



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

FACULDADE  
DE  
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

MARIANA RIBEIRO CARDOSO DE OLIVEIRA

***Atitudes e Crenças sobre Sexualidade em Adolescentes com  
Perturbações do Comportamento Alimentar***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE PEDIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:  
DRA. TERESA MARGARIDA DA LUZ CARTAXO  
DR. PAULO ALEXANDRE DA SILVA FONSECA

ABRIL/2019

***ATITUDES E CRENÇAS SOBRE SEXUALIDADE  
EM ADOLESCENTES COM  
PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR***

**Mariana Ribeiro Cardoso de Oliveira**

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Endereço Eletrónico: [marianacardoso95.mc@gmail.com](mailto:marianacardoso95.mc@gmail.com)

## Índice

Abreviaturas .....	3
Resumo.....	4
Abstract.....	6
Introdução .....	7
Materiais e Métodos .....	10
Procedimento / Metodologia .....	10
Participantes.....	10
Instrumentos de Recolha de Dados .....	11
Análise Estatística .....	12
Resultados .....	13
Discussão e Conclusões .....	21
Agradecimentos .....	26
Referências Bibliográficas .....	27
Anexos .....	30

## **Abreviaturas**

AN – Anorexia Nervosa

BN – Bulimia Nervosa

ECS – Escala de Comparação Social

HP-CHUC – Hospital Pediátrico – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

PCA – Perturbações do Comportamento Alimentar

PCA SOE – Perturbação do Comportamento Alimentar sem outra especificação

QACSES – Questionário de Atitudes e Crenças sobre Sexualidade e Educação Sexual

## Resumo

**Introdução:** Adolescentes com Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) manifestam dificuldades na sua expressão emocional e sexual, bem como frequentemente possuem relações interpessoais e afetivas reduzidas, fatores que influenciam de forma negativa a sua adaptabilidade em contexto social.

**Objetivo:** Conhecer as atitudes e crenças sobre a sexualidade e a educação sexual em população clínica diagnosticada com uma PCA, nomeadamente Anorexia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN), bem como perceber se existe uma relação direta entre estas atitudes e crenças com a forma como se comparam socialmente.

**Metodologia:** Estudo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal realizado de outubro a dezembro de 2018 a 30 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e 17 anos que recorreram à Consulta de PCA no Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Pediátrico – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (HP-CHUC). A recolha de dados foi realizada através de um questionário sociodemográfico, do Questionário de Atitudes e Crenças sobre Sexualidade e Educação Sexual (QACSES) e da Escala de Comparação Social (ECS). A análise estatística foi efetuada através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.

**Resultados:** Os inquiridos possuem, globalmente, atitudes e crenças positivas face à sexualidade e apresentam valores médios no que concerne à comparação social. Quanto às variáveis correlacionadas, apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões das escalas, no geral verificámos que, com o aumento da idade, as crenças e atitudes sobre sexualidade tornam-se mais positivas e menos limitantes, os participantes que têm os pais casados apresentam crenças associadas à violência no namoro, género e comportamento sexual e crenças associadas à relação amorosa mais positivas e menos limitantes, os que têm namorado(a) apresentam crenças mais positivas relativamente à relação amorosa. Quanto à comparação social, verificámos que as pontuações mais elevadas foram obtidas pelos adolescentes que tinham namorado e os pais casados. Face à correlação entre a QACSES e a ECS, constatámos que adolescentes com crenças mais positivas associadas à relação amorosa posicionam-se hierarquicamente mais acima, consideram-se mais ajustados e aceites face a um grupo social e com melhores fatores de atração social.

**Discussão e Conclusões:** Perante os resultados obtidos, e apesar do número reduzido de participantes, podemos concluir que é importante considerar as crenças e atitudes sobre sexualidade uma área de intervenção que deve ser mantida, com constante

aprimoramento, com vista a uma plenitude da saúde sexual destes jovens, bem como a autoestima, que deve ser trabalhada no contexto da intervenção multidisciplinar em doentes com PCA.

**Palavras-chave:** Perturbações do Comportamento Alimentar, Atitudes, Crenças, Sexualidade, Comparação Social.

## **Abstract**

**Introduction:** Adolescents with Eating Disorders (ED) manifest difficulties in their emotional and sexual expression, as well as often have reduced interpersonal and affective relationships, which are factors that negatively influence their adaptability in a social context.

**Purpose:** To identify the attitudes and beliefs about sexuality and sex education in a clinical population diagnosed with ED, namely Anorexia Nervosa (AN) and Bulimia Nervosa (BN) as well as to detect if these attitudes and beliefs are correlated with the way they compare themselves socially.

**Methodology:** A quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional study was performed between October and December 2018 in 30 adolescents aged 12 to 17 who attended the ED medical appointments at the Department of Pedopsychiatry Child and Adolescent Psychiatry of Hospital Pediátrico – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (HP-CHUC). Data collection was done through a sociodemographic questionnaire, the Questionnaire on Attitudes and Beliefs about Sexuality and Sexual Education (QACSES) and the Social Comparison Scale (SCS). Statistical analysis was performed through the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 22.

**Results:** The respondents have, in general, positive attitudes and beliefs regarding sexuality and exhibit average values in relation to social comparison. Regarding the correlated variables, although no statistically significant differences were found in all dimensions of the scales, we generally found that, with increasing age, beliefs and attitudes about sexuality also become more positive and less limiting; the participants who have married parents have more positive beliefs associated with dating violence, gender and sexual behavior, and more positive and less limiting beliefs associated with the love relationship; and those who have a boyfriend/girlfriend have more positive beliefs about the love relationship. Regarding social comparison, we found that the adolescents who have a boyfriend/girlfriend and married parents obtained the highest scores. Given the correlation between the QACSES and the SCS, we found that adolescents with more positive beliefs associated with the love relationship rank higher up hierarchically, are considered more adjusted and accepted in relation to a social group and with better social attraction factors.

**Discussion and Conclusions:** Considering the results, and despite the small number of participants, we can conclude that it is important to consider beliefs and attitudes about sexuality as an area of intervention that must be maintained, ever improving, bearing in mind a full sexual health of these young people, as well as their self-esteem, that should be worked out in the context of a multidisciplinary intervention in patients with ED.

**Keywords:** Eating Disorders, Attitudes, Beliefs, Sexuality, Social Comparison.

## Introdução

As Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA), ou Perturbações da Alimentação e da Ingestão, podem ser definidas como “uma perturbação persistente na alimentação ou na ingestão que resulta na alteração do consumo ou absorção dos alimentos e que provoca déficit significativo na saúde física ou no funcionamento psicossocial”<sup>1</sup>.

Neste trabalho, no âmbito das PCA, focamo-nos na Anorexia Nervosa (AN), na Bulimia Nervosa (BN) e nas PCA sem outra especificação (PCA SOE), que se assemelham à AN, cursam com mal-estar clinicamente significativo ou déficit funcional social, laboral ou outro, mas que não cumprem completamente os critérios de diagnóstico de AN<sup>1</sup>.

A AN caracteriza-se pela restrição do consumo de energia em relação às necessidades, conduzindo a um peso significativamente baixo para a idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física. O peso significativamente baixo define-se como um peso corporal abaixo do nível normal mínimo ou, para crianças e adolescentes, abaixo do peso mínimo esperado. É também característico desta patologia um medo intenso de ganhar peso ou de engordar e a prática de comportamentos persistentes que interferem com o ganho de peso, mesmo na existência de um peso significativamente baixo. Existe uma perturbação na própria apreciação do peso ou forma corporal, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação, ou ausência de reconhecimento persistente da gravidade do baixo peso atual<sup>1</sup>.

Já a BN define-se por episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva, em que um episódio é caracterizado pelos dois critérios seguintes: Comer, num período curto de tempo (até duas horas), uma quantidade de alimentos que é sem dúvida superior à que a maioria dos indivíduos comeria num período de tempo semelhante e nas mesmas circunstâncias; Sensação de perda de controlo sobre o ato de comer durante o episódio (sentimentos de incapacidade de parar de comer ou de controlar a quantidade e qualidade dos alimentos). De forma a compensar estes episódios, existe um comportamento inapropriado recorrente para impedir o ganho ponderal, como a indução do vômito, utilização de laxantes, diuréticos, enemas, jejum ou exercício físico excessivo. A ingestão compulsiva de alimentos e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, pelo menos uma vez por semana durante um período de três meses. A autoavaliação é indevidamente influenciada pelo peso e forma corporais<sup>1</sup>.

A puberdade, com as suas consequências hormonais e as mudanças na forma como os adolescentes percebem o seu próprio corpo, representa um período crucial da vida no que diz respeito ao início das PCA<sup>2</sup>.



Tanto a AN como a BN ocorrem com maior frequência em adolescentes do sexo feminino<sup>3,4</sup>. As suas prevalências estimadas nos países ocidentais são, respetivamente, 0,4% e 1-1,5%<sup>1,5</sup>, sendo que a relação feminino:masculino, para ambas, é 10:1<sup>1</sup>.

Está descrito na literatura que os doentes com estas patologias têm dificuldades em expressarem-se emocionalmente e sexualmente<sup>4,6</sup>. Também as relações interpessoais e afetivas são frequentemente reduzidas, evidenciando dificuldades na verbalização de emoções, sentimentos e sensações corporais – alexitimia<sup>7-10</sup>. Existe um predomínio de instabilidade emocional, manifestando-se através de ansiedade, que potencia os conflitos relacionais<sup>8,11</sup>.

De acordo com a literatura, doentes com BN caracterizam-se por serem emocionalmente desregulados, com baixo autocontrolo, mais impulsivos e com perfil sexual caótico. Subsiste uma associação entre comportamentos bulímicos e purgativos e um número de comportamentos descontrolados, como absentismo escolar, abuso de álcool e desinibição sexual. O maior número de parceiros e relações sexuais são também manifestações de multi-impulsividade nos doentes com BN. Contrariamente, doentes com AN caracterizam-se por serem restritivos/constritivos emocionalmente e com excesso de autocontrolo, reportando funcionamento sexual limitado<sup>2</sup>.

Estudos realizados na área dos comportamentos sexuais preventivos têm reforçado a importância da análise das crenças e atitudes sobre a sexualidade e a contraceção, face ao impacto que assumem na relação entre informação e comportamento sexual<sup>12</sup>, nas representações sociais e na vivência da sexualidade<sup>12,13</sup>. Daí a importância em relacionar estas atitudes e crenças, tendo em conta a perceção do seu valor pessoal e da forma como estes se comparam com os pares, mediante as suas relações interpessoais.

As interações entre sexualidade, distúrbios da imagem corporal e PCA são complexas e tendem a evoluir ao longo do tempo, particularmente na infância e na adolescência<sup>14,15</sup>. Outros estudos realizados nesta área, verificaram que adolescentes com PCA realizam comparações menos favoráveis com os outros<sup>16</sup> e envolvem-se mais em comparações sociais do que os grupos de controlo, sobretudo comparações face à aparência física<sup>17</sup>. Equaciona-se que, nestes doentes, comparações menos favoráveis com os outros contribuam para crenças e atitudes sobre sexualidade menos positivas e mais limitantes.

Considerando a falta de informação nesta área, relativa à população clínica e, assumindo a vulnerabilidade destes jovens, foi objetivo deste trabalho conhecer as atitudes e crenças sobre a sexualidade e a educação sexual em adolescentes diagnosticados com

AN ou BN, bem como perceber se existe uma relação direta entre estas atitudes e crenças com a forma como se comparam socialmente.

É também importante salientar que a saúde sexual é um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade, não englobando apenas aspetos da saúde reprodutiva, mas também, a possibilidade de ter uma vida sexual agradável e segura, livre de coerção, discriminação e violência. A realização do mais alto padrão atingível da saúde sexual está estreitamente ligada ao respeito, proteção e realização dos direitos humanos, direito à não discriminação, à privacidade e confidencialidade, para ser livre de violência e coação, bem como os direitos à educação, informação e de acesso aos serviços de saúde<sup>18</sup>.

Este trabalho apresenta grande relevância, uma vez que as equipas multidisciplinares que intervêm com adolescentes com PCA, tendo um maior conhecimento destes padrões, poderão integrar no seu plano terapêutico a modificação de crenças e atitudes sobre sexualidade, bem como trabalhar a forma como estes adolescentes se avaliam comparativamente aos outros que os rodeiam, de forma a atingir um verdadeiro estado de saúde sexual, integrando-a na melhoria da sua saúde física e mental.

## **Materiais e Métodos**

### **Procedimento / Metodologia**

Estudo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal, realizado entre outubro de 2018 e dezembro de 2018 a adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e 17 anos, observados na Consulta de PCA do Serviço de Pedopsiquiatria do HP-CHUC.

Foi preenchido um questionário sócio demográfico, e aplicado o Questionário de Atitudes e Crenças sobre Sexualidade e Educação Sexual (QACSES) e a Escala de Comparação Social (ECS), ambos validados para a população portuguesa, apresentando boas qualidades psicométricas<sup>12,19,20</sup>. Analisaram-se os dados em função do tipo de PCA e da caracterização sócio demográfica, ou seja, em função da idade, do estado civil dos pais e da existência de relação amorosa. Por fim, foi realizada uma análise correlacional entre o QACSES e a ECS.

A confidencialidade dos dados recolhidos foi garantida e foi assinado voluntariamente o consentimento informado, livre e esclarecido, tanto pelos pais como pelos jovens, garantindo que os dados obtidos seriam apenas usados para o propósito da investigação (Anexo 1).

### **Participantes**

Trata-se de uma amostra não probabilística, de conveniência, constituída por 30 adolescentes diagnosticados com PCA, nomeadamente AN, BN e PCA SOE, observados na Consulta de PCA do Serviço de Pedopsiquiatria do HP-CHUC, durante os meses de outubro, novembro e dezembro de 2018.

Em 2018 foram realizadas 414 consultas de PCA no Serviço de Pedopsiquiatria, num total de 96 doentes. A amostra correspondeu a 31,2% dos doentes observados em 2018.

## **Instrumentos de Recolha de Dados**

### **Questionário Sociodemográfico**

Este questionário foi construído propositadamente para este trabalho. Tem como objetivo conhecer o contexto dos jovens em causa. Está dividido em identificação do adolescente, agregado familiar, relação amorosa, proveniência da informação sobre sexualidade, comportamentos auto lesivos, consumos e seguimento na Consulta de PCA (Anexo 2).

### **Questionário de Atitudes e Crenças sobre Sexualidade e Educação Sexual (QACSES)**

Este questionário tem como objetivo conhecer as representações dos adolescentes sobre sexualidade e educação sexual<sup>12</sup>. Dado que o grupo alvo da sua utilização são jovens entre os 12 e os 18 anos, possui uma linguagem simples, clara e de fácil compreensão, com um conteúdo e uma facilidade de resposta adequados.

A escala utilizada de resposta é de *Likert* de 5 pontos (1 – Discordo completamente; 5 – Concordo completamente). São 3 as dimensões do questionário: Crenças associadas ao género e contraceção (F1, com Alfa de Cronbach de 0,73) – itens 4, 5, 6, 7, 11 e 13; Crenças associadas à violência no namoro, género e comportamento sexual (F2, com Alfa de Cronbach de 0,75) - 1, 2, 3, 8, 9, 10, 12 e 17; e Crenças associadas à relação amorosa (F3, com Alfa de Cronbach de 0,72) - 14, 15 e 16<sup>12</sup>. Os itens 14, 15, 16 (F3) são pontuados inversamente. Valores mais elevados representam mais crenças limitantes e atitudes negativas sobre a sexualidade e educação sexual. (Anexo 3).

### **Escala de Comparação Social (ECS)**

Nesta escala é apresentada uma frase incompleta (“No relacionamento com os outros, sinto-me”), seguida por constructos bipolares (por exemplo, inferior/superior, antipático/mais simpático) face aos quais, e em cada item, o sujeito deve assinalar, numa escala de *Likert* de 10 pontos, o número que melhor corresponde ao modo como se percebe no relacionamento com os outros. Quanto maior for a pontuação, mais positiva é a forma como o doente se auto avalia<sup>16,19</sup>.

São utilizadas 3 dimensões: constructos de hierarquia (F1) – inferior/superior, incompetente/competente, sem talento/mais talentoso, mais fraco/mais forte, inseguro/mais

seguro; avaliações de ajustamento e aceitação relativamente a um grupo social (F2) – rejeitado/aceite, diferente/igual, desajustado/ajustado; e fatores de atração social (F3) – antipático/menos simpático, indesejável/mais desejável, não atraente/atraente.

O alfa de Cronbach para esta escala de 11 itens foi de 0.88 para população clínica<sup>20</sup>. (Anexo 4).

## **Análise Estatística**

A análise dos dados foi realizada através da versão 22 do *Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics)*.

Para analisar as variáveis quantitativas nas duas classes de uma variável qualitativa nominal dicotómica foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney, já que os grupos em estudo são considerados de pequena dimensão e não se verifica o pressuposto da normalidade<sup>21</sup>. Pelos mesmos motivos, para realizar o estudo da relação entre variáveis qualitativas e variáveis quantitativas, foi aplicado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis<sup>21</sup>. De forma a relacionar variáveis quantitativas, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson, medida de associação linear<sup>21</sup>.

## Resultados

### Caracterização da Amostra

A amostra é constituída por 30 adolescentes, 90% (n=27) do sexo feminino e 10% (n=3) do sexo masculino. Abrange idades entre os 12 e os 17 anos, dos quais 56,6% (n=17) entre os 16 e os 17 anos, apresentando uma média de idades de 15,5 anos e uma mediana de 16 anos. O ano de escolaridade varia entre o 7º ano e o 12º ano. Têm o diagnóstico de AN - 76,7% (n=23), BN - 6,7% (n=2) e PCA SOE - 16,7% (n=5).

Quanto ao local de residência, 56,7% (n=17) reside na cidade, 16,7% (n=5) reside numa vila e 26,7% (n=8) reside numa aldeia.

Relativamente ao agregado familiar, 76,7% (n=23) reside com o pai e com a mãe, 14,3% (n=4) vive apenas com a mãe e 10% (n=3) não habita com nenhum dos pais (um reside com os avós, um outro especifica “acolhimento residencial” e outro “tios”). Reside com “irmãos”, 76,7% (n=23).

Quanto à caracterização da relação amorosa, apenas 16,7% (n=5) tem namorado(a) atualmente, no entanto, 72,3% (n=21) tiveram relacionamentos anteriores. 100% (n=30) dos inquiridos considera que nunca foi agressor ou vítima de violência no namoro.

Em relação à proveniência da informação sexual, a maioria obtém essa informação na escola (80%, n=24), sendo as restantes fontes de informação a família, profissionais de saúde, amigos e internet, que constituem uma minoria dos casos.

Acerca de comportamentos de risco, e quando inquiridos acerca de comportamentos auto lesivos, 26,7% (n=8) manifestam resposta positiva, especificamente através de “cortes”. A maioria não apresenta um padrão de risco relativamente a consumos, verificando-se que 20% (n=6) fuma tabaco, 13,3% (n=4) consome álcool, 3,3% (n=1) usa drogas de abuso.

## Questionário de Atitudes e Crenças sobre Sexualidade e Educação Sexual

**Tabela 1. Correspondência entre os Itens do QACSES e as respetivas dimensões**

DIMENSÕES	ITENS
F1. Crenças associadas ao género e contraceção	4. Prevenir a gravidez é da responsabilidade das raparigas.
	5. Quando se usa a pílula não é preciso usar preservativo.
	6. Fica mal às raparigas andarem com preservativos na carteira.
	7. A masturbação é só para homens.
	11. Raparigas que tomam a iniciativa num encontro amoroso não devem ser levadas a sério.
	13. Com a idade perde-se o interesse pelo sexo.
F2. Crenças associadas à violência no namoro, género, comportamento sexual	1. Quando as raparigas dizem “não” na verdade querem dizer “sim”.
	2. Ter controlo sobre o comportamento do outro é normal na relação de namoro.
	3. Fazer ciúmes é normal na relação de namoro.
	8. A forma como as raparigas se vestem diz muito do que estas esperam dos homens.
	9. Só existe relação sexual quando existe penetração.
	10. Vigiar o telemóvel é normal quando se gosta de alguém.
	12. A Educação Sexual nas escolas leva a que os jovens tenham comportamentos sexuais precoces.
	17. O facto dos amigos já terem tido relações sexuais é uma boa razão para se iniciar a vida sexual.
F3. Crenças associadas à relação amorosa	R14. É importante numa relação amorosa a existência de atração sexual.
	R15. É importante numa relação amorosa a existência de compromisso.
	R16. A partilha de emoções e pensamentos é importante numa relação amorosa.

**Tabela 2. Estatísticas de acordo com as dimensões do QACSES**

(Valores determinados a partir do cálculo da média dos itens que as constituem)

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
F1. Crenças associadas ao género e contraceção	30	1,84	0,56	30%	1	3,00
F2. Crenças associadas à violência no namoro, género, comportamento sexual	30	2,06	0,59	29%	1	3,50
F3. Crenças associadas à relação amorosa	30	1,77	0,68	39%	1	3,33

Podemos verificar que as pontuações são mais elevadas para “F2. Crenças associadas à violência no namoro, género, comportamento sexual”, seguido de “F1. Crenças associadas ao género e contraceção” e de “F3. Crenças associadas à relação amorosa”, tendo todas as dimensões um valor médio inferior ao ponto intermédio da escala. Como é cotada ao contrário, pontuações mais elevadas correspondem a crenças e atitudes mais negativas e limitantes.

## Escala de Comparação Social

**Tabela 3. Correspondência entre os Itens da ECS e as respetivas dimensões**

DIMENSÕES	ITENS
F1. Constructos de Hierarquia	Inferior – Superior
	Incompetente – Competente
	Sem talento – Mais talentoso(a)
	Mais fraco(a) – Mais forte
F2. Avaliações de Ajustamento e Aceitação Relativamente a um Grupo Social	Inseguro(a) – Mais seguro(a)
	Rejeitado(a) – Aceite
	Diferente – Igual
	Um(a) desajustado(a) – Um(a) ajustado(a)
F3. Fatores de Atração Social	Antipático(a) – Mais simpático(a)
	Indesejável – Mais desejável
	Não atraente – Mais atraente

**Tabela 4. Estatísticas de acordo com as dimensões da ECS**

(Valores determinados a partir do cálculo da média dos itens que as constituem)

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
F1. Constructos de Hierarquia	30	5,63	1,61	29%	1,60	8,60
F2. Avaliações de Ajustamento e Aceitação Relativamente a um Grupo Social	30	6,30	1,72	27%	2,00	9,00
F3. Fatores de Atração Social	30	6,20	1,95	31%	2,00	10,00



Podemos verificar que as posições em que os jovens se enquadram na ECS são superiores para “F2. Avaliações de Ajustamento e Aceitação Relativamente a um Grupo Social”, seguido de “F3. Fatores de Atração Social”, tendo estas dimensões um valor médio superior ao ponto intermédio da escala, e inferiores para “F1. Constructos de Hierarquia”, tendo esta dimensão um valor médio próximo do ponto intermédio da escala. No entanto, apresentam variações muito grandes, algumas posicionadas nos extremos da escala.

### **Relação entre QACSES e ECS, em função da patologia diagnosticada**

No QACSES, a dimensão “F1. Crenças associadas ao género e contraceção” apresenta pontuações superiores para a PCA SOE e inferior na BN, a dimensão “F2. Crenças associadas à violência no namoro, género, comportamento sexual” é superior nas AN e inferior na BN, a dimensão “F3. Crenças associadas à relação amorosa” é superior para a BN e inferior para a PCA SOE, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Para a ECS, as dimensões “F1. Constructos de Hierarquia” e “F3. Fatores de Atração Social” são superiores para PCA SOE, seguida da AN e inferior para a BN; a dimensão “F2. Avaliações de Ajustamento e Aceitação Relativamente a um Grupo Social” é superior para a AN, seguida da PCA SOE e inferior para a BN. No entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

### **Atitudes e Crenças sobre sexualidade e Comparação Social, em função da idade**

Para todas as dimensões do QACSES, bem como da ECS, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as idades. No entanto, no QACSES, verificou-se que para todas as dimensões, os participantes com idades entre os 12 e os 14 anos obtiveram valores mais elevados do que os participantes entre os 15 e os 17 anos, ou seja, as crenças e atitudes são mais positivas nos adolescentes mais velhos.

## Relação entre o QACSES e ECS, em função do estado civil dos pais

**Tabela 5. Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney para a relação entre o QACSES e o estado civil dos pais**

		N	Média	Desvio padrão	P
F1. Crenças associadas ao género e contraceção	Casados	22	1,97	0,551	** 0,009
	Divorciados/viúvos/solteiro	6	1,31	0,267	
F2. Crenças associadas à violência no namoro, género e comportamento sexual	Casados	22	2,13	0,472	0,273
	Divorciados/viúvos/solteiro	6	1,88	0,929	
F3. Crenças associadas à relação amorosa	Casados	22	1,79	0,724	0,754
	Divorciados/viúvos/solteiro	6	1,67	0,699	

\*\* p<0,01

Para “F1. Crenças associadas ao género e contraceção” do QACSES, existem diferenças estatisticamente significativas entre as categorias do estado civil dos pais, com média superior para quem tem pais casados. Para as restantes dimensões do QACSES, não existem diferenças estatisticamente significativas. “F2. Crenças associadas à violência no namoro, género, comportamento sexual” e “F3. Crenças associadas à relação amorosa”, têm também pontuações superiores para quem tem pais casados.

**Tabela 6. Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney para a relação entre a ECS e o estado civil dos pais**

		N	Média	Desvio padrão	p
F1. Constructos de Hierarquia	Casados	22	5,58	1,417	0,633
	Divorciados/viúvos/solteiro	6	5,20	2,187	
F2. Avaliações de Ajustamento e Aceitação relativamente a um Grupo Social	Casados	22	6,32	1,510	0,383
	Divorciados/viúvos/solteiro	6	5,61	2,370	
F3. Fatores de Atração Social	Casados	22	6,17	1,708	0,715
	Divorciados/viúvos/solteiro	6	5,83	2,950	

Na amostra, as dimensões “F1. Constructos de Hierarquia”, “F2. Avaliações de Ajustamento e Aceitação Relativamente a um Grupo Social” e “F3. Fatores de Atração Social”, são superiores para quem tem pais casados, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

## Relação entre a Comparação Social, em função da relação amorosa

**Tabela 7. Estatística descritiva e Testes de Kruskal-Wallis para relação entre QACSES e a relação amorosa**

		N	Média	Desvio Padrão	KW	p
F1. Crenças associadas ao gênero e contraceção	Tem namorado	5	2,13	0,545	1,61	0,446
	Não tem mas já teve	17	1,80	0,643		
	Não tem nem nunca teve	8	1,73	0,320		
F2. Crenças associadas à violência no namoro, gênero, comportamento sexual	Tem namorado	5	2,35	0,863	2,34	0,310
	Não tem mas já teve	17	1,91	0,562		
	Não tem nem nunca teve	8	2,19	0,395		
F3. Crenças associadas à relação amorosa	Tem namorado	5	1,60	0,596	0,32	0,851
	Não tem mas já teve	17	1,80	0,708		
	Não tem nem nunca teve	8	1,79	0,755		

Para todas as dimensões do QACSES, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as categorias da relação amorosa.

Para “F1. Crenças associadas ao gênero e contraceção”, a pontuação é superior para quem “tem namorado” e inferior para quem “não tem nem nunca teve”. Para “F2. Crenças associadas à violência no namoro, gênero, comportamento sexual”, a pontuação é superior para quem “tem namorado” e inferior para quem “não tem mas já teve”. Para a dimensão “F3. Crenças associadas à relação amorosa”, a pontuação é superior para quem “não tem nem nunca teve” namorado e inferior para quem “tem namorado”, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

**Tabela 8. Estatística descritiva e Testes de Kruskal-Wallis para relação entre a ECS e a relação amorosa**

		N	Média	Desvio padrão	KW	p
F1. Constructos de Hierarquia	Tem namorado	5	6,60	0,616	4,52	0,104
	Não tem mas já teve	17	5,16	1,740		
	Não tem nem nunca teve	8	6,00	1,481		
F2. Avaliações de Ajustamento e Aceitação Relativamente a um Grupo Social	Tem namorado	5	7,67	1,130	4,87	0,088
	Não tem mas já teve	17	5,88	1,752		
	Não tem nem nunca teve	8	6,33	1,662		
F3. Fatores de Atração Social	Tem namorado	5	7,60	0,279	6,55	* 0,038
	Não tem mas já teve	17	5,61	2,089		
	Não tem nem nunca teve	8	6,58	1,815		

\* p<0,05

Para “F3. Fatores de Atração Social” da ECS existem diferenças estatisticamente significativas entre as categorias da relação amorosa, sendo superior para quem “tem namorado” e inferior para quem “não tem mas já teve”. Para as restantes dimensões não existem diferenças estatisticamente significativas. “F1. Constructos de Hierarquia” e “F2. Avaliações de Ajustamento e Aceitação Relativamente a um Grupo Social” são superiores para quem “tem namorado” e inferiores para quem “não tem mas já teve”.

### Relação entre o QACSES e a ECS

**Tabela 9. Correlação de Pearson: Relação entre o QACSES e a ECS**

N=122		Escala de Comparação Social		
Questionário de Atitudes e Crenças sobre Sexualidade e Educação Sexual (QACSES)		F1. Constructos de Hierarquia	F2. Avaliações de Ajustamento e Aceitação Relativamente a um Grupo Social	F3. Fatores de Atração Social
F1. Crenças associadas ao género e contraceção	r	0,259	0,233	0,257
	P	0,166	0,215	0,170
F2. Crenças associadas à violência no namoro, género, comportamento sexual	r	0,391(*)	0,328	0,386(*)
	P	0,033	0,077	0,035
F3. Crenças associadas à relação amorosa	r	-0,408(*)	-0,378(*)	-0,484(**)
	P	0,025	0,040	0,007

\* p < 0,05

\*\* p < 0,01

Verifica-se uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a dimensão “F2. Crenças associadas à violência no namoro, género, comportamento sexual” do QACSES e as dimensões da ECS:

“F1. Constructos de Hierarquia” ( $r=0,391$ ,  $p=0,033$ );

“F3. Fatores de Atração Social” ( $r=0,386$ ,  $p=0,035$ ).

O que significa que os jovens que têm pontuações mais elevadas (crenças mais negativas) na dimensão “F2. Crenças associadas à violência no namoro, género, comportamento sexual” do QACSES, têm maior pontuação (comparações sociais mais positivas) nas dimensões “F1. Constructos de Hierarquia” e “F3. Fatores de Atração Social” da ECS.

Verifica-se uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a dimensão “F3. Crenças associadas à relação amorosa” do QACSES e as dimensões da ECS:

“F1. Constructos de Hierarquia” ( $r= -0,408$ ,  $p=0,025$ );

“F2. Avaliações de Ajustamento e Aceitação Relativamente a um Grupo Social” ( $r=0,-378$ ,  $p=0,040$ );

“F3. Fatores de Atração Social” ( $r= -0,484$ ,  $p=0,007$ ).

Significa que os jovens que têm pontuação mais elevada (crenças mais negativas) em “F3. Crenças associadas à relação amorosa” do QACSES, têm uma menor pontuação (comparações sociais menos favoráveis) em todas as dimensões da ECS e vice-versa.

Para as restantes relações estudadas, entre “F1. Crenças associadas ao género e contraceção” do QACSES e todas as dimensões da ECS, e entre “F2. Crenças associadas à violência no namoro, género, comportamento sexual” do QACSES e “F2. Avaliações de Ajustamento e Aceitação Relativamente a um Grupo Social” da ECS. Embora todas as relações sejam positivas, não são estatisticamente significativas.

## Discussão e Conclusões

Tendo como base o objetivo geral deste estudo, conhecer as Atitudes e Crenças sobre Sexualidade numa população clínica de adolescentes com PCA, bem como relacionar essas mesmas crenças e atitudes com a forma como se enquadram socialmente, através de uma ECS, apresentamos de seguida uma síntese dos principais resultados e sua análise.

Verificámos que todas as dimensões do QACSES obtiveram um valor médio inferior ao ponto intermédio da escala. Estes dados permitem-nos concluir que os adolescentes desta amostra possuem, no geral, atitudes tendencialmente positivas e crenças pouco limitantes face à sexualidade. É de salientar que as crenças associadas à relação amorosa, ou seja, acerca da importância da existência de atração sexual, de compromisso e de partilha de emoções numa relação amorosa, ao terem obtido pontuações mais baixas, são as que mais positivamente são encaradas pelos participantes. Dado que a maioria dos adolescentes da amostra tem o diagnóstico de AN e PCA SOE, seria de esperar que estes resultados fossem ao encontro da literatura que evidencia que doentes com AN se caracterizam por serem restritivos e constritivos emocionalmente<sup>2</sup>, o que não se verificou. No entanto o nosso estudo não diferencia se se tratavam de primeiras consultas ou de adolescentes já acompanhados e há quanto tempo, podendo isso influenciar os resultados encontrados, face à possibilidade de já ter sido realizada intervenção nessa área. Por outro lado, o facto de estes adolescentes terem conhecimento acerca da importância de determinados comportamentos/constructos, não significa que as relações interpessoais não sejam reduzidas, que não tenham dificuldades na verbalização de emoções, sentimentos e sensações corporais – alexitimia<sup>7-10</sup>, ou que se sintam capazes de o fazer, ou seja, podem perceber que é importante a atração, mas não se sentem atraídos, podem perceber que é importante a partilha mas não serem capazes de partilhar. Estes factos estão mais relacionados com a autoestima e valorização pessoal, que é melhor avaliada pela ECS.

Relativamente à ECS, verificámos que todas as dimensões apresentavam um valor médio próximo do ponto intermédio da escala. Contrariamente ao esperado, a dimensão “F3. Fatores de Atração Social”<sup>16</sup> não foi a que obteve a pontuação mais baixa, mas sim “F1. Constructos de Hierarquia”, ou seja, estes adolescentes sentem-se inferiores, menos competentes, menos talentosos, menos fortes e menos seguros em relação aos seus pares. No geral, verificámos que estes adolescentes não manifestam comparações sociais muito positivas, o que vai ao encontro dos estudos já feitos nesta área, que afirmam que doentes com PCA realizam comparações menos favoráveis com os outros adolescentes<sup>16</sup> e que são comuns as percepções de inferioridade e inadequação, avaliando-se negativamente quando

se comparam com os outros<sup>16</sup>. Mais uma vez, também aqui não foi feita uma análise em função do tempo de seguimento em consulta, o que poderia, eventualmente, evidenciar outro tipo de resultados.

A expectativa de uma possível relação entre as atitudes e crenças sobre sexualidade e a patologia de base não se verificou, já que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quer no QACSES, quer na ECS. É de salientar, no entanto, que a amostra apenas continha 2 doentes com BN, o que contribui para o enviesamento dos resultados, pois adolescentes com esta patologia caracterizam-se por serem emocionalmente desregulados, com perfil sexual caótico, com múltiplos parceiros e desinibição sexual, contrariamente a adolescentes com AN, mais restritivos, constrictivos emocionalmente e com excesso de autocontrolo, reportando funcionamento sexual limitado<sup>2</sup>. A BN inicia as suas manifestações mais tardiamente do que a AN, com um pico de incidência no final da adolescência e início da idade adulta<sup>1</sup>, o que justifica a sua presença numa proporção significativamente inferior na amostra.

De acordo com a literatura, seria de esperar que, com o avançar da idade, as crenças e atitudes sobre sexualidade fossem sendo menos limitantes ou mais positivas<sup>12</sup>, o que, no geral, se verificou. Jovens entre os 15 e os 17 anos manifestaram crenças mais positivas comparativamente com os jovens entre os 12 e os 14 anos, que poderá ser explicado por maiores níveis de informação e conhecimento sobre a temática da sexualidade<sup>12</sup>. No entanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Foi-nos possível observar que a dimensão “F1. Crenças associadas ao género e contraceção” do QACSES apresenta pontuação mais elevada, ou seja, crenças mais negativas, para os doentes cujos pais são casados, diferenças essas estatisticamente significativas. Para as restantes dimensões, bem como da ECS, as diferenças não foram estatisticamente significativas, mas obtiveram pontuações mais elevadas aqueles cujos pais estavam casados. Seria de esperar que adolescentes com uma família estruturada possuíssem crenças menos limitantes e atitudes mais positivas face à sexualidade. No entanto, o facto de os pais estarem casados não é sinónimo de família estruturada, sabendo-se que elevados níveis de conflito intrafamiliar e a baixa coesão familiar, são fatores que podem ser associados ao abuso físico e emocional dos filhos, bem como à sua negligência, existindo ainda uma correlação entre os maus tratos infantis e a sintomatologia de PCA, mediada profundamente pela alexitimia<sup>10,22</sup>. No caso deste estudo em particular, não foi possível obter informação sobre o tipo de relacionamento intrafamiliar, bem como o seu nível de disfunção, mas apenas sobre o facto de os pais estarem ou não (ainda) casados. Por outro lado, os adolescentes com pais casados efetuam comparações sociais

mais positivas na ECS, o que pode ser explicado pelo facto de estar descrita uma influência da ligação parental problemática e do trauma na infância na promoção de uma possível vulnerabilidade à insegurança social, uma das dimensões mais centrais das PCA<sup>23</sup>, mas mais uma vez não se sabe qual o tipo de ligação parental, apenas se os pais estão, ou não, casados.

Estar num relacionamento estável é considerado fator protetor, relacionado com a capacidade de estabelecer uma relação emocional, tanto para a autoestima como para a qualidade de vida<sup>2</sup>. Apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões do QACSES entre quem “tem namorado” e quem “não tem mas já teve” ou quem “não tem e nunca teve”, as crenças e atitudes são mais negativas para doentes que têm namorado, exceto para “F3. Crenças associadas à relação amorosa” em que é superior para quem “não tem namorado”, evidenciando que adolescentes com parceiro amoroso apresentam crenças mais positivas neste aspeto, como seria expectável. Na ECS, “F3. Fatores de Atração Social” é superior para quem “tem namorado” e inferior para quem “não tem mas já teve”, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, e as dimensões “F1. Constructos de Hierarquia” e “F2. Avaliações de Ajustamento e Aceitação Relativamente a um Grupo Social”, também são superiores para quem “tem namorado” e inferiores para quem “não tem mas já teve”, apesar das diferenças observadas não serem estatisticamente significativas, os achados reforçam que manter um relacionamento amoroso pode constituir um fator protetor para a autoestima destes adolescentes.

Os resultados da correlação entre o QACSES e a ECS foram variáveis. Apesar de a nossa hipótese ser no sentido de quanto melhor fosse a comparação dos adolescentes, e melhor a sua autoestima, mais positivas e menos limitantes seriam as suas crenