 1999)

Leia, atentamente, as afirmações que se seguem e que exprimem opiniões, pensamentos ou sentimentos. Em cada uma assinale com um círculo a sua posição, conforma as significações da escala abaixo:

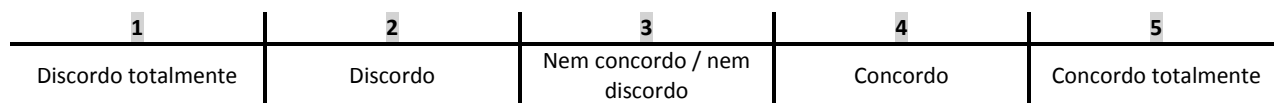
1	2	3	4	5
Completamente em desacordo	Parcialmente em desacordo	Não sei/Nem concordo nem discordo	Parcialmente de acordo	Completamente de acordo

0.	Não preciso de estar comprometido com uma pessoa para ter relações sexuais com ela.	1	2	3	4	5
1.	O planeamento familiar faz parte de uma sexualidade responsável.	1	2	3	4	5
2.	As relações ocasionais são aceitáveis.	1	2	3	4	5
3.	O sexo torna-se melhor à medida que as relações progridem.	1	2	3	4	5
4.	Gostaria de ter relações sexuais com muitos parceiros.	1	2	3	4	5
5.	O sexo é melhor quando nos «deixamos ir» e nos centramos no nosso próprio prazer.	1	2	3	4	5
6.	As «aventuras sexuais» de uma só noite são, por vezes, muito agradáveis.	1	2	3	4	5
7.	As mulheres devem partilhar as responsabilidades do planeamento familiar.	1	2	3	4	5
8.	É correto ter relações sexuais com mais do que uma pessoa no mesmo período de tempo.	1	2	3	4	5
9.	O sexo é a forma mais íntima de comunicação entre duas pessoas.	1	2	3	4	5
10.	É correto influenciar uma pessoa para ter relações sexuais sem fazer quaisquer promessas para o futuro.	1	2	3	4	5
11.	O sexo é, em primeiro lugar, obter prazer através do outro.	1	2	3	4	5
12.	As relações sexuais como simples troca de «serviços» são aceitáveis desde que ambos os parceiros estejam de acordo.	1	2	3	4	5
13.	A educação sexual é importante para a juventude.	1	2	3	4	5
14.	O melhor sexo é o que se faz na ausência de quaisquer «compromissos».	1	2	3	4	5
15.	Um encontro sexual entre duas pessoas profundamente apaixonadas é a forma mais sublime de interação humana.	1	2	3	4	5
16.	A vida teria menos problemas se as pessoas tivessem relações sexuais de modo mais livre.	1	2	3	4	5
17.	O sexo é, principalmente, uma atividade física.	1	2	3	4	5
18.	É possível gostar de ter relações sexuais com uma pessoa não gostando muito dessa pessoa.	1	2	3	4	5
19.	Na sua melhor expressão, o sexo parece ser a fusão de dois «seres».	1	2	3	4	5

	Completamente em desacordo	Parcialmente em desacordo	Não sei/Nem concordo Nem discordo	Parcialmente de acordo	Completamente em acordo
20. O sexo é mais divertido com alguém que não amamos.	1	2	3	4	5
21. O orgasmo é a melhor experiência do mundo.	1	2	3	4	5
22. É correto «pressionar» alguém para ter relações sexuais.	1	2	3	4	5
23. A masturbação é algo agradável e inofensivo.	1	2	3	4	5
24. É bom ter uma prolongada experiência sexual pré-marital.	1	2	3	4	5
25. Durante as relações sexuais, o conhecimento intenso do parceiro é o melhor «estado de espírito».	1	2	3	4	5
26. As «aventuras extraconjugais» são aceitáveis desde que o nosso parceiro não saiba nada delas.	1	2	3	4	5
27. Os homens devem partilhar as responsabilidades do planeamento familiar.	1	2	3	4	5
28. O sexo só pelo sexo é perfeitamente aceitável.	1	2	3	4	5
29. O sexo é, geralmente, uma experiência intensa e absorvente.	1	2	3	4	5
30. Sentir-me-ia confortável tendo relações sexuais com o meu parceiro na presença de outras pessoas.	1	2	3	4	5
31. O sexo é, principalmente, uma função corporal, tal como comer.	1	2	3	4	5
32. A prostituição é aceitável.	1	2	3	4	5
33. Usar «instrumentos e objetos sexuais» quando se faz amor é aceitável.	1	2	3	4	5
34. O sexo apenas como forma de «descarga» física é bom.	1	2	3	4	5
35. Masturbar o nosso parceiro durante as relações sexuais pode aumentar o prazer do sexo.	1	2	3	4	5
36. O sexo sem amor não faz sentido.	1	2	3	4	5
37. O sexo é uma parte muito importante da vida.	1	2	3	4	5
38. As pessoas deviam, no mínimo, ser amigas antes de terem relações sexuais.	1	2	3	4	5
39. O sexo é sobretudo um jogo entre machos e fêmeas.	1	2	3	4	5
40. Para que o sexo seja bom é necessário ter sentido para as pessoas.	1	2	3	4	5
41. Fazer sexo é, fundamentalmente, bom.	1	2	3	4	5
42. A principal finalidade do sexo é dar-mo-nos prazer a nós mesmos.	1	2	3	4	5

**2.4. Atitudes face à Saúde Sexual** (Nemčić et al, 2005; versão portuguesa de Abreu, 2008)

Leia as afirmações seguintes, que se referem a opiniões sobre a saúde sexual e declare a sua posição indicando o grau do seu desacordo ou acordo. Em cada uma assinale com um círculo sua posição, conforme a escala abaixo:



1. É importante que qualquer casal converse sobre doenças sexualmente transmissíveis.	1	2	3	4	5
2. É importante saber se o nosso parceiro(a) possui um comportamento sexual promíscuo(a).	1	2	3	4	5
3. Conversar sobre temas como doenças sexualmente transmissíveis pode comprometer um relacionamento amoroso.	1	2	3	4	5
4. Uma mulher não tem que consultar regularmente o ginecologista se nunca teve relações sexuais.	1	2	3	4	5
5. Depois de um diagnóstico de doença sexualmente transmissível ambos os parceiros devem receber tratamento.	1	2	3	4	5
6. É importante ter diariamente hábitos de higiene pessoal com o nosso corpo.	1	2	3	4	5
7. Homem e mulher são igualmente responsáveis pela compra de preservativos.	1	2	3	4	5
8. A maioria das doenças sexualmente transmissíveis não interfere com a vida sexual	1	2	3	4	5
9. A maioria das doenças sexualmente transmissíveis não interfere com a vida quotidiana.	1	2	3	4	5
10. O risco de contrair uma doença venérea não é uma consequência do comportamento sexual mas do azar.	1	2	3	4	5
11. É melhor esperar que um sintoma desagradável desapareça com o tempo do que ir ao médico de imediato.	1	2	3	4	5
12. O aconselhamento por especialistas em saúde contribui para manter a saúde sexual.	1	2	3	4	5

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo / Nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
13. A muda diária da roupa interior é uma boa prática de higiene pessoal.	1	2	3	4	5
14. Se uma pessoa descobrir que sofre de uma doença sexualmente transmissível, deverá falar sobre isso ao seu parceiro(a).	1	2	3	4	5
15. Hoje em dia é difícil evitar ter relações sexuais com pessoas que conhecemos mal.	1	2	3	4	5
16. É importante saber se o(a) nosso(a) parceiro(a) teve ou tem comportamentos sexuais promíscuos.	1	2	3	4	5
17. É pouco provável que os problemas de infertilidade resultem de doenças sexualmente transmissíveis.	1	2	3	4	5
18. Os meios de comunicação social fornecem suficiente informação sobre doenças sexualmente transmissíveis.	1	2	3	4	5
19. É bom saber o máximo possível sobre as doenças sexualmente transmissíveis.	1	2	3	4	5
20. Se eu contrair uma doença sexualmente transmissível, o único culpado será o(a) meu (minha) parceiro(a).	1	2	3	4	5
21. A maioria das doenças sexualmente transmissíveis pode ser curada sem qualquer tratamento.	1	2	3	4	5
22. Uma mulher não tem de visitar, regularmente, o ginecologista se não tem relações sexuais durante um longo período de tempo.	1	2	3	4	5
23. O aparecimento de acne vaginal e de verrugas é um sintoma grave de doença.	1	2	3	4	5
24. Não é importante se o meu parceiro não lava as mãos antes de tocar partes íntimas (petting).	1	2	3	4	5
25. Devíamos refletir primeiro antes de iniciar a nossa vida sexual.	1	2	3	4	5
26. Só devemos ter relações sexuais com quem confiamos.	1	2	3	4	5
27. É divertido ter experiências sexuais com estranhos.	1	2	3	4	5
28. Não é necessário saber muito do nosso(a) parceiro(a) para que a relação sexual seja uma agradável experiência.	1	2	3	4	5
29. É melhor adiar as relações sexuais até que uma pessoa esteja disposta a assumir a responsabilidade pelos seus atos.	1	2	3	4	5
30. Uma boa maneira de obter prazer sexual é praticando relações sexuais sob o efeito de drogas.	1	2	3	4	5
31. Uma boa razão para ir a uma festa, é aí encontrar alguém desconhecido com quem possamos ter uma relação sexual.	1	2	3	4	5
32. A fidelidade é muito importante num relacionamento.	1	2	3	4	5
33. É aborrecido ter o mesmo parceiro(a) sexual muito tempo.	1	2	3	4	5
34. Qualquer contacto sexual é uma experiência muito íntima.	1	2	3	4	5
35. É importante que uma pessoa possa conversar com seu parceiro(a) sexual sobre as suas experiências sexuais passadas.	1	2	3	4	5
36. Não devemos envolver-nos sexualmente com alguém quando não se sabe o suficiente sobre o passado sexual dessa pessoa.	1	2	3	4	5
37. O preservativo reduz a qualidade do prazer sexual por isso é melhor não o usar.	1	2	3	4	5
38. É possível desfrutar da relação sexual mesmo quando se usa um preservativo.	1	2	3	4	5
39. Se estivermos apaixonados por alguém não é prático utilizar o preservativo.	1	2	3	4	5
40. A pílula contraceptiva confere uma relação sexual segura.	1	2	3	4	5
41. O uso de preservativos mostra a falta de confiança no(a) parceiro(a).	1	2	3	4	5
42. Se o nosso(a) parceiro(a) não quiser usar o preservativo, devemos respeitar essa vontade e ter relações sexuais sem o preservativo.	1	2	3	4	5
43. Pensar sobre doenças sexualmente transmissíveis reduz o prazer de ter relações sexuais.	1	2	3	4	5
44. Quando um relacionamento dura mais que um mês deixa de ser necessário utilizar o preservativo.	1	2	3	4	5
45. A pílula contraceptiva tira a espontaneidade da relação sexual.	1	2	3	4	5
46. É mais importante a nossa saúde do que uma breve experiência sexual.	1	2	3	4	5
47. Comprar preservativos é uma situação muito embaraçosa que põe à vista de todos a nossa intimidade.	1	2	3	4	5
48. Não há razão para mudar hábitos e comportamentos que nos dão prazer, mesmo que alguém nos diga que são prejudiciais à nossa saúde.	1	2	3	4	5
49. É impossível contrair uma doença sexualmente transmissível quando temos sempre o mesmo parceiro(a).	1	2	3	4	5
50. A possibilidade de ter cancro do útero ou tornar-se estéril é uma razão suficiente para as mulheres mudarem os seus maus hábitos sexuais.	1	2	3	4	5

### 3. Atitudes e Crenças sobre a Sexualidade Humana na Enfermagem

#### 3.1. Atitudes e Crenças sobre a Sexualidade (Reynolds & Magnan, 2005; versão portuguesa de Dias & Sim-Sim, 2011)

Por favor, assinale o número que melhor representa a sua concordância ou discordância com cada afirmação, tendo em conta a seguinte escala:

1	2	3	4	5	6
Discordo Fortemente					Concordo Fortemente

1. Discutir sexualidade é essencial para os resultados em saúde dos doentes.	1	2	3	4	5	6
2. Compreendo como as doenças e os tratamentos dos meus doentes, podem afetar a sua sexualidade.	1	2	3	4	5	6
3. Estou mais à vontade para falar com os meus doentes sobre assuntos sexuais do que a maioria dos enfermeiros com quem trabalho.	1	2	3	4	5	6
4. A maioria dos doentes hospitalizados está demasiado doente para se interessar pela sexualidade.	1	2	3	4	5	6
5. Eu arranjo tempo para discutir com os meus doentes as suas preocupações sexuais.	1	2	3	4	5	6
6. Sempre que os doentes me fazem uma pergunta relacionada com a sexualidade, aconselho-os a discutir o assunto com o seu médico.	1	2	3	4	5	6
7. Confio na minha capacidade para abordar com os doentes as suas preocupações sexuais.	1	2	3	4	5	6
8. A sexualidade é um assunto demasiado privado para discutir com os doentes.	1	2	3	4	5	6
9. Permitir que um doente fale sobre as suas preocupações sexuais é uma responsabilidade de enfermagem.	1	2	3	4	5	6
10. A sexualidade deveria ser abordada somente quando a iniciativa partisse do doente.	1	2	3	4	5	6
11. Os doentes esperam que os enfermeiros os questionem sobre as suas preocupações sexuais.	1	2	3	4	5	6

### 4. O Processo de Ensino-Aprendizagem da Sexualidade Humana

#### SECÇÃO A

##### 4.1. Durante o curso de enfermagem a sexualidade foi abordada em algum momento no ensino teórico?

Sim [ ] Não [ ]

Se sim, responda às questões seguintes: (Se não, passe à secção B)

##### a) Em que unidades curriculares? A que ano pertencem? (Por favor, exclua as UC Estágio)

	Unidade curricular	Ano de curso
UC 1		
UC 2		
UC 3		
UC 4		
UC 5		
UC 6		

**b) Que conteúdos foram abordados? Se possível, relacione os conteúdos por unidade(s) curricular(es).***(Pode assinalar mais do que uma opção)*

Temas	Subtema ( <b>Conteúdos</b> )	Assinale e identifique a(s) UC ou UC(s)	
Físico e fisiológico	1. Estruturas sexuais físicas e seu funcionamento		
	2. Modificações pubertárias		
	3. Respostas sexuais próprias [autoerotismo, masturbação]		
	4. Modelos de resposta sexual humana		
Proteção e prevenção	5. Métodos contraceptivos		
	6. Prevenção da gravidez não desejada		
	7. Interrupção voluntária da gravidez		
	8. Infecções sexualmente transmitidas		
Atitudes	9. Liberalismo & tradicionalismo		
	10. Duplo padrão sexual [definição de papéis masculinos e femininos]		
Idade e desenvolvimento humano	11. Sexualidade na infância e adolescência		
	12. Sexualidade na jovem adultícia e adultez		
	13. Sexualidade na terceira idade		
	14. Gravidez na adolescência		
	15. Família, procriação e (In) fertilidade		
	16. Sexualidade no ciclo gravídico-puerperal		
	17. Sexualidade na deficiência		
	18. Sexualidade na doença [influência dos processos de doença, doença crónica, sequelas por trauma...]		
	19. Educação e cuidados durante a gravidez, parto e puerpério		
Educação sexual formal e informal	20. Na família		
	21. Na escola		
	22. No grupo de amigos		
	23. Nos <i>mass-media</i>		
	24. Modelos de educação sexual		
Interação do par	25. Amor/respeito afetivo-sexual		
	26. Comportamentos de cortejar		
	27. Violência no namoro e relacionamento de curta e longa duração [casamento, união de facto...]		
Culturas sociais, culturas no género	28. Expressões de heterossexualidade, bissexualidade, homossexualidade, transsexualidade, transgenderismo		
	29. Mutilação genital		
	30. Sexo comercial [prostituição masculina e feminina]		
	31. Sexo e ciberespaço		
	32. Mitos e crenças		
Comportamentos de risco associados	33. Álcool e drogas		
	34. Múltiplos parceiros e parceiros ocasionais		
	35. Sexo desprotegido		
Desvios e comportamentos de minorias	36. Abuso de menores e outros vulneráveis		
	37. Comportamento sexual compulsivo		
	38. Voyeurismo, exibicionismo, froteurismo, zoofilia, parafilias		
Ética	39. A dimensão ética da sexualidade		
Outros:			

c) De que tipologia foram as sessões letivas dedicadas à abordagem da sexualidade? Se possível, relacione a tipologia por unidade(s) curricular(es).

(Pode assinalar mais do que uma opção)

Tipologia das sessões letivas	Assinale e identifique a(a) UC ou UC(s)	
1. Teóricas		
2. Teórico-práticas		
3. Práticas laboratoriais		
4. Orientação tutorial		
5. Trabalho de campo		
6. Seminário		
7. Projeto		
Outra:		

d) Que estratégias foram utilizadas na abordagem da sexualidade?

(Pode assinalar mais do que uma opção)

1. Exposição do professor	
2. Exposição-demonstração do professor	
3. Brainstorming ou tempestade de ideias	
4. Role-playing	
5. Visionamento de filmes	
6. Visionamento de diapositivos	
7. Estudos de caso	
8. Pesquisa bibliográfica	
9. Dramatização	
10. Questionamento	

11. Trabalho de grupo	
12. Leitura comentada de textos	
13. Trabalho de campo	
14. Mapas conceptuais	
15. Grupos de discussão	
16. Resolução de problemas	
Outras:	

e) Que tipo(s) de instrumento(s) de avaliação foi(ram) utilizado(s) para avaliação da abordagem da sexualidade?

(Pode assinalar mais do que uma opção)

1. Teste escrito	
2. Trabalho individual	
3. Trabalho de grupo	
4. Relatório da atividade	
5. Portefólio	
6. Reflexão individual	
Outros:	

## **SECÇÃO B**

4.2. Durante o ensino clínico houve alguma situação que se relacionasse com aspetos da sexualidade?

Sim [ ] Não [ ]

Se sim, responda às questões seguintes: (Se não, passe à secção C)



## a) Em que estágios? A que ano pertencem? Qual o âmbito do estágio?

	Estágio	Ano de curso	Âmbito do estágio (por exemplo: cirurgia, medicina, maternidade, saúde comunitária, ...)
UC 1			
UC 2			
UC 3			
UC 4			
UC 5			
UC 6			
Outro:			

## b) No contexto de que atividades surgiram estas situações?

(Pode assinalar mais do que uma opção)

Temas	Exemplos ( <b>Atividades</b> )	Assinale
AV Higiene pessoal e vestir-se	1. Prestação de cuidados de higiene geral	
	2. Prestação de cuidados de higiene aos genitais	
	3. Ligado à exposição corporal da pessoa [despir]	
AV Respirar	4. Resposta sexual humana e modificações dos ciclos respiratórios	
AV Controlar a temperatura corporal	5. Variações de temperatura no ciclo feminino de fertilidade	
	6. Hipertermia e disponibilidade sexual	
AV Comer e beber	7. Prestação de cuidados à puérpera que amamenta	
	8. Informação sobre alimentos afrodisíacos	
AV Eliminar	9. Procedimentos de algaliação	
	10. Procedimentos de enema	
	11. Características dos lóquios	
AV Mover-se	12. Apoio em proximidade física para deambulação	
	13. Levante da cama/cadeirão	
AV Trabalhar e divertir-se	14. Receios de incapacidade	
	15. Fantasias de desempenho e aquisição de competências sexuais	
	16. Educação para a saúde em utentes com ocupação/profissão ligada a sexo pagos	
AV Comunicar	17. Momento de conversação com a pessoa	
	18. Anedota promíscua	
AV Dormir	19. Ereção/excitação no sono	
	20. Sonhos molhados	
AV Manter o ambiente seguro	21. Administração de terapêutica [efeitos secundários...]	
	22. Educação para a saúde em situação individual	
	23. Educação para a saúde em situação de grupo	
	24. A propósito duma situação de abuso sexual	
AV Expressar a sexualidade	25. Ciclo menstrual	
	26. Orientação hetero, homo ou bissexual	
	27. Administração de terapêutica com efeitos na sexualidade	
	28. A propósito de uma questão colocada pela pessoa	
	29. A propósito de uma questão colocada por si	
	30. A propósito de uma situação de masturbação	
	31. No caso de assédio sexual em relação a si	
	32. Prestação de cuidados à mulher grávida	



**4.5. Em termos globais, como considera o seu nível de conforto relativamente à prática clínica no âmbito da sexualidade?**

(Assinale com um X a sua posição nesta reta)

0 \_\_\_\_\_ 100  
Totalmente desconfortável \_\_\_\_\_ Extremamente confortável

**4.6. Como considera que o seu nível de conforto foi evoluindo ao longo do curso?**

(Assinale a sua posição)

1	2	3	4	5
Não evoluiu	Evoluiu pouco	Evoluiu moderadamente	Evoluiu muito	Evoluiu muitíssimo

**4.7. Considera os professores preparados para o exercício docente no âmbito da sexualidade?**

(Assinale com um X a sua posição nesta reta)

0 \_\_\_\_\_ 100  
Nada preparados \_\_\_\_\_ Totalmente preparados

**4.8. Na sua opinião, em que medida os seguintes aspetos, relativos aos estudantes, professores e à situação de interação, influenciaram o processo ensino-aprendizagem da sexualidade durante a sua formação?**

		Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo
<b>ESTUDANTES:</b>						
1.	As características da personalidade do estudante.	1	2	3	4	5
2.	A maturidade do estudante.	1	2	3	4	5
3.	Os interesses pessoais do estudante.	1	2	3	4	5
4.	A estrutura cognitiva do estudante.	1	2	3	4	5
5.	A experiência individual do estudante.	1	2	3	4	5
6.	A história individual do estudante.	1	2	3	4	5
7.	As competências comunicacionais do estudante.	1	2	3	4	5
8.	A história da escolarização do estudante.	1	2	3	4	5
9.	Como procura o “saber” fora da escola.	1	2	3	4	5
10.	A motivação para a aprendizagem.	1	2	3	4	5
11.	Os mitos e crenças sobre a sexualidade.	1	2	3	4	5
12.	As atitudes e valores sobre a sexualidade.	1	2	3	4	5
13.	O percurso e vivência do curso de enfermagem.	1	2	3	4	5
14.	As expetativas profissionais do estudante.	1	2	3	4	5

**PROFESSORES:**

1.	A formação específica na área da sexualidade.	1	2	3	4	5
2.	A visão crítica e construtiva sobre a sexualidade.	1	2	3	4	5
3.	O domínio das metodologias de ensino.	1	2	3	4	5
4.	As relações interpessoais que estabelece com os estudantes.	1	2	3	4	5
5.	As competências comunicacionais do professor.	1	2	3	4	5
6.	Os mitos e crenças sobre a sexualidade.	1	2	3	4	5
7.	As atitudes e valores sobre a sexualidade.	1	2	3	4	5

		Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo
<b>SITUAÇÃO DE INTERAÇÃO:</b>						
1.	A seleção da situação ou experiência de aprendizagem.	1	2	3	4	5
2.	A organização da situação ou experiência de aprendizagem.	1	2	3	4	5
3.	A tipologia de ensino selecionada.	1	2	3	4	5
4.	O tempo despendido para a abordagem do assunto.	1	2	3	4	5
5.	A dimensão do grupo turma.	1	2	3	4	5
6.	Os processos cognitivos suscitados.	1	2	3	4	5
7.	A participação do estudante.	1	2	3	4	5
8.	A interação professor-estudante.	1	2	3	4	5
9.	A interação estudante-estudante.	1	2	3	4	5
10.	A oportunidade do estudante em exprimir as suas opiniões e preocupações.	1	2	3	4	5
11.	O ambiente em que a situação ou experiência de aprendizagem ocorreu.	1	2	3	4	5
12.	A promoção do debate e da discussão.	1	2	3	4	5

**4.9 No processo de ensino-aprendizagem da sexualidade, a abordagem que mais dominou na escola que frequentou foi:** *(Assinale apenas o que considera o modelo mais representativo)*

1	2	3	4
<b>Modelo Médico-Preventivo</b> Centrado na prevenção de riscos e transmissão de informação	<b>Modelo Moral</b> Centrado na cultura dominante com adiamento da intimidade sexual após casamento	<b>Modelo Liberal Impositivo</b> Centrado no combate ao conservadorismo e idealismo da libertação sexual e social	<b>Modelo Biográfico</b> Centrado no desenvolvimento individual com debate de atitudes, riscos e proteção

**4.10. Sente-se preparado(a) para integrar a sexualidade no âmbito da prática clínica enquanto enfermeiro(a)?**

*(Assinale com um X a sua posição nesta reta)*

0 \_\_\_\_\_ 100  
 Nada preparado(a) Totalmente preparado(a)

**4.11. Dos seguintes aspetos, relativos à abordagem da sexualidade, qual o seu nível de à-vontade no desenvolvimento da prática clínica?**

Domínios das competências do enf <sup>o</sup> cuidados gerais (OE)	Atividades					
		Nada à-vontade	Pouco à-vontade	Moderadamente à-vontade	Muito à-vontade	Totalmente à-vontade
Prática profissional, ética e legal	1. A cuidar de uma pessoa do mesmo sexo	1	2	3	4	5
	2. A cuidar de uma pessoa do sexo oposto	1	2	3	4	5
	3. A cuidar de uma pessoa com orientação homossexual	1	2	3	4	5
	4. A cuidar de uma pessoa com orientação heterossexual	1	2	3	4	5
	5. A cuidar de uma pessoa que mudou de sexo	1	2	3	4	5
	6. A cuidar de um casal homossexual	1	2	3	4	5
	7. A cuidar de um casal heterossexual	1	2	3	4	5
Prestação e gestão de cuidados	8. A cuidar de uma pessoa após enfarte agudo do miocárdio	1	2	3	4	5
	9. A cuidar de uma mulher pós-mastectomia	1	2	3	4	5
	10. A fornecer orientações relativas aos efeitos da medicação na sexualidade	1	2	3	4	5
	11. A orientar um adolescente sobre o seu desenvolvimento afetivo-sexual	1	2	3	4	5

		Nada à-vontade	Pouco à-vontade	Moderadamente à-vontade	Muito à-vontade	Totalmente à-vontade
Prestação e gestão de cuidados (cont.)	12. A realizar uma consulta de planeamento familiar	1	2	3	4	5
	13. A realizar uma consulta de vigilância pré-natal	1	2	3	4	5
	14. A realizar uma sessão de educação para a saúde sobre educação sexual	1	2	3	4	5
	15. A cuidar de uma pessoa de idade avançada	1	2	3	4	5
	16. A cuidar de uma pessoa com VIH	1	2	3	4	5
	17. A cuidar de uma mulher no período de puerpério	1	2	3	4	5
Desenvolvimento profissional	18. A discutir aspetos da sexualidade na equipa de saúde	1	2	3	4	5
	19. A utilizar a prática baseada na evidência	1	2	3	4	5

**MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!**





## DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM

Convido-o a responder a este questionário que faz parte integrante da tese de doutoramento que me encontro a realizar, sobre a temática:

*“Processo de ensino-aprendizagem da sexualidade humana na formação em enfermagem (1º ciclo) ”.*

Solicito, assim, a sua colaboração, garantindo total anonimato e confidencialidade dos seus dados e respostas, que se destinam, exclusivamente, a fins de investigação científica.

Peço-lhe que responda de forma sincera, atendendo às orientações fornecidas.

Por favor, dê, claramente, o seu consentimento, assinalando com um **X** neste espaço \_\_\_\_\_, se concorda com a seguinte frase: *“Declaro que compreendi as intenções deste estudo, disponho-me a participar voluntariamente e permito o uso das minhas respostas para os fins referidos”.*

Muito obrigada pela sua colaboração!

Hélia Dias (Professora Adjunta)  
Escola Superior de Saúde de Santarém – IPSantarém  
E-mail: [h11sdias@hotmail.com](mailto:h11sdias@hotmail.com)  
Telemóvel: 912251657

**1. Dados de Caracterização Pessoal e Profissional****1.1. Sexo** Masculino [ ] Feminino [ ]**1.2. Idade** [ ]**1.3. Estado civil**

Solteiro(a) [ ]

Casado(a) [ ]

Divorciado(a)/Separado(a) [ ]

Viúvo(a) [ ]

**1.4. Religião**

Católica praticante [ ]

Católica não praticante [ ]

Outra \_\_\_\_\_

Sem religião [ ]

**1.5. Habilitações Académicas** (Assinale as mais elevadas)

Grau académico	Área Científica	Ano de conclusão
Licenciatura		
Mestrado		
Doutoramento		
Outro		

**1.6. Categoria Profissional**

Professor(a) Coordenador(a) Principal [ ]

Professor(a) Coordenador(a) [ ]

Professor(a) Adjunto(a) [ ]

Assistente 2.º Triénio [ ]

Assistente 1.º Triénio [ ]

Professor(a) equiparado(a) à categoria \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ %

Outra situação \_\_\_\_\_

**1.7. Possui o título de especialista ao abrigo do DL nº 206/2009 de 31 de agosto?**

Sim [ ] Não [ ]

**1.8. É especialista pela Ordem dos Enfermeiros?**

Sim [ ] Em que área? \_\_\_\_\_

Não [ ]

**1.9. Anos de exercício profissional como enfermeiro(a) em serviços de saúde** [ ]**1.10. Anos de exercício profissional como docente** [ ]



**1.11. Traços e Atitudes Pessoais (MCSDS-SF; Ballard, 1992)**

As afirmações seguintes referem-se a características individuais. Leia cada uma delas e decida se essa afirmação é, para si, VERDADEIRA (V) ou FALSA (F), assinalando a letra, à direita, que melhor corresponde ao que pensa de si.

1. Por vezes, quando não consigo aquilo que quero, fico com ressentimentos.	V [ ]	F [ ]
2. Em algumas ocasiões, deixei de fazer determinadas coisas por pensar que não tinha capacidade para isso.	V [ ]	F [ ]
3. Houve alturas em que senti vontade de me revoltar contra as pessoas com mais autoridade do que eu, apesar de saber que as mesmas estavam certas.	V [ ]	F [ ]
4. Ouço sempre com atenção os outros, independentemente de com quem estou a falar	V [ ]	F [ ]
5. Lembro-me de ocasiões em que fingi estar doente para obter algo que queria.	V [ ]	F [ ]
6. Houve ocasiões em que me aproveitei dos outros.	V [ ]	F [ ]
7. Quando cometo um erro, estou sempre disposto/a a admiti-lo.	V [ ]	F [ ]
8. Por vezes, tento vingar-me, em vez de perdoar e esquecer.	V [ ]	F [ ]
9. Sou sempre simpático(a), mesmo para as pessoas que são desagradáveis.	V [ ]	F [ ]
10. Nunca me aborreci quando as pessoas expressavam ideias muito diferentes das minhas.	V [ ]	F [ ]
11. Houve alturas em que tive bastante inveja da boa sorte dos outros.	V [ ]	F [ ]
12. Por vezes, sinto-me irritado(a) quando as pessoas me pedem favores.	V [ ]	F [ ]
13. Nunca disse nada de forma deliberada para magoar os sentimentos de outra pessoa.	V [ ]	F [ ]

**2. Perceções e Atitudes sobre a Sexualidade Humana**

**2.1 Em algum momento da sua vida participou, como formando(a) num curso, seminário, programa ou atividade sobre sexualidade?**

Sim [ ] Não [ ]

Se sim, por favor responda:

**2.1.1 De que tipo?** (Pode escolher mais de que uma opção)

Ação de formação [ ]

Curso de curta duração [ ]

Pós-graduação [ ]

Outro (especifique) \_\_\_\_\_

**2.1.2** Aproximadamente, **na totalidade**, quantas horas de formação sobre sexualidade frequentou nessas formações? \_\_\_\_\_

**2.2 Em algum momento da sua vida participou, como formador(a) num curso, seminário, programa ou atividade sobre sexualidade?**

Sim [ ] Não [ ]

Se sim, por favor responda:

**2.2.1 De que tipo?** (Pode escolher mais de que uma opção)

Ação de formação [ ]

Curso de curta duração [ ]

Pós-graduação [ ]

Outro (especifique) \_\_\_\_\_

**2.2.2** Aproximadamente, **na totalidade**, quantas horas de formação sobre sexualidade foram da sua responsabilidade nessas formações? \_\_\_\_\_

**2.3. Tendo em conta a sua idade e a sua experiência, que nível de conhecimentos julga possuir em relação à sexualidade humana?**

(Assinale com um X a sua posição nesta reta)

0 \_\_\_\_\_ 100  
Conhecimento nulo Conhecimento ideal

**2.3. Atitudes Sexuais** (Hendrick & Hendrick, 1987; versão portuguesa de Alferes, 1999)

Leia, atentamente, as afirmações que se seguem e que exprimem opiniões, pensamentos ou sentimentos. Em cada uma assinale com um círculo a sua posição, conforma as significações da escala abaixo:

1	2	3	4	5
Completamente em desacordo	Parcialmente em desacordo	Não sei/Nem concordo nem discordo	Parcialmente de acordo	Completamente de acordo

0. Não preciso de estar comprometido com uma pessoa para ter relações sexuais com ela.	1	2	3	4	5
1. O planeamento familiar faz parte de uma sexualidade responsável.	1	2	3	4	5
2. As relações ocasionais são aceitáveis.	1	2	3	4	5
3. O sexo torna-se melhor à medida que as relações progridem.	1	2	3	4	5
4. Gostaria de ter relações sexuais com muitos parceiros.	1	2	3	4	5
5. O sexo é melhor quando nos «deixamos ir» e nos centramos no nosso próprio prazer.	1	2	3	4	5
6. As «aventuras sexuais» de uma só noite são, por vezes, muito agradáveis.	1	2	3	4	5
7. As mulheres devem partilhar as responsabilidades do planeamento familiar.	1	2	3	4	5
8. É correto ter relações sexuais com mais do que uma pessoa no mesmo período de tempo.	1	2	3	4	5
9. O sexo é a forma mais íntima de comunicação entre duas pessoas.	1	2	3	4	5
10. É correto influenciar uma pessoa para ter relações sexuais sem fazer quaisquer promessas para o futuro.	1	2	3	4	5
11. O sexo é, em primeiro lugar, obter prazer através do outro.	1	2	3	4	5
12. As relações sexuais como simples troca de «serviços» são aceitáveis desde que ambos os parceiros estejam de acordo.	1	2	3	4	5
13. A educação sexual é importante para a juventude.	1	2	3	4	5
14. O melhor sexo é o que se faz na ausência de quaisquer «compromissos».	1	2	3	4	5
15. Um encontro sexual entre duas pessoas profundamente apaixonadas é a forma mais sublime de interação humana.	1	2	3	4	5
16. A vida teria menos problemas se as pessoas tivessem relações sexuais de modo mais livre.	1	2	3	4	5
17. O sexo é, principalmente, uma atividade física.	1	2	3	4	5
18. É possível gostar de ter relações sexuais com uma pessoa não gostando muito dessa pessoa.	1	2	3	4	5
19. Na sua melhor expressão, o sexo parece ser a fusão de dois «seres».	1	2	3	4	5
20. O sexo é mais divertido com alguém que não amamos.	1	2	3	4	5
21. O orgasmo é a melhor experiência do mundo.	1	2	3	4	5
22. É correto «pressionar» alguém para ter relações sexuais.	1	2	3	4	5
23. A masturbação é algo agradável e inofensivo.	1	2	3	4	5
24. É bom ter uma prolongada experiência sexual pré-marital.	1	2	3	4	5
25. Durante as relações sexuais, o conhecimento intenso do parceiro é o melhor «estado de espírito».	1	2	3	4	5
26. As «aventuras extraconjugais» são aceitáveis desde que o nosso parceiro não saiba nada delas.	1	2	3	4	5
27. Os homens devem partilhar as responsabilidades do planeamento familiar.	1	2	3	4	5
28. O sexo só pelo sexo é perfeitamente aceitável.	1	2	3	4	5
29. O sexo é, geralmente, uma experiência intensa e absorvente.	1	2	3	4	5
30. Sentir-me-ia confortável tendo relações sexuais com o meu parceiro na presença de outras pessoas.	1	2	3	4	5
31. O sexo é, principalmente, uma função corporal, tal como comer.	1	2	3	4	5
32. A prostituição é aceitável.	1	2	3	4	5
33. Usar «instrumentos e objetos sexuais» quando se faz amor é aceitável.	1	2	3	4	5
34. O sexo apenas como forma de «descarga» física é bom.	1	2	3	4	5
35. Masturbar o nosso parceiro durante as relações sexuais pode aumentar o prazer do sexo.	1	2	3	4	5
36. O sexo sem amor não faz sentido.	1	2	3	4	5
37. O sexo é uma parte muito importante da vida.	1	2	3	4	5
38. As pessoas deviam, no mínimo, ser amigas antes de terem relações sexuais.	1	2	3	4	5
39. O sexo é sobretudo um jogo entre machos e fêmeas.	1	2	3	4	5
40. Para que o sexo seja bom é necessário ter sentido para as pessoas.	1	2	3	4	5
41. Fazer sexo é, fundamentalmente, bom.	1	2	3	4	5
42. A principal finalidade do sexo é dar-mos prazer a nós mesmos.	1	2	3	4	5

**2.4. Atitudes face à Saúde Sexual** (Nemčić et al, 2005; versão portuguesa de Abreu, 2008)

Leia as afirmações seguintes, que se referem a opiniões sobre a saúde sexual e declare a sua posição indicando o grau do seu desacordo ou acordo. Em cada uma assinale com um círculo sua posição, conforme a escala abaixo:

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo / nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

1.	É importante que qualquer casal converse sobre doenças sexualmente transmissíveis.	1	2	3	4	5
2.	É importante saber se o nosso parceiro(a) possui um comportamento sexual promíscuo(a).	1	2	3	4	5
3.	Conversar sobre temas como doenças sexualmente transmissíveis pode comprometer um relacionamento amoroso.	1	2	3	4	5
4.	Uma mulher não tem que consultar regularmente o ginecologista se nunca teve relações sexuais.	1	2	3	4	5
5.	Depois de um diagnóstico de doença sexualmente transmissível ambos os parceiros devem receber tratamento.	1	2	3	4	5
6.	É importante ter diariamente hábitos de higiene pessoal com o nosso corpo.	1	2	3	4	5
7.	Homem e mulher são igualmente responsáveis pela compra de preservativos.	1	2	3	4	5
8.	A maioria das doenças sexualmente transmissíveis não interfere com a vida sexual	1	2	3	4	5
9.	A maioria das doenças sexualmente transmissíveis não interfere com a vida quotidiana.	1	2	3	4	5
10.	O risco de contrair uma doença venérea não é uma consequência do comportamento sexual mas do azar.	1	2	3	4	5
11.	É melhor esperar que um sintoma desagradável desapareça com o tempo do que ir ao médico de imediato.	1	2	3	4	5
12.	O aconselhamento por especialistas em saúde contribui para manter a saúde sexual.	1	2	3	4	5
13.	A muda diária da roupa interior é uma boa prática de higiene pessoal.	1	2	3	4	5
14.	Se uma pessoa descobrir que sofre de uma doença sexualmente transmissível, deverá falar sobre isso ao seu parceiro(a).	1	2	3	4	5
15.	Hoje em dia é difícil evitar ter relações sexuais com pessoas que conhecemos mal.	1	2	3	4	5
16.	É importante saber se o(a) nosso(a) parceiro(a) teve ou tem comportamentos sexuais promíscuos.	1	2	3	4	5
17.	É pouco provável que os problemas de infertilidade resultem de doenças sexualmente transmissíveis.	1	2	3	4	5
18.	Os meios de comunicação social fornecem suficiente informação sobre doenças sexualmente transmissíveis.	1	2	3	4	5
19.	É bom saber o máximo possível sobre as doenças sexualmente transmissíveis.	1	2	3	4	5
20.	Se eu contrair uma doença sexualmente transmissível, o único culpado será o(a) meu (minha) parceiro(a).	1	2	3	4	5
21.	A maioria das doenças sexualmente transmissíveis pode ser curada sem qualquer tratamento.	1	2	3	4	5
22.	Uma mulher não tem de visitar, regularmente, o ginecologista se não tem relações sexuais durante um longo período de tempo.	1	2	3	4	5
23.	O aparecimento de acne vaginal e de verrugas é um sintoma grave de doença.	1	2	3	4	5
24.	Não é importante se o meu parceiro não lava as mãos antes de tocar partes íntimas (petting).	1	2	3	4	5
25.	Devíamos refletir primeiro antes de iniciar a nossa vida sexual.	1	2	3	4	5
26.	Só devemos ter relações sexuais com quem confiamos.	1	2	3	4	5
27.	É divertido ter experiências sexuais com estranhos.	1	2	3	4	5
28.	Não é necessário saber muito do nosso(a) parceiro(a) para que a relação sexual seja uma agradável experiência.	1	2	3	4	5
29.	É melhor adiar as relações sexuais até que uma pessoa esteja disposta a assumir a responsabilidade pelos seus atos.	1	2	3	4	5
30.	Uma boa maneira de obter prazer sexual é praticando relações sexuais sob o efeito de drogas.	1	2	3	4	5
31.	Uma boa razão para ir a uma festa, é aí encontrar alguém desconhecido com quem possamos ter uma relação sexual.	1	2	3	4	5
32.	A fidelidade é muito importante num relacionamento.	1	2	3	4	5
33.	É aborrecido ter o mesmo parceiro(a) sexual muito tempo.	1	2	3	4	5
34.	Qualquer contacto sexual é uma experiência muito íntima.	1	2	3	4	5
35.	É importante que uma pessoa possa conversar com seu parceiro(a) sexual sobre as suas experiências sexuais passadas.	1	2	3	4	5
36.	Não devemos envolver-nos sexualmente com alguém quando não se sabe o suficiente sobre o passado sexual dessa pessoa.	1	2	3	4	5

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo / Nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
37. O preservativo reduz a qualidade do prazer sexual por isso é melhor não o usar.	1	2	3	4	5
38. É possível desfrutar da relação sexual mesmo quando se usa um preservativo.	1	2	3	4	5
39. Se estivermos apaixonados por alguém não é prático utilizar o preservativo.	1	2	3	4	5
40. A pílula contraceptiva confere uma relação sexual segura.	1	2	3	4	5
41. O uso de preservativos mostra a falta de confiança no(a) parceiro(a).	1	2	3	4	5
42. Se o nosso(a) parceiro(a) não quiser usar o preservativo, devemos respeitar essa vontade e ter relações sexuais sem o preservativo.	1	2	3	4	5
43. Pensar sobre doenças sexualmente transmissíveis reduz o prazer de ter relações sexuais.	1	2	3	4	5
44. Quando um relacionamento dura mais que um mês deixa de ser necessário utilizar o preservativo.	1	2	3	4	5
45. A pílula contraceptiva tira a espontaneidade da relação sexual.	1	2	3	4	5
46. É mais importante a nossa saúde do que uma breve experiência sexual.	1	2	3	4	5
47. Comprar preservativos é uma situação muito embaraçosa que põe à vista de todos a nossa intimidade.	1	2	3	4	5
48. Não há razão para mudar hábitos e comportamentos que nos dão prazer, mesmo que alguém nos diga que são prejudiciais à nossa saúde.	1	2	3	4	5
49. É impossível contrair uma doença sexualmente transmissível quando temos sempre o mesmo parceiro(a).	1	2	3	4	5
50. A possibilidade de ter cancro do útero ou tornar-se estéril é uma razão suficiente para as mulheres mudarem os seus maus hábitos sexuais.	1	2	3	4	5

### 3. Atitudes e Crenças sobre a Sexualidade Humana na Enfermagem

#### 3.1. Atitudes e Crenças sobre a Sexualidade (Reynolds & Magnan, 2005; versão portuguesa de Dias & Sim-Sim, 2011)

Por favor, assinale o número que melhor representa a sua concordância ou discordância com cada afirmação, tendo em conta a seguinte escala:

1	2	3	4	5	6
Discordo Fortemente					Concordo Fortemente

1. Discutir sexualidade é essencial para os resultados em saúde dos doentes.	1	2	3	4	5	6
2. Compreendo como as doenças e os tratamentos dos meus doentes, podem afetar a sua sexualidade.	1	2	3	4	5	6
3. Estou mais à vontade para falar com os meus doentes sobre assuntos sexuais do que a maioria dos enfermeiros com quem trabalho.	1	2	3	4	5	6
4. A maioria dos doentes hospitalizados está demasiado doente para se interessar pela sexualidade.	1	2	3	4	5	6
5. Eu arranjo tempo para discutir com os meus doentes as suas preocupações sexuais.	1	2	3	4	5	6
6. Sempre que os doentes me fazem uma pergunta relacionada com a sexualidade, aconselho-os a discutir o assunto com o seu médico.	1	2	3	4	5	6
7. Confio na minha capacidade para abordar com os doentes as suas preocupações sexuais.	1	2	3	4	5	6
8. A sexualidade é um assunto demasiado privado para discutir com os doentes.	1	2	3	4	5	6
9. Permitir que um doente fale sobre as suas preocupações sexuais é uma responsabilidade de enfermagem.	1	2	3	4	5	6
10. A sexualidade deveria ser abordada somente quando a iniciativa partisse do doente.	1	2	3	4	5	6
11. Os doentes esperam que os enfermeiros os questionem sobre as suas preocupações sexuais.	1	2	3	4	5	6

## 4. O Processo de Ensino-Aprendizagem da Sexualidade Humana

**SECÇÃO A**

**4.1. Durante o seu exercício como docente de enfermagem, ao nível do 1º ciclo, já lecionou conteúdos relativos à sexualidade?**

Sim [ ] Não [ ]

Se sim, responda às questões seguintes: *(Se não, passe à secção B)*

**a) Em que unidades curriculares? A que ano pertencem?** *(Por favor, exclua as UC Estágio)*

	Unidade curricular	Ano de curso
UC 1		
UC 2		
UC 3		
UC 4		
UC 5		
UC 6		

**b) Que conteúdos abordou? Se possível, relacione os conteúdos por unidade(s) curricular(es).**

*(Pode assinalar mais do que uma opção)*

Temas	Subtema ( <b>Conteúdos</b> )	Assinale e identifique a(s) UC ou UC(s)	
Físico e fisiológico	1. Estruturas sexuais físicas e seu funcionamento		
	2. Modificações pubertárias		
	3. Respostas sexuais próprias [autoerotismo, masturbação]		
	4. Modelos de resposta sexual humana		
Proteção e prevenção	5. Métodos contraceptivos		
	6. Prevenção da gravidez não desejada		
	7. Interrupção voluntária da gravidez		
	8. Infecções sexualmente transmitidas		
Atitudes	9. Liberalismo & tradicionalismo		
	10. Duplo padrão sexual [definição de papéis masculinos e femininos]		
Idade e desenvolvimento humano	11. Sexualidade na infância e adolescência		
	12. Sexualidade na jovem adultícia e adultez		
	13. Sexualidade na terceira idade		
	14. Gravidez na adolescência		
	15. Família, procriação e (In) fertilidade		
	16. Sexualidade no ciclo gravídico-puerperal		
	17. Sexualidade na deficiência		
	18. Sexualidade na doença [influência dos processos de doença, doença crónica, sequelas por trauma...]		
	19. Educação e cuidados durante a gravidez, parto e puerpério		
Educação sexual formal e informal	20. Na família		
	21. Na escola		
	22. No grupo de amigos		
	23. Nos <i>mass-media</i>		

Temas	Subtema ( <b>Conteúdos</b> )	Assinale e identifique a(s) UC ou UC(s)	
Interação do par	24. Modelos de educação sexual		
	25. Amor/respeito afetivo-sexual		
	26. Comportamentos de cortejar		
Culturas sociais, culturas no género	27. Violência no namoro e relacionamento de curta e longa duração [casamento, união de facto...]		
	28. Expressões de heterossexualidade, bissexualidade, homossexualidade, transsexualidade, transgenderismo		
	29. Mutilação genital		
	30. Sexo comercial [prostituição masculina e feminina]		
	31. Sexo e ciberespaço		
Comportamentos de risco associados	32. Mitos e crenças		
	33. Álcool e drogas		
	34. Múltiplos parceiros e parceiros ocasionais		
Desvios e comportamentos de minorias	35. Sexo desprotegido		
	36. Abuso de menores e outros vulneráveis		
	37. Comportamento sexual compulsivo		
Ética	38. Voyeurismo, exibicionismo, froteurismo, zoofilia, parafilias		
	39. A dimensão ética da sexualidade		
Outros:			

c) De que tipologia foram as sessões letivas dedicadas à abordagem da sexualidade? Se possível, relacione a tipologia por unidade(s) curricular(es).

(Pode assinalar mais do que uma opção)

Tipologia das sessões letivas	Assinale e identifique a(a) UC ou UC(s)	
1. Teóricas		
2. Teórico-práticas		
3. Práticas laboratoriais		
4. Orientação tutorial		
5. Trabalho de campo		
6. Seminário		
7. Projeto		
Outra:		

d) Que estratégias utilizou na abordagem da sexualidade?

(Pode assinalar mais do que uma opção)

1. Exposição do professor		11. Trabalho de grupo	
2. Exposição-demonstração do professor		12. Leitura comentada de textos	
3. Brainstorming ou tempestade de ideias		13. Trabalho de campo	
4. Role-playing		14. Mapas conceptuais	
5. Visionamento de filmes		15. Grupos de discussão	
6. Visionamento de diapositivos		16. Resolução de problemas	
7. Estudos de caso		Outras:	
8. Pesquisa bibliográfica			
9. Dramatização			

10. Questionamento

e) Que tipo(s) de instrumento(s) de avaliação utilizou para avaliação formal da abordagem da sexualidade?

(Pode assinalar mais do que uma opção)

1. Teste escrito	
2. Trabalho individual	
3. Trabalho de grupo	
4. Relatório da atividade	
5. Portefólio	
6. Reflexão individual	
Outros:	

### SECÇÃO B

4.2. Durante o seu exercício docente, e no âmbito do ensino clínico, houve alguma situação que se relacionasse com questões da sexualidade?

Sim [ ] Não [ ]

Se sim, responda às questões seguintes: (Se não, passe à secção C)

a) Em que estágios? A que ano pertencem? Qual o âmbito do estágio?

	Estágio	Ano de curso	Âmbito do estágio (p. ex.: cirurgia, medicina, maternidade, saúde comunitária, ...)
UC 1			
UC 2			
UC 3			
UC 4			
Outro:			

b) No contexto de que atividades surgiram estas situações?

(Pode assinalar mais do que uma opção)

Temas	Exemplos ( <i>Atividades</i> )	Assinale
AV Higiene pessoal e vestir-se	1. Prestação de cuidados de higiene geral	

	2. Prestação de cuidados de higiene aos genitais	
	3. Ligado à exposição corporal da pessoa [despir]	
AV Respirar	4. Resposta sexual humana e modificações dos ciclos respiratórios	
AV Controlar a temperatura corporal	5. Variações de temperatura no ciclo feminino de fertilidade	
	6. Hipertermia e disponibilidade sexual	
AV Comer e beber	7. Prestação de cuidados à puérpera que amamenta	
	8. Informação sobre alimentos afrodisíacos	
AV Eliminar	9. Procedimentos de algaliação	
	10. Procedimentos de enema	
	11. Características dos lóquios	
AV Mover-se	12. Apoio em proximidade física para deambulação	
	13. Levante da cama/cadeirão	
Temas	Exemplos ( <b>Atividades</b> )	Assinale
AV Trabalhar e divertir-se	14. Receios de incapacidade	
	15. Fantasias de desempenho e aquisição de competências sexuais	
	16. Educação para a saúde em utentes com ocupação/profissão ligada a sexo pagos	
AV Comunicar	17. Momento de conversação com a pessoa	
	18. Anedota promíscua	
AV Dormir	19. Ereção/excitação no sono	
	20. Sonhos molhados	
AV Manter o ambiente seguro	21. Administração de terapêutica [efeitos secundários...]	
	22. Educação para a saúde em situação individual	
	23. Educação para a saúde em situação de grupo	
	24. A propósito duma situação de abuso sexual	
AV Expressar a sexualidade	25. Ciclo menstrual	
	26. Orientação hetero, homo ou bissexual	
	27. Administração de terapêutica com efeitos na sexualidade	
	28. A propósito de uma questão colocada pela pessoa	
	29. A propósito de uma questão colocada pelo estudante	
	30. A propósito de uma situação de masturbação	
	31. No caso de assédio sexual em relação ao estudante	
	32. Prestação de cuidados à mulher grávida	
Outras:		

**c) Maioritariamente, estas situações aconteceram em contexto de estágio?**

Na comunidade

Numa instituição hospitalar

Noutro local \_\_\_\_\_

**d) Globalmente, como se sentiu, enquanto docente, nestas situações?**

(Assinale o número que melhor responde à situação)

À-vontade	1	2	3	4	5	6	7	Constrangido
Enervado	1	2	3	4	5	6	7	Calmo
Entusiasmado	1	2	3	4	5	6	7	Aborrecido
Conhecedor	1	2	3	4	5	6	7	Ignorante
Inseguro	1	2	3	4	5	6	7	Confiante
Discreto	1	2	3	4	5	6	7	Intrrometido
Eficiente	1	2	3	4	5	6	7	Ineficiente
Responsável	1	2	3	4	5	6	7	Irresponsável



**SECÇÃO C****4.3. Que importância atribui ao ensino da sexualidade na formação em enfermagem?***(Assinale com um X a sua posição nesta reta)*

0 \_\_\_\_\_ 100  
Sem importância Extremamente importante

**4.4. Durante o seu exercício docente envolveu-se em atividades extracurriculares no âmbito da sexualidade?**

Sim [ ] Não [ ]

Se sim, de que tipo?

*(Pode assinalar mais do que uma opção)*

Palestras	
Conferências	
Atividades em contexto comunitário	
Seminários	
Outras:	

**4.5. Em termos globais, como considera o seu nível de conforto relativamente ao exercício docente no âmbito da sexualidade?***(Assinale com um X a sua posição nesta reta)*

0 \_\_\_\_\_ 100  
Totalmente desconfortável Extremamente confortável

**4.6. Como considera que o seu nível de conforto foi evoluindo ao longo do seu exercício docente?***(Assinale a sua posição)*

1	2	3	4	5
Não evoluiu	Evoluiu pouco	Evoluiu moderadamente	Evoluiu muito	Evoluiu muitíssimo

**4.7. Sente-se preparado(a) para integrar a sexualidade no âmbito do seu exercício docente?***(Assinale com um X a sua posição nesta reta)*

0 \_\_\_\_\_ 100  
Nada preparado(a) Totalmente preparado(a)

**4.8. Na sua opinião, em que medida os seguintes aspetos, relativos aos estudantes, professores e à situação de interação, influenciam o processo ensino-aprendizagem da sexualidade no seu exercício docente?****ESTUDANTES:**

	Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo
1. As características da personalidade do estudante.	1	2	3	4	5
2. A maturidade do estudante.	1	2	3	4	5
3. Os interesses pessoais do estudante.	1	2	3	4	5
4. A estrutura cognitiva do estudante.	1	2	3	4	5
5. A experiência individual do estudante.	1	2	3	4	5

6.	A história individual do estudante.	1	2	3	4	5
7.	As competências comunicacionais do estudante.	1	2	3	4	5
8.	A história da escolarização do estudante.	1	2	3	4	5
9.	Como procura o “saber” fora da escola.	1	2	3	4	5
10.	A motivação para a aprendizagem.	1	2	3	4	5
11.	Os mitos e crenças sobre a sexualidade.	1	2	3	4	5
12.	As atitudes e valores sobre a sexualidade.	1	2	3	4	5
13.	O percurso e vivência do curso de enfermagem.	1	2	3	4	5
14.	As expetativas profissionais do estudante.	1	2	3	4	5

		Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo
<b>PROFESSORES:</b>						
1.	A formação específica na área da sexualidade.	1	2	3	4	5
2.	A visão crítica e construtiva sobre a sexualidade.	1	2	3	4	5
3.	O domínio das metodologias de ensino.	1	2	3	4	5
4.	As relações interpessoais que estabelece com os estudantes.	1	2	3	4	5
5.	As competências comunicacionais do professor.	1	2	3	4	5
6.	Os mitos e crenças sobre a sexualidade.	1	2	3	4	5
7.	As atitudes e valores sobre a sexualidade.	1	2	3	4	5

		1	2	3	4	5
<b>SITUAÇÃO DE INTERAÇÃO:</b>						
1.	A seleção da situação ou experiência de aprendizagem.	1	2	3	4	5
2.	A organização da situação ou experiência de aprendizagem.	1	2	3	4	5
3.	A tipologia de ensino selecionada.	1	2	3	4	5
4.	O tempo despendido para a abordagem do assunto.	1	2	3	4	5
5.	A dimensão do grupo turma.	1	2	3	4	5
6.	Os processos cognitivos suscitados.	1	2	3	4	5
7.	A participação do estudante.	1	2	3	4	5
8.	A interação professor-estudante.	1	2	3	4	5
9.	A interação estudante-estudante.	1	2	3	4	5
10.	A oportunidade do estudante em exprimir as suas opiniões e preocupações.	1	2	3	4	5
11.	O ambiente em que a situação ou experiência de aprendizagem ocorreu.	1	2	3	4	5
12.	A promoção do debate e da discussão.	1	2	3	4	5

**4.9 No processo de ensino-aprendizagem da sexualidade, a abordagem que mais dominou na sua atividade como docente foi:** (Assinale apenas o que considera o modelo mais representativo)

1	2	3	4
<b>Modelo Médico-Preventivo</b> Centrado na prevenção de riscos e transmissão de informação	<b>Modelo Moral</b> Centrado na cultura dominante com adiamento da intimidade sexual após casamento	<b>Modelo Liberal Impositivo</b> Centrado no combate ao conservadorismo e idealismo da libertação sexual e social	<b>Modelo Biográfico</b> Centrado no desenvolvimento individual com debate de atitudes, riscos e proteção

**4.10. Considera os estudantes no final do curso preparados para o desenvolvimento da prática clínica no âmbito da sexualidade?**

(Assinale com um X a sua posição nesta reta)

0 \_\_\_\_\_ 100  
 Nada preparados Totalmente preparados

**4.11. Dos seguintes aspetos, relativos à abordagem da sexualidade, como perceciona o nível de à-vontade dos estudantes no desenvolvimento da prática clínica no final da sua formação?**

Domínios das competências do enf <sup>o</sup> cuidados gerais (OE)	Atividades	Nada à-vontade	Pouco à-vontade	Moderadamente à-vontade	Muito à-vontade	Totalmente à-vontade
Prática profissional, ética e legal	1. A cuidar de uma pessoa do mesmo sexo	1	2	3	4	5
	2. A cuidar de uma pessoa do sexo oposto	1	2	3	4	5
	3. A cuidar de uma pessoa com orientação homossexual	1	2	3	4	5
	4. A cuidar de uma pessoa com orientação heterossexual	1	2	3	4	5
	5. A cuidar de uma pessoa que mudou de sexo	1	2	3	4	5
	6. A cuidar de um casal homossexual	1	2	3	4	5
	7. A cuidar de um casal heterossexual	1	2	3	4	5
Prestação e gestão de cuidados	8. A cuidar de uma pessoa após enfarte agudo do miocárdio	1	2	3	4	5
	9. A cuidar de uma mulher pós-mastectomia	1	2	3	4	5
	10. A fornecer orientações relativas aos efeitos da medicação na sexualidade	1	2	3	4	5
	11. A orientar um adolescente sobre o seu desenvolvimento afetivo-sexual	1	2	3	4	5
	12. A realizar uma consulta de planeamento familiar	1	2	3	4	5
	13. A realizar uma consulta de vigilância pré-natal	1	2	3	4	5
	14. A realizar uma sessão de educação para a saúde sobre educação sexual	1	2	3	4	5
	15. A cuidar de uma pessoa de idade avançada	1	2	3	4	5
	16. A cuidar de uma pessoa com VIH	1	2	3	4	5
	17. A cuidar de uma mulher no período de puerpério	1	2	3	4	5
Desenvolvimento profissional	18. A discutir aspetos da sexualidade na equipa de saúde	1	2	3	4	5
	19. A utilizar a prática baseada na evidência	1	2	3	4	5

**MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!**



## **APÊNDICE C – Pedido de autorização às Escolas**



Exmo.(a) Sr.(a) Diretor(a) da Escola Superior de

Professor(a)

Sou, Hélia Maria da Silva Dias, professora adjunta da Escola Superior de Saúde de Santarém do Instituto Politécnico de Santarém, doutoranda em Enfermagem na especialidade de Educação em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa e encontro-me a desenvolver uma tese de doutoramento sobre o processo de ensino aprendizagem da sexualidade no ensino de enfermagem, com o título *“Do ensino à aprendizagem da sexualidade: Estudo ao nível do 1.º ciclo em enfermagem”* sob orientação científica da Professora Doutora Margarida Sim-Sim da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus de Évora da Universidade de Évora, com provas públicas para registo definitivo a 12/09/2011.

A importância de tomar como objeto de estudo o ensino da sexualidade na formação em enfermagem reside em aspetos que vão desde os problemas com que o contexto de saúde atual se debate, aos resultados de diversos estudos que mostram que quer para profissionais de enfermagem, quer para professores e estudantes existem conhecimentos reduzidos sobre a sexualidade humana. Em Portugal, não existe nenhum estudo sobre esta temática, assim, a partir da questão de investigação:

Como se caracteriza o processo ensino-aprendizagem da sexualidade humana ao nível da formação em enfermagem (1.º ciclo), segundo estudantes e professores?

Os objetivos são:

Analisar o processo ensino-aprendizagem da sexualidade humana na formação em enfermagem (1.º ciclo), segundo estudantes e professores

Definir um currículo mínimo que promova o desenvolvimento das competências para lidar com a sexualidade no contexto da prática clínica de enfermagem.

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo e explicativo. A população alvo constitui-se nos estudantes das escolas de saúde e de enfermagem públicas portuguesas que frequentam o 1.º e 4.º anos do curso de enfermagem e nos professores da área científica de enfermagem. Em termos de instrumentos de colheita de dados selecionaram-se o questionário e a análise documental.

Neste sentido, vimos solicitar autorização para aplicação de um questionário aos estudantes do 1.º e 4.º anos e aos professores, bem como, a possibilidade de efetuar análise documental a materiais disponibilizados pelos professores no âmbito da sua atividade pedagógica que se relacionem à abordagem da sexualidade. A previsão dos momentos de colheita é a seguinte:

Participantes	Momento de colheita de dados	Instrumento de Colheita de Dados
Estudantes do 4º ano (código 9500) a terminar o curso em 2011/2012	Entre junho e julho de 2012	Questionário
Estudantes do 1º ano (código 9500) a iniciar o curso em 2012/2013	Entre setembro e outubro de 2012	Questionário
Professores da área científica de enfermagem	Entre junho e julho de 2012	Questionário

De igual forma, solicitamos a designação de uma pessoa de referência com a qual possamos contactar diretamente para desenvolvimento de todo este processo de colheita de dados.

Mais informamos que este estudo tem parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, comprometendo-nos, desde já a cumprir e respeitar todos os princípios ético-deontológicos inerentes a um estudo desta natureza. Particularmente, a compatibilizar as necessidades da pesquisa com o respeito ao quotidiano do funcionamento da vossa instituição, a esclarecer devida e adequadamente qualquer dúvida ou questionamento que os participantes venham a ter no momento da pesquisa, ou posteriormente, bem como a respeitar a confidencialidade de todos os dados colhidos.

Certa da Vossa melhor atenção  
Com os melhores cumprimentos

Hélia Dias

Contactos:

Hélia Maria da Silva Dias

Praceta João Caetano Brás, n.º 3- 5.º C 2005-517 Santarém

Telemóvel: 912251657

e-mail: [h11sdias@hotmail.com](mailto:h11sdias@hotmail.com) ou [helia.dias@essaude.ipsantarem.pt](mailto:helia.dias@essaude.ipsantarem.pt)



## **APÊNDICE D – Testes de normalidade**



Tabela D1

Resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov, do teste Shapiro-Wilk e do teste de Levene das variáveis em estudo por amostra

Escala / Subescala	Amostra	Teste da normalidade		Teste homogeneidade variância	
		Kolmogorov-Smirnov *	Shapiro-Wilk	Teste de Levene	
		<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	
SABS	1º Ano	.006	-	A partir da M	.655
	4º Ano	.073	-	A partir da Me	.609
	Professores	-	.061	A partir da Me corrigida	.609
				A partir da M aparada	.623
Subescalas da EAS					
Permissividade	1º Ano	.000	-	A partir da M	.815
	4º Ano	.007	-	A partir da Me	.969
	Professores	-	.112	A partir da Me corrigida	.969
				A partir da M aparada	.907
Comunhão	1º Ano	.001	-	A partir da M	.547
	4º Ano	.001	-	A partir da Me	.556
	Professores	-	.007	A partir da Me corrigida	.556
				A partir da M aparada	.535
Instrumentalidade	1º Ano	.000	-	A partir da M	.335
	4º Ano	.000	-	A partir da Me	.328
	Professores	-	.386	A partir da Me corrigida	.328
				A partir da M aparada	.329
Responsabilidade	1º Ano	.000	-	A partir da M	.016
	4º Ano	.000	-	A partir da Me	.012
	Professores	-	.000	A partir da Me corrigida	.012
				A partir da M aparada	.027
Subescalas da EASS					
Cuidados pessoais	1º Ano	.000	-	A partir da M	.028
	4º Ano	.000	-	A partir da Me	.146
	Professores	-	.002	A partir da Me corrigida	.147
				A partir da M aparada	.093
Princípios Comportamento Sexual	1º Ano	.000	-	A partir da M	.123
	4º Ano	.000	-	A partir da Me	.139
	Professores	-	.094	A partir da Me corrigida	.139
				A partir da M aparada	.145
Sexo seguro	1º Ano	.000	-	A partir da M	.090
	4º Ano	.000	-	A partir da Me	.204
	Professores	-	.011	A partir da Me corrigida	.204
				A partir da M aparada	.133
Nível conhecimentos sobre sexualidade	1º Ano	.035	-	A partir da M	.369
	4º Ano	.000	-	A partir da Me	.339
	Professores	-	.244	A partir da Me corrigida	.339
				A partir da M aparada	.337
Importância atribuída ao ensino sexualidade	1º Ano	.000	-	A partir da M	.061
	4º Ano	.000	-	A partir da Me	.168
	Professores	-	.000	A partir da Me corrigida	.168
				A partir da M aparada	.084
Nível de conforto	4º Ano	.200	-	A partir da Me	.721
	Professores	-	.821	A partir da Me corrigida	.721
				A partir da M aparada	.682
	Prep. doc. sexualidade	Professores	-	.176	--

Escala / Subescala	Amostra	Teste da normalidade		Teste homogeneidade variância	
		Kolmogorov-Smirnov*	Shapiro-Wilk	Teste de Levene	
		<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	
Opinião prep. Doc. Sex.	4º Ano	.051	-	--	
Preparação para integrar a sexualidade na prática clínica	4º Ano	.015	-	A partir da M	.053
	Professores	-	.476	A partir da Me	.080
				A partir da Me corrigida	.080
				A partir da M aparada	.052

\*Com correção de Lilliefors

## **APÊNDICE E – Síntese dos materiais recolhidos por Escola**



Tabela E1

*Unidades curriculares do ensino teórico onde foi identificada a abordagem da sexualidade segundo estudantes do 4º ano por escola*

Escola	A			L			M			U			V		
	Respostas		%	Respostas		%	Respostas		%	Respostas		%	Respostas		%
	N	casos		N	casos		N	casos		N	casos		N	casos	
Unidade Curricular															
101 Psicologia 1	3	1.7	5.9	11	5.8	31.4	1	2.3	4.8	5	3.0	7.7	5	3.1	9.3
102 Psicologia 2	1	0.6	2.0	-	-	-	3	6.8	14.3	1	0.6	1.5	6	3.8	11.1
103 Sociologia 1	1	0.6	2.0	-	-	-	-	-	-	5	3.0	7.7	7	4.4	13.0
104 Sociologia 2	-	-	-	1	0.5	2.9	-	-	-	5	3.0	7.7	4	2.5	7.4
105 Sociologia 3	-	-	-	7	3.7	20.0	-	-	-	-	-	-	6	3.8	11.1
106 Anat/fisio/patologia 1	41	22.9	80.4	20	10.6	57.1	5	11.4	23.8	20	11.9	30.8	31	19.4	57.4
107 Anat/fisio/patologia 2	1	0.6	2.0	3	1.6	8.6	-	-	-	1	0.6	1.5	-	-	-
108 Anat/fisio/patologia 3	1	0.6	2.0	14	7.4	40.0	3	6.8	14.3	-	-	-	17	10.6	31.5
109 Fundamentos enf 1	9	5.0	17.6	26	13.8	74.3	4	9.1	19.0	-	-	-	3	1.9	5.6
110 Enf/Adult/Idoso 2	2	1.1	3.9	11	5.8	31.4	7	15.9	33.3	13	7.7	20.0	16	10.0	29.6
111 Enf/Adult/Idoso 3	23	12.8	45.1	-	-	-	3	6.8	14.3	2	1.2	3.1	-	-	-
112 Enf Comunitária 2	12	6.7	23.5	-	-	-	-	-	-	1	0.6	1.5	-	-	-
113 Enf Comunitária 3	2	1.1	3.9	-	-	-	-	-	-	16	9.5	24.6	-	-	-
114 Enf Comunitária 4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1.8	4.6	-	-	-
115 Enf SReprod 3	50	27.9	98.0	35	18.5	100.0	18	40.9	85.7	65	38.7	100.0	53	33.1	98.1
116 Enf Cr/Adolesc 3	5	2.8	9.8	27	14.3	77.1	-	-	-	20	11.9	30.8	10	6.3	18.5
117 Enf SMental 3	17	9.5	33.3	32	16.9	91.4	-	-	-	11	6.5	16.9	1	0.6	1.9
118 Enf AltoRisco 4	11	6.1	21.6	2	1.1	5.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
119 Educação Sde 1	50	27.9	98.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
120 Form/desen 3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.6	1.9
Total	179	100.0	351.0	189	100.0	540.0	44	100.0	209.5	168	100.0	258.5	160	100.0	296.3





Tabela E2

*Unidades curriculares do ensino clínico onde foi identificada a abordagem da sexualidade segundo estudantes do 4º ano por escola*

Escola	A			L			M			U			V		
	Respostas		% casos	Respostas		% casos	Respostas		% casos	Respostas		% casos	Respostas		% casos
	N	%		N	%		N	%		N	%		N	%	
101 Fundamentos de enf 1	1	1.4	2.9	1	1.4	3.7	-	-	-	3	1.8	5.0	-	-	-
102 Fundamentos de enf 2	4	5.8	11.8	1	1.4	3.7	2	10.5	12.5	1	0.6	1.7	-	-	-
103 Enf médico/cirúrgica 2	-	-	-	7	10.1	27.9	-	-	-	7	4.1	11.7	14	17.3	33.3
104 Enf médico/cirúrgica 3	2	2.9	5.9	-	-	-	-	-	-	5	2.9	8.3	-	-	-
105 Enf comunitária 3	15	21.7	44.1	3	4.3	11.1	-	-	-	40	23.5	66.7	-	-	-
106 Enf comunitária 4	13	18.8	38.2	9	13.0	33.3	3	15.8	18.8	45	26.5	75.0	18	22.2	42.9
107 Enf saúde reprodutiva 3	21	30.4	61.8	21	30.4	77.8	5	26.3	31.3	39	22.9	65.0	39	48.1	92.9
108 Enf crian/adolescente 3	-	-	-	9	13.0	33.3	-	-	-	2	1.2	3.3	2	2.5	4.8
109 Enf sde mental/psiq 3	-	-	-	9	13.0	33.3	-	-	-	-	-	-	2	2.5	4.8
110 Enf ortotrauma 3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1.2	3.3	4	4.0	9.5
111 Estágio integração vida profissional	10	14.5	29.4	9	13.0	33.3	9	47.4	56.3	26	15.3	43.3	2	2.5	4.8
Total	69	100.0	202.9	69	100.0	255.6	19	100.0	118.8	170	100.0	283.3	81	100.0	192.2



**APÊNDICE F – Pedido e recolha de dados na 2ª fase do estudo**



Caro(a) Professor(a),

Na expectativa de que este meu novo contacto possa, mais uma vez, merecer a melhor atenção, venho solicitar a vossa colaboração para a 2.ª fase do desenvolvimento do doutoramento em enfermagem que estou a realizar sobre o processo ensino aprendizagem da sexualidade humana no curso de enfermagem. Para este estudo obtive já autorização da vossa instituição.

Assim, após a 1.ª análise dos questionários aplicados aos estudantes do 4.º ano foram identificadas as unidades curriculares onde na perspetiva dos estudantes a sexualidade foi trabalhada. Neste sentido, para dar continuidade ao estudo, venho solicitar que me possam enviar das unidades curriculares abaixo referenciadas:

- a ficha da unidade curricular constante do plano de estudos;
- a ficha da unidade curricular que é elaborada pelo titular referente ao planeamento operacional (se possível, com referência a um ano letivo compreendido entre os anos letivos 2008/2009 a 2011/2012);
- eventuais documentos que o professor elaborou e disponibilizou aos estudantes;
- trabalhos que os estudantes tenham elaborado sobre a sexualidade.

1º ano
2º ano
3º ano
4º ano

Agradecia, igualmente, que fizesse chegar a cada professor titular das unidades curriculares um questionário que envio, via correio, para que possam responder ao mesmo. Uma vez que na vossa escola obtive na fase anterior 2 respostas, caso estes professores já tenham respondido, queiram considerar esta solicitação sem efeito. Segue um envelope de correio verde endereçado para resposta, a qual desde já agradeço.

A resposta à solicitação das unidades curriculares pode vir por mail, caso vos seja possível.

Dado, a necessidade de cc  
a resposta pudesse ser en

Reenvio os meus contactos:

Hélia Dias, Escola Superior de Saúde de Santarém

Mail: [h11sdias@hotmail.com](mailto:h11sdias@hotmail.com)

Telemóvel: 912251657

Antecipadamente grata por toda a disponibilidade,  
Envio os meus melhores cumprimentos,

Hélia Dias

## **APÊNDICE G – Síntese das unidades curriculares analisadas**





Distribuição do tipo de materiais recolhidos por escola, ano curricular e área de educação e formação

Escola	Área de educação e formação	Fichas de unidade curricular		Materiais	
		Plano de estudos	Operacional	Elaborados pelo professor	Trabalhos realizados pelos estudantes
Ano curricular 1 <sup>o</sup>					
A	721	2			
	723	1			
L	310		1		
	721		2		
	723		2		
M	721	2			
U	310	1			
	721	1			
	723	2*			
V	312		1		
	721		1		
Ano curricular 2 <sup>o</sup>					
A	723	3*			
L	721		1		
	723		3		
M	723	3			
U	723	1			
V	310		2		
	723		4**		
Ano curricular 3 <sup>o</sup>					
A	723	4*			
L	310		1		
	721		1		
	723		6***		Sim
M	723	3*			
U	723	5**			
V	723		3**		Sim
Ano curricular 4 <sup>o</sup>					
A	723	3**			
L	723		3***		
M	723	2**			
U	723	3**			
V	723		2**		

\*1 UC estágio

\*\*2 UC estágio

\*\*\*3 UC estágio



**APÊNDICE H – Grelhas de análise de documental**



**Grelha de análise da dimensão “Objetivos” organizada pelos níveis da estrutura do processo cognitivo de Bloom revista**

Dimensão do processo cognitivo					
Lembrar	Entender	Aplicar	Analisar	Avaliar	Criar

**Grelha de análise da dimensão “Conteúdos”**

Tema	Subtema (Conteúdos)	AEF	Unidade Curricular <sup>a)</sup>	Trabalhos
Físico e fisiológico	Estruturas sexuais físicas e seu funcionamento			
	Modificações pubertárias			
	Respostas sexuais próprias [autoerotismo, masturbação]			
	Modelos de resposta sexual humana			
Proteção e prevenção	Métodos contraceptivos			
	Prevenção da gravidez não desejada			
	Interrupção voluntária da gravidez			
	Infeções sexualmente transmitidas			
Atitudes	Liberalismo & tradicionalismo			
	Duplo padrão sexual [definição de papéis masculinos e femininos]			
Idade e desenvolvimento humano	Sexualidade na infância e adolescência			
	Sexualidade na jovem adultícia e adultez			
	Sexualidade na terceira idade			
	Gravidez na adolescência			
	Família, procriação e (In) fertilidade			
	Sexualidade no ciclo gravídico-puerperal			
	Sexualidade na deficiência			
	Sexualidade na doença [influência dos processos de doença, doença crónica, sequelas por trauma...]			
Educação e cuidados durante a gravidez, parto e puerpério				
Educação sexual formal e informal	Na família			
	Na escola			
	No grupo de amigos			
	Nos <i>mass-media</i>			
	Modelos de educação sexual			
Interação do par	Amor/respeito afetivo-sexual			
	Comportamentos de cortejar			
	Violência no namoro e relacionamento de curta e longa duração [casamento, união de facto...]			
Culturas sociais, culturas no género	Expressões de heterossexualidade, bissexualidade, homossexualidade, transsexualidade, transgenderismo			
	Mutilação genital			
	Sexo comercial [prostituição masculina e feminina]			
	Sexo e ciberespaço			
	Mitos e crenças			
Comportamentos de risco associados	Álcool e drogas			
	Múltiplos parceiros e parceiros ocasionais			
	Sexo desprotegido			

Desvios e comportamentos de minorias	Abuso de menores e outros vulneráveis			
	Comportamento sexual compulsivo			
	Voyeurismo, exibicionismo, froturismo, zoofilia, parafilias			
Ética	A dimensão ética da sexualidade			

<sup>a)</sup>Forma de codificação: (Escola, UC-Ano)

#### Grelha de análise da dimensão “Tipologia das sessões letivas”

Tipologia	AEF	Unidade Curricular <sup>a)</sup>
Teórica		
Teórico-Práticas		
Práticas Laboratoriais		
Orientação Tutorial		
Trabalho de Campo		
Seminário		
Projeto		

<sup>a)</sup>Forma de codificação: (Escola, UC-Ano)

#### Grelha de análise da dimensão “Estratégias de ensino aprendizagem”

Estratégias por princípio da realidade		AEF	Unidade Curricular <sup>a)</sup>
Situações da vida real	Pesquisa bibliográfica		
	Questionamento		
	Trabalho de campo		
	Mapas conceituais		
Simulações da realidade	Brainstorming ou tempestade de ideias		
	Role-play		
	Estudo de caso		
	Dramatização		
	Trabalho de grupo		
	Grupo de discussão		
Abstrações da realidade	Resolução de problemas		
	Exposição do professor		
	Exposição-Demonstração do professor		
	Visionamento de filmes		
	Visionamento de diapositivos		
	Leitura comentada de textos		

<sup>a)</sup>Forma de codificação: (Escola, UC-Ano)

#### Grelha de análise da dimensão “Avaliação”

Tipologia	AEF	Unidade Curricular <sup>a)</sup>
Teste escrito		
Trabalho individual		
Trabalho de grupo		
Relatório da atividade		
Portefólio		
Reflexão individual		

<sup>a)</sup>Forma de codificação: (Escola, UC-Ano)

## **APÊNDICE I – Resultados da análise documental**





**Matriz dos objetivos educacionais (ou de aprendizagem) organizada pelos níveis da estrutura do processo cognitivo de Bloom revista para a AEF 720**

Dimensão processo cognitivo [Área 720]					
Lembrar	Entender	Aplicar	Analisar	Avaliar	Criar
Conhecer (2)					
	Compreender (1)				
Identificar (1)					
Descrever (1)					
Adquirir (2)					
	Relacionar (1)				
Conhecimento		Competência	Habilidades		

**Matriz dos objetivos educacionais (ou de aprendizagem) organizada pelos níveis da estrutura do processo cognitivo de Bloom revista para a AEF 310**

Dimensão processo cognitivo [Área 310]					
Lembrar	Entender	Aplicar	Analisar	Avaliar	Criar
Conhecer (2)					
	Compreender (1)				
	Discutir (1)				
		Desenvolver (1)			
Conhecimento		Competência	Habilidades		

**Matriz dos objetivos educacionais (ou de aprendizagem) organizada pelos níveis da estrutura do processo cognitivo de Bloom revista para a AEF 723**

<b>Dimensão processo cognitivo [Área 723]</b>					
Lembrar 14	Entender 18	Aplicar 11	Analisar 3	Avaliar 1	Criar 2
Conhecer (6)					
	Explicar (1)				
	Compreender (7)				
Identificar (2)	Identificar (1)				
		Executar (2)			
		Aplicar (1)			
		Praticar (1)			
Adquirir (4)					
		Desenvolver (4)			
		Utilizar (3)			
Reconhecer (2)					
			Analisar (2)		
	Discutir (1)				
				Avaliar (1)	
					Planear (1)
	Refletir (2)				
	Projetar (2)				
	Fundamentar (3)				
					Integrar (1)
			Explorar (1)		
	Interpretar (1)				
Conhecimento		Competência	Habilidades		

Matriz de análise da dimensão “CONTEÚDOS” obtida a partir das fichas de unidade curricular e trabalhos realizados pelos estudantes

Temas	Subtema ( <i>Conteúdos</i> )	AEF	Unidade Curricular	Trabalhos
Físico e fisiológico	Estruturas sexuais físicas e seu funcionamento	720	<p><b>(Escola U, UC 1-1º ano)</b>  Identificar os diferentes órgãos dos sistemas reprodutor masculino e feminino e descrever as suas principais características  Enumerar os aspetos comuns da função das gónadas e interpretar a sua evolução ao longo do ciclo de vida  Descrever os mecanismos fisiológicos da espermatogénese e analisar a sua regulação hormonal  Enumerar os vários constituintes do esperma, locais de produção e explicar a função que desempenham  Descrever os mecanismos fisiológicos da oogénese, distinguir os seus estádios e analisar a sua regulação hormonal  Correlacionar as alterações do endométrio uterino com as fases do ciclo menstrual  Identificar os locais de produção das hormonas sexuais  Enumerar as hormonas produzidas nas gónadas  Explicar o papel das hormonas sexuais na reprodução descrevendo os seus efeitos nos tecidos-alvo  Descrever as variações hormonais ao longo do ciclo menstrual e interpretar as suas consequências</p> <p><b>(Escola M, UC 2-1º ano)</b>  Anatomo-histo-fisiologia do aparelho geniturinário  Anatomo-histo-fisiologia dos aparelhos reprodutores e semiologia urológica, ginecológica e obstétrica</p> <p><b>(Escola L, UC 2-1º ano)</b>  O Aparelho Reprodutor Masculino:  Anatomia  Espermatogénese e a espermiogénese  Regulação endócrina  O Aparelho Reprodutor Feminino:  Anatomia  O ciclo ovárico  O ciclo endometrial  A menstruação  Fecundação  Alterações hormonais induzidas pela gravidez</p>	

Temas	Subtema ( <i>Conteúdos</i> )	AEF	Unidade Curricular	Trabalhos
Físico e fisiológico		720	<p><b>(Escola A, UC 3-1º ano)</b>  Sistema endócrino: Hormonas de reprodução  Aparelho sexual e reprodutor feminino:  Anatomia geral.  Ovários, trompas uterinas, útero, vagina, genitais externos, períneo, glândulas mamárias.  Fisiologia da reprodução na mulher.  Ciclo menstrual.  Fertilidade na mulher e gravidez.  Menopausa.  Aparelho sexual e reprodutor masculino:  Anatomia geral  Bolsa escrotal, períneo, testículos, pénis, glândulas acessórias.  Fisiologia da reprodução no homem  Regulação e secreção das hormonas sexuais.  Efeitos da testosterona.</p> <p><b>(Escola V, UC 2-1º ano)</b>  Aparelho genital masculino e feminino, anatomia e fisiologia</p>	
	Modificações pubertárias	720	<p><b>(Escola U, UC 1-1º ano)</b>  Descrever as alterações anatómicas decorrentes do processo pubertário</p> <p><b>(Escola A, UC 3-1º ano)</b>  Puberdade.</p>	
	Modelos de resposta sexual humana	720	<p><b>(Escola U, UC 1-1º ano)</b>  Descrever o mecanismo do ato sexual masculino e feminino</p> <p><b>(Escola A, UC 3-1º ano)</b>  Comportamento sexual da mulher e acto sexual.  Comportamento sexual do homem e acto sexual.</p>	

Temas	Subtema <b>(Conteúdos)</b>	AEF	Unidade Curricular	Trabalhos
Proteção e prevenção	Métodos contraceptivos	723	<p><b>(Escola U, UC 5-3º ano)</b> Sexualidade e Saúde Reprodutiva O Planeamento Familiar no contexto da saúde reprodutiva</p> <p><b>(Escola M, UC 3-2º ano)</b> Planeamento Familiar Métodos Contraceptivos</p> <p><b>(Escola A, UC 7-3º ano)</b> Consulta de planeamento familiar</p> <p><b>(Escola V, UC 9-3º ano)</b> Contraceção - Apresentação dos vários métodos contraceptivos; A consulta de planeamento familiar linhas orientadoras.</p>	<b>(Escola L, UC 13-3º ano)</b> Métodos de barreira
	Infeções sexualmente transmitidas	723	<p><b>(Escola A, UC 9-3º ano)</b> Problemas actuais da saúde da mulher: Doenças sexualmente transmitidas e HIV / Sida;</p> <p><b>(Escola V, UC 9-3º ano)</b> Infeções de transmissão sexual. Clamídia, Gonorreia, Doença Inflamatória Pélvica, Herpes Genital, Papiloma Vírus Humano, Sífilis, Hepatite B e VIH/SIDA</p>	
Atitudes	Duplo padrão sexual [definição de papéis masculinos e femininos]	723	<p><b>(Escola M, UC 5-2º ano)</b> A construção social do género A relação entre género e saúde A influência do género no estado de saúde da pessoa A influência do género nos cuidados de saúde O género nos cuidados, nas instituições e nos programas de saúde – exemplos de boas práticas</p>	
Idade e desenvolvimento humano	Sexualidade na infância e adolescência	723	<p><b>(Escola U, UC 6-3º ano)</b> Programa Nacional de Saúde Escolar</p> <p><b>(Escola L, UC 14-3º ano)</b> Promoção da saúde da criança em idade escolar e sua família: Programa Nacional de Saúde Escolar.</p> <p><b>(Escola A, UC 5-2º ano)</b> Programa de saúde escolar</p>	<p><b>(Escola V, UC 9-3º ano)</b> Reflexão sobre finalidade e objetivos prioritários da intervenção em saúde dos jovens Educação Sexual em meio escolar Análise da Lei nº 60/2009, de 6 de agosto</p> <p><b>(Escola L, UC 14-3º ano)</b> Sexualidade e afetos na infância</p>

Temas	Subtema <i>(Conteúdos)</i>	AEF	Unidade Curricular	Trabalhos
		310	<p><b>(Escola L, UC 1-1º ano)</b>  A adolescência  A construção da identidade  Desenvolvimento da auto-imagem e da auto-estima  Desenvolvimento psicosexual  O adolescente na relação com os pais e com os pares  Desenvolvimento cognitivo e moral</p> <p><b>(Escola L, UC 10-3º ano)</b>  Adolescer e saúde  Identidade do adolescente; O ser adolescente nos dias actuais; O adolescente a sociedade e a saúde (normal versus patológico)  Adolescência e vulnerabilidades: Sexualidade</p>	
	Sexualidade na jovem adultícia e adultez	723	<p><b>(Escola U, UC 5-3º ano)</b>  Menopausa/Climatério  Ginecologia</p> <p><b>(Escola L, UC 13-3º ano)</b>  Climatério</p> <p><b>(Escola A, UC 9-3º ano)</b>  Problemas actuais da saúde da mulher: Direitos sexuais e reprodutivos: Vivência da sexualidade: prazer e reprodução;  Perspetiva masculina da saúde sexual das mulheres: a emergência de “novas masculinidades”.</p>	
	Sexualidade na terceira idade	723		<b>(Escola V, UC 9-3º ano)</b> A sexualidade no processo de envelhecimento
	Sexualidade ao longo do ciclo de vida	723	<b>(Escola V, UC 9-3º ano)</b> Sexualidade/Saúde sexual ao longo do ciclo de vida.	

Temas	Subtema <b>(Conteúdos)</b>	AEF	Unidade Curricular	Trabalhos
	Gravidez na adolescência	723	<b>(Escola V, UC 9-3º ano)</b> Gravidez e adolescência.	
		310	<b>(Escola L, UC 10-3º ano)</b> Adolescência e vulnerabilidades: Gravidez	
	Família, procriação e (In) fertilidade	723	<b>(Escola M, UC 3-2º ano)</b> Esterilidade Infertilidade Cuidados pré-concepcionais  <b>(Escola A, UC 7-3º ano)</b> Período pré-concepcional  <b>(Escola A, UC 9-3º ano)</b> Problemas actuais da saúde da mulher A infertilidade;	
	Sexualidade no ciclo gravídico-puerperal	723	<b>(Escola L, UC 13-3º ano)</b> Sexualidade e gravidez	<b>(Escola L, UC 13-3º ano)</b> Sexualidade na gravidez
	Sexualidade na deficiência	723		<b>(Escola V, UC 9-3º ano)</b> Sexualidade na deficiência física
	Sexualidade na doença [influência dos processos de doença, doença crónica, sequelas por trauma...]	723	<b>(Escola M, UC 4-2º ano)</b> As Intervenções de enfermagem à pessoa adulta e idosa, submetida a tratamento médico e/ou cirúrgico, na sua dimensão biopsicosocial, com alterações das funções: (...) reprodutora (...) alterações do aparelho reprodutor feminino.  <b>(Escola L, UC 7-2º ano)</b> Diagnósticos de Enfermagem e necessidades de Cuidados de Enfermagem a Pessoas/Famílias afectas de problemáticas médico-cirúrgicas em contextos de internamento e de cuidados de saúde primários aos diferentes níveis: (...) Ginecológico e Urológico. Problemas do Sistema Reprodutor  <b>(Escola L, UC 9-2º ano)</b> Aspectos Psicossociais Ligados à pessoa Ostomizado (Auto-imagem/Auto-estima; Sexualidade (...))  <b>(Escola A, UC 4-2º ano)</b> A pessoa e os processos de saúde/doença ao nível dos diversos sistemas corporais: A pessoa e a doença urinária e reprodutora	<b>(Escola V, UC 9-3º ano)</b> Sexualidade na doença crónica

Temas	Subtema <b>(Conteúdos)</b>	AEF	Unidade Curricular	Trabalhos
	Educação e cuidados durante a gravidez, parto e puerpério	723	<p><b>(Escola U, UC 5-3º ano)</b> Gestação, parto e puerpério</p> <p><b>(Escola M, UC 6-3º ano)</b> Assistência de enfermagem à grávida, à parturiente e à puérpera</p> <p><b>(Escola A, UC 7-3º ano)</b> Período Pré-natal Período Parto e Pós-Parto Consulta vigilância pré-natal Cuidados de enfermagem à puérpera</p> <p><b>(Escola V, UC 9-3º ano)</b> Alterações fisiológicas que ocorrem durante a gravidez. Intervenção em cuidados de enfermagem Alterações fisiológicas que ocorrem na mulher durante o puerpério. Consulta de revisão do puerpério</p> <p><b>(Escola L, UC 13-3º ano)</b> Preparação da gravidez, gravidez e nascimento: Vigilância de saúde da grávida/família durante o ciclo maternal</p>	
Educação sexual formal e informal	Na escola	723	<p><b>(Escola V, UC 9-3º ano)</b> Educação sexual em meio escolar. Realidades. Programas de Educação Sexual – Princípios, estratégias e avaliação de programas de ES</p>	<p><b>(Escola L, UC 13-3º ano)</b> Educação Sexual no 2º ciclo ES no 2º ciclo proposta de intervenção</p> <p><b>(Escola L, UC 14-3º ano)</b> Sexualidade e educação sexual</p>
	Modelos de educação sexual	723	<p><b>(Escola V, UC 9-3º ano)</b> Modelos e teorias em Educação Sexual</p>	
Interação do par	Violência no namoro e relacionamento de curta e longa duração [casamento, união de facto...]	723	<p><b>(Escola L, UC 13-3º ano)</b> Violência na mulher</p> <p><b>(Escola A, UC 9-3º ano)</b> Problemas actuais da saúde da mulher: violência de género</p>	<p><b>(Escola L, UC 13-3º ano)</b> Violência no namoro Violência nas relações de intimidade na adolescência</p>



Temas	Subtema <i>(Conteúdos)</i>	AEF	Unidade Curricular	Trabalhos
Culturas sociais, culturas no gênero	Mutilação genital	723	(Escola L, UC 13-3º ano) Mutilação Genital Feminina	(Escola L, UC 13-3º ano) Mutilação Genital Feminina
Comportamentos de risco associados	Álcool e drogas	310	(Escola L, UC 10-3º ano) Adolescência e vulnerabilidades: Toxicomania	
	Sexo desprotegido	723	(Escola V, UC 9-3º ano) Comportamentos de risco e saúde sexual.	
Desvios e comportamentos de minorias	Abuso de menores e outros vulneráveis	723		(Escola L, UC 13-3º ano) Detecção abuso sexual em crianças
		310	(Escola L, UC 10-3º ano) Adolescência e vulnerabilidades: Violência e delinquência	(Escola L, UC 14-3º ano) Abuso sexual
Ética	A dimensão ética da sexualidade	723	(Escola U, UC 5-3º ano) Ética e saúde reprodutiva	
Políticas de saúde		723	(Escola U, UC 5-3º ano) O Caminho de saúde reprodutiva global: Políticas de saúde  (Escola V, UC 9-3º ano) Políticas e Programas em Saúde Sexual. Recursos. Acessibilidade e equidade em cuidados de saúde sexual e reprodutiva	(Escola V, UC 9-3º ano) Análise PNS 2004-2010 Análise da carta da IPPF dos direitos sexuais reprodutivos

Matriz da dimensão “TIPOLOGIA DAS SESSÕES LETIVAS” na abordagem da sexualidade obtida a partir das fichas de unidade curricular

Tipologia	AEF	Unidade Curricular	N
Teórica	720	(Escola A, UC 3-1º ano); (Escola L, UC 2-1º ano); (Escola M, UC 2-1º ano); (Escola U, UC 1-1º ano); (Escola V, UC 2-1º ano)	5
	723	(Escola A, UC 4-2º ano); (Escola A, UC 5-2º ano); (Escola A, UC 7-3º ano); (Escola A, UC 9-3º ano); (Escola L, UC 7-2º ano); (Escola L, UC 9-2º ano); (Escola L, UC 13-3º ano); (Escola L, UC 14-3º ano); (Escola M, UC 3-2º ano); (Escola M, UC 4-2º ano); (Escola M, UC 6-3º ano); (Escola U, UC 5-3º ano); (Escola U, UC 6-3º ano); (Escola V, UC 9-3º ano)	14
	310	(Escola L, UC 1-1º ano); (Escola L, UC 10-3º ano)	2
Teórico-Práticas	720	(Escola A, UC 3-1º ano); (Escola L, UC 2-1º ano); (Escola M, UC 2-1º ano); (Escola U, UC 1-1º ano); (Escola V, UC 2-1º ano)	5
	723	(Escola A, UC 4-2º ano); (Escola A, UC 5-2º ano); (Escola A, UC 7-3º ano); (Escola L, UC 7-2º ano); (Escola L, UC 13-3º ano); (Escola L, UC 14-3º ano); (Escola M, UC 3-2º ano); (Escola M, UC 4-2º ano); (Escola M, UC 5-2º ano); (Escola M, UC 6-3º ano); (Escola U, UC 5-3º ano); (Escola U, UC 6-3º ano); (Escola V, UC 9-3º ano)	13
	310	(Escola L, UC 1-1º ano); (Escola L, UC 10-3º ano)	2
Práticas Laboratoriais	720	(Escola M, UC 2-1º ano); (Escola U, UC 1-1º ano)	2
	723	(Escola A, UC 4-2º ano); (Escola A, UC 5-2º ano); (Escola A, UC 7-3º ano); (Escola L, UC 7-2º ano); (Escola L, UC 9-2º ano); (Escola L, UC 13-3º ano); (Escola L, UC 14-3º ano); (Escola M, UC 3-2º ano); (Escola M, UC 4-2º ano); (Escola M, UC 5-2º ano); (Escola M, UC 6-3º ano); (Escola U, UC 5-3º ano)	12
Orientação Tutorial	720	(Escola U, UC 1-1º ano); (Escola V, UC 2-1º ano)	2
	723	(Escola A, UC 4-2º ano); (Escola A, UC 5-2º ano); (Escola L, UC 7-2º ano); (Escola L, UC 13-3º ano); (Escola L, UC 14-3º ano); (Escola M, UC 3-2º ano); (Escola M, UC 4-2º ano); (Escola U, UC 6-3º ano)	8
Trabalho de Campo	723	(Escola M, UC 5-2º ano)	1
Seminário	720	(Escola L, UC 2-1º ano); (Escola M, UC 2-1º ano)	2
	723	(Escola L, UC 7-2º ano); (Escola L, UC 13-3º ano); (Escola L, UC 14-3º ano); (Escola M, UC 3-2º ano); (Escola M, UC 4-2º ano); (Escola U, UC 5-3º ano); (Escola U, UC 6-3º ano)	7

**Matriz de análise da dimensão “ESTRATÉGIAS DE ENSINO APRENDIZAGEM” na abordagem da sexualidade obtida a partir das fichas de unidade curricular após agrupamento por princípio da realidade**

Estratégias por princípio da realidade		AEF	Unidade curricular	N
Situações da vida real	Pesquisa bibliográfica	720	(Escola U, UC 1-1º ano);	1
		723	(Escola A, UC 5-2º ano); (Escola A, UC 7-3º ano); (Escola A, UC 9-3º ano); (Escola M, UC 3-2º ano); (Escola M, UC 4-2º ano); (Escola M, UC 5-2º ano); (Escola M, UC 6-2º ano);	7
		310	(Escola L, UC 10-3º ano);	1
	Trabalho de campo	723	(Escola M, UC 6-2º ano); (Escola U, UC 6-3º ano);	2
Simulações da realidade	Role-play	723	(Escola U, UC 5-3º ano);	1
	Simulação	723	(Escola A, UC 4-2º ano); (Escola A, UC 5-2º ano); (Escola L, UC 7-2º ano); (Escola L, UC 14-3º ano); (Escola U, UC 6-3º ano); (Escola V, UC 9-3º ano)	6
	Estudo de caso	723	(Escola A, UC 4-2º ano); (Escola U, UC 5-3º ano); (Escola V, UC 9-3º ano)	3
		310	(Escola L, UC 1-1º ano);	1
	Trabalho de grupo	720	(Escola A, UC 3-1º ano); (Escola L, UC 2-1º ano);	2
		723	(Escola A, UC 7-3º ano); (Escola A, UC 9-3º ano); (Escola M, UC 5-2º ano); (Escola M, UC 6-2º ano); (Escola U, UC 5-3º ano); (Escola U, UC 6-3º ano);	6
	Painel de discussão	310	(Escola L, UC 10-3º ano);	1
	Grupo de discussão	723	(Escola L, UC 14-3º ano);	1
		310	(Escola L, UC 1-1º ano); (Escola L, UC 10-3º ano);	2
	Exploração de recursos	720	(Escola A, UC 3-1º ano); (Escola L, UC 2-1º ano); (Escola M, UC 2-1º ano);	3
		723	(Escola A, UC 5-2º ano);	1
	Seminário	720	(Escola A, UC 3-1º ano);	1
723		(Escola L, UC 14-3º ano); (Escola U, UC 6-3º ano);	2	
Poster	720	(Escola L, UC 2-1º ano); (Escola L, UC 13-3º ano);	2	
Abstrações da realidade	Exposição do professor	720	(Escola A, UC 3-1º ano); (Escola M, UC 2-1º ano); (Escola U, UC 1-1º ano); (Escola V, UC 2-1º ano)	4
		723	(Escola A, UC 4-2º ano); (Escola A, UC 7-3º ano); (Escola A, UC 9-3º ano); (Escola L, UC 7-2º ano); (Escola L, UC 9-2º ano); (Escola L, UC 13-3º ano); (Escola L, UC 14-3º ano); (Escola M, UC 3-2º ano); (Escola M, UC 4-2º ano); (Escola M, UC 5-2º ano); (Escola M, UC 6-2º ano); (Escola U, UC 5-3º ano); (Escola V, UC 9-3º ano)	13
		310	(Escola L, UC 1-1º ano); (Escola L, UC 10-3º ano);	2
	Exposição- Demonstração do professor	723	(Escola A, UC 4-2º ano); (Escola M, UC 3-2º ano); (Escola M, UC 4-2º ano); (Escola M, UC 5-2º ano);	4
	Visionamento de filmes	720	(Escola A, UC 3-1º ano);	1
		723	(Escola A, UC 4-2º ano); (Escola L, UC 7-2º ano); (Escola M, UC 3-2º ano); (Escola M, UC 4-2º ano);	4
		310	(Escola L, UC 1-1º ano);	1
Visionamento de diapositivos	720	(Escola L, UC 2-1º ano);	1	

**Matriz de análise da dimensão “AVALIAÇÃO” na abordagem da sexualidade obtida a partir das fichas de unidade curricular**

<b>Tipologia</b>	<b>AEF</b>	<b>Unidade Curricular</b>	<b>N</b>
Teste escrito	720	(Escola A, UC 3-1º ano); (Escola L, UC 2-1º ano); (Escola M, UC 2-1º ano); (Escola U, UC 1-1º ano); (Escola V, UC 2-1º ano)	5
	723	(Escola A, UC 5-2º ano); (Escola A, UC 7-3º ano); (Escola L, UC 7-2º ano); (Escola L, UC 13-3º ano); (Escola L, UC 14-3º ano); (Escola M, UC 3-2º ano); (Escola M, UC 4-2º ano); (Escola M, UC 5-2º ano); (Escola M, UC 6-3º ano); (Escola U, UC 5-3º ano); (Escola U, UC 6-3º ano); (Escola V, UC 9-3º ano)	12
	310	(Escola L, UC 1-1º ano)	1
Trabalho de grupo	720	(Escola L, UC 2-1º ano); (Escola V, UC 2-1º ano)	2
	723	(Escola A, UC 5-2º ano); (Escola A, UC 9-3º ano) (Escola M, UC 3-2º ano); (Escola U, UC 6-3º ano) (Escola V, UC 9-3º ano)	5
	310	(Escola L, UC 1-1º ano); (Escola L, UC 10-3º ano)	2
Poster	720	(Escola L, UC 2-1º ano)	1
Artigo	723	(Escola L, UC 9-2º ano)	1
Prática	720	(Escola U, UC 1-1º ano)	1
	723	(Escola L, UC 7-2º ano)	1
PBL	723	(Escola L, UC 7-2º ano)	1
Dossier temático	723	(Escola L, UC 13-3º ano); (Escola L, UC 14-3º ano)	2
Trabalho prático	720	(Escola M, UC 2-1º ano)	1
Avaliação contínua	720	(Escola U, UC 1-1º ano)	1
Avaliação atitudes e comportamentos	723	(Escola U, UC 5-3º ano)	1

**APÊNDICE J – Parecer da Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da UCP**





## Parecer

A Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, na sua reunião plenária do dia 8 de Março de 2012 procedeu à análise, numa perspectiva ética, do pedido de parecer sobre o projecto denominado "Do ensino à aprendizagem da sexualidade. Estudo ao nível do 1º ciclo em enfermagem", de Hélia Maria da Silva Dias.

Os esclarecimentos prestados clarificam a questão da anonimização, embora o carácter voluntário no contexto da participação dos alunos de pré - graduação possa sempre suscitar questões que podem simplificadaamente considerar-se agora ultrapassáveis.

Se o "conhecimento científico" nasce das limitações do "conhecimento empírico", isso significa que a necessidade de investigar um determinado assunto se associa ao objectivo de melhor conhecer, isto é, produzir sobre ele informação nova, útil, traduzível (ou não) para a prática.

O que os inquiridos pretendem é outra coisa: saber o nível de informação que os inquiridos possuem sobre as bases científicas e práticas. Em parte alguma se constrói um modelo pedagógico de pré -graduação em que se ensina cardiologia (bases científicas) em função do que os alunos sabem sobre a temática. O mesmo se dirá para a cirurgia, farmacologia, etc.

A relação entre o primeiro objectivo do projecto ("que informação os alunos têm?") e o segundo (definição de um correspondente curriculum) configura, potencialmente, um conflito de interesses.

O primeiro objectivo tem carácter descritivo, o segundo pode ter subjacente propósitos profissionais. Também de outro modo, se o primeiro objectivo demonstrar suficiente conhecimento, não haverá segundo componente do projecto, o que parece não ser o que a candidata antecipa.

Em consequência, foi deliberado, por unanimidade, sugerir, para salvaguarda das questões éticas que poderão gerar-se, enfatizar a primeira fase do estudo como alvo do projecto.

Para além deste aspecto não se identificam objecções éticas relevantes que impeçam a aprovação deste projecto.

Lisboa, 8 de Março de 2012

Dra. Paula Martinho da Silva  
(Presidente da Comissão)





## **APÊNDICE L – Autorizações dos autores das Escalas**



## Re: autorisation\_SABS

De: **Morris Magnan** (morrismagnan@yahoo.com)  
Enviada: sexta-feira, 11 de março de 2011 23:46:58  
Para: Hélia Maria Silva Dias (h11sdias@hotmail.com)

Dear Ms. Dias,

I apologize for any inconvenience. I did respond to an earlier e-mail but somehow missed the one on Feb 10. You have my permission to use the SABS in your project.

Sincerely,

Dr. Magnan

---

**From:** Hélia Maria Silva Dias <h11sdias@hotmail.com>  
**To:** Magnan Morris SABS <morrismagnan@yahoo.com>  
**Sent:** Wed, March 9, 2011 5:45:54 PM  
**Subject:** autorisation\_SABS

Dr. Magnan,

I am sorry for disturbing you once more.

As I have not received an answer to my previous email sent on February, 19 th, and as I need it as soon as you can in order to proceed my investigation, I would be grateful if you could inform me if I can validate and how I can use "sexuality attitudes and beliefs survey".

Attached, I send my previous mail.

Regards

Hélia Dias

**Date:** Sat, 19 Feb 2011 20:54:03

**Dr. Magnan,**

**thank you for your reponse.**

**My objective is to adapt to Portuguese, of Portugal, the Sexuality Attitudes and Beliefs Survey and also to validate its psychometric properties.**

**This study will be applied to students of Higher Health School of Santarém of Polytechnic Institute of Santarém, where I am a teacher.**

**Lately, I would like to use the SABS on my PhD's thesis.**

**Regards**

**Hélia Dias**

## Re: estudo\_investigação\_pedido de colaboração

De: **Jordão Abreu** (jordaoabreu@gmail.com)  
Enviada: terça-feira, 8 de fevereiro de 2011 14:21:49  
Para: Hélia Maria Silva Dias (h11sdias@hotmail.com)

Cara Colega,

De facto também fiz o contacto prévio com os autores mas não obtive resposta.

Como os itens da escala estavam publicados e os principais indicadores psicométricos descritos, fiz presunção de consentimento tácito.

Fiz a tradução inglês/português com apoio de um tradutor e validação com um painel de peritos. Fiz o teste piloto numa escola superior de saúde. Está tudo descrito na tese.

Pode ter acesso integral (incluindo anexos) no site:

[repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1249/14/19004\\_ULFC091284\\_TM\\_CAPA.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1249/14/19004_ULFC091284_TM_CAPA.pdf)

Caso seja útil para si, dou-lhe o meu consentimento para utilizar a minha versão traduzida. Só lhe peço que faça a referência

Abreu, J. (2008). *O Conhecimento e a Atitude Face à Saúde Sexual e Reprodutiva: um estudo correlacional em estudantes universitários*.

Tese de mestrado inédita. Departamento de Educação. Faculdade de Ciências. Universidade de Lisboa: Lisboa.  
<[repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1249/14/19004\\_ULFC091284\\_TM\\_CAPA.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1249/14/19004_ULFC091284_TM_CAPA.pdf)>

Se necessitar de mais alguma coisa, terei todo o gosto em colaborar consigo!

Com os meus melhores cumprimentos

Jordão Abreu

No dia 7 de Fevereiro de 2011 22:30, Hélia Maria Silva Dias <[h11sdias@hotmail.com](mailto:h11sdias@hotmail.com)> escreveu:

Caro Colega Jordão Abreu,

Chamo-me Hélia Dias, sou enfermeira e professora adjunta na Escola Superior de Saúde de Santarém; encontro-me a desenvolver o curso de doutoramento na Universidade Católica e estou a estudar o processo de ensino-aprendizagem da sexualidade ao nível do 1.º ciclo de formação em enfermagem. Nas várias pesquisas que tenho efectuado encontrei a escala de Nemcic et al, partindo do princípio que não havia sido validada para a população portuguesa tentei estabelecer contacto para o mail que vem no artigo, mas ele vem sempre devolvido, hoje numa nova tentativa fiz uma pesquisa e deparo-me com o seu estudo, o qual já olhei e pelo qual o felicito, pois é muito interessante e relativamente ao meu estudo vem dar contributos interessantes, nomeadamente ajudando a justificar a pertinência da sua realização. Assim, queria perguntar-lhe se estabeleceu contacto com os autores por outro contacto que não o mencionado no artigo publicado, e se mo podia disponibilizar; dado que gostaria de pedir autorização para utilizar a escala no meu estudo, pois a validação não se justifica, dado que já está feita.

Desde já muito obrigada pela sua disponibilidade, fico a aguardar uma resposta

Com os melhores cumprimentos  
Hélia Dias

## RE: Solicitação autorização de uso da EAS

De: **Valentim R. Alferes** (valferes@netcabo.pt)  
Enviada: sexta-feira, 14 de outubro de 2011 12:49:16  
Para: Hélia Maria Silva Dias (h11sdias@hotmail.com)

Cara Hélia,

Desde que faça as referências bibliográficas apropriadas no trabalho final, pode utilizar a escala à sua vontade. Tudo o que precisa está aqui:

[http://www.fpce.uc.pt/niips/i\\_pub/val\\_pub/Alferes1999\\_EAS.pdf](http://www.fpce.uc.pt/niips/i_pub/val_pub/Alferes1999_EAS.pdf)

Em "Encenações e Comportamentos Sexuais"  
<http://www.ces.uc.pt/publicacoes/csis/09/09.php>

é feita uma primeira utilização e análise.

No termo da investigação, gostaria que me enviasse os dados obtidos com a EAS.

Bom trabalho,

Valentim Rodrigues Alferes  
[valferes@fpce.uc.pt](mailto:valferes@fpce.uc.pt)  
[valferes@netcabo.pt](mailto:valferes@netcabo.pt)

<http://www.fpce.uc.pt/niips/>

---

**From:** Hélia Maria Silva Dias [mailto:h11sdias@hotmail.com]  
**Sent:** Fri 2011-10-14 13:01  
**To:** valferes@fpce.uc.pt  
**Subject:** Solicitação autorização de uso da EAS

Exmo. Sr. Prof. Dr. Valentim Alferes,

Sou, Hélia Maria da Silva Dias, professora-adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém e doutoranda em enfermagem na especialidade de educação em enfermagem na Universidade Católica Portuguesa em Lisboa e encontro-me a desenvolver uma tese de doutoramento com o título "Do ensino à aprendizagem da sexualidade: Estudo ao nível do 1.º ciclo em enfermagem" sob orientação científica da Professora Doutora Margarida Sim-Sim da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus de Évora da Universidade de Évora, com prova pública para registo definitivo em 12/09/2011.

A importância de tomar como objecto de estudo o ensino da sexualidade na formação em enfermagem reside em aspectos que vão desde os problemas com que o contexto de saúde actual se debate, aos resultados de diversos estudos que mostram que quer para profissionais de enfermagem, quer para professores e estudantes existem conhecimentos reduzidos sobre a sexualidade humana. Reconhecendo que a abordagem da sexualidade faz parte do seu papel profissional, os enfermeiros não a abordam por razões como embaraço, desconforto, falta de competências para a sua abordagem. No ensino, ressalta uma abordagem centrada no domínio cognitivo/comportamental e menos no domínio afectivo para estudantes e professores, as metodologias activas são pouco utilizadas e as matérias são incluídas em momentos pontuais. Os professores não consideram os

estudantes preparados para abordarem a sexualidade com os doentes e, igualmente, não se consideram suficientemente preparados para o seu ensino. As sugestões apontam para a necessidade de legitimar a sexualidade como um aspecto do cuidar e para a promoção do desenvolvimento psicosssexual ao nível da formação em enfermagem. Em Portugal, não existe nenhum estudo sobre esta temática, mas perante o mencionado anteriormente, parece emergir um ensino e uma prática de qualidade reduzida que no contexto português importa conhecer e intervir, no sentido de garantir a qualidade do processo educativo.

Assim, pretende-se desenvolver um estudo que seja representativo do ensino de enfermagem em Portugal e neste sentido solicito autorização para utilizar a Escala de Atitudes Sexuais de Hendrick & Hendrick (1987) por Vós validada para o contexto português e publicada. Certa do maior interesse em utilizar instrumentos desenvolvidos ou validados por outros autores contribuindo, assim, para a acumulação de conhecimentos que caracteriza o avanço da ciência, comprometo-me a cumprir todos os princípios ético-deontológicos inerentes a esta utilização, bem como, a divulgar os resultados no seio da comunidade científica.

Certa da Vossa melhor atenção,  
Com os melhores cumprimentos

Hélia Dias





## **APÊNDICE M – Resultados estatísticos**



Tabela M1

Resultados dos testes *Kruskal-Wallis* das subescalas da EAS por amostra em função da religião

Subescalas da EAS	Amostra	Religião	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	$\chi^2$	<i>gl</i>	<i>p</i>
Permissividade	Est. 1º Ano	CP	159	148.45	2.0	13.862	3	.003
		CNP	129	177.18	2.17			
		SR	31	207.5	2.67			
		OR	10	139.35	1.67			
	Est. 4º Ano	CP	107	105.68	1.94	19.812	3	.000
		CNP	101	125.46	2.17			
		SR	30	168.27	2.67			
		OR	4	94.0	1.83			
	Professores	CP	21	20.76	1.97	1.620	3	.655
		CNP	22	15.89	2.17			
		SR	1	25.0	-			
		OR	2	25.25	2.17			
Comunhão construída	Est. 1º Ano	CP	156	143.79	3.83	16.045	3	.001
		CNP	126	183,74	4.17			
		SR	29	159.24	4.0			
		OR	8	105.06	3.5			
	Est. 4º Ano	CP	101	106.65	3.83	7.087	3	.069
		CNP	95	120.86	4.0			
		SR	29	132.4	4.25			
		OR	4	60.38	3.29			
	Professores	CP	20	24.2	3.96	1.867	3	.600
		CNP	21	22.17	3.92			
		SR	1	12.0	-			
		OR	2	14.25	3.63			
Instrumentalidade	Est. 1º Ano	CP	165	156.06	2.17	8.608	3	.035
		CNP	133	188.6	2.5			
		SR	31	176.24	2.33			
		OR	11	152.09	2.17			
	Est. 4º Ano	CP	112	121.58	2.17	0.810	3	.847
		CNP	100	124.83	2.33			
		SR	30	122.33	2.17			
		OR	4	152.88	2.83			

Subescalas da EAS	Amostra	Religião	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	$\chi^2$	<i>gl</i>	<i>p</i>
	Professores	CP	21	25.12	2.17	3.184	3	.364
		CNP	23	23.5	2.0			
		SR	1	38.5	-			
		OR	2	10.75	1.58			
	Est. 1º Ano	CP	166	167.19	4.75	1.810	3	.613
		CNP	136	173.39	5.50			
		SR	31	191.02	5.0			
		OR	10	174.05	5.0			
Responsabilidade	Est. 4º Ano	CP	112	131.78	5.0	6.171	3	.104
		CNP	102	122.81	5.0			
		SR	31	115.26	5.0			
		OR	4	66.5	-			
	Professores	CP	21	23.95	5.0	0.932	3	.818
		CNP	23	24.87	5.0			
		SR	1	17.5	-			
		OR	2	17.75	4.25			

Tabela M2

*Dimensão “conteúdos” obtida a partir das fichas de unidade curricular e trabalhos realizados pelos estudantes no âmbito do ensino teórico (N=22 UC)*

Temas	Subtemas	N	
Físico e fisiológico	Estruturas sexuais físicas e seu funcionamento	5	
	Modificações pubertárias	2	
	Modelos de resposta sexual	2	
Proteção e prevenção	Métodos contraceptivos	4	
	Infeções sexualmente transmitidas	2	
Atitudes	Duplo padrão sexual [definição de papéis masculinos e femininos]	1	
Idade e desenvolvimento humano	Sexualidade na infância e adolescência	3	
		2	
	Sexualidade na jovem adultícia e adultez	3	
	Sexualidade na terceira idade	1	
	Sexualidade ao longo do ciclo de vida <sup>b)</sup>	1	
	Gravidez na adolescência	2	
		1	
	Família, procriação e (In) fertilidade	3	
	Sexualidade no ciclo gravídico-puerperal	2	
	Sexualidade na deficiência	1	
	Sexualidade na doença [influência dos processos de doença, doença crónica, sequelas por trauma...]	5	
	Educação e cuidados durante a gravidez, parto e puerpério	5	
	Educação sexual formal e informal	Na escola	2
		Modelos de educação sexual	1
Interação do par	Violência no namoro e relacionamento de curta e longa duração [casamento, união de facto...]	2	
Culturas sociais, culturas no género	Mutilação genital	1	
Comportamentos de risco associados	Álcool e drogas	1	
	Sexo desprotegido	1	
Desvios e comportamentos de minorias		2	
	Abuso de menores e outros vulneráveis	1	
Ética	A dimensão ética da sexualidade	1	
Políticas de saúde	A dimensão sexual e reprodutiva <sup>b)</sup>	2	

*Nota.* <sup>a)</sup> Este N refere-se ao número de escolas

<sup>b)</sup> Conteúdos emergentes da análise documental









Tabela M8

*Percepção do nível de à-vontade dos estudantes no desenvolvimento da prática clínica da sexualidade no domínio do desenvolvimento profissional para a amostra dos estudantes de 4º ano*

Domínio do desenvolvimento profissional				
	A discutir aspetos da sexualidade na equipa de saúde		A utilizar a prática baseada na evidência	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Nada à-vontade	-	-	-	-
Pouco à-vontade	6	2.4	4	1.6
Moderadamente à-vontade	55	21.7	55	21.7
Muito à-vontade	120	47.4	122	48.2
Muitíssimo à-vontade	63	24.9	63	24.9
Não resposta	9	3.6	9	3.6
<b>Total</b>	<b>253</b>	<b>100</b>	<b>253</b>	<b>100</b>

Tabela 9

*Percepção do nível de à-vontade dos estudantes no desenvolvimento da prática clínica da sexualidade no domínio do desenvolvimento profissional para a amostra dos professores*

Domínio do desenvolvimento profissional				
	A discutir aspetos da sexualidade na equipa de saúde		A utilizar a prática baseada na evidência	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Nada à-vontade	3	6.4	2	4.3
Pouco à-vontade	8	17.0	11	23.4
Moderadamente à-vontade	21	44.7	14	29.8
Muito à-vontade	11	23.4	16	34.0
Muitíssimo à-vontade	3	6.4	3	6.4
Não resposta	1	2.1	1	2.1
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>	<b>47</b>	<b>100</b>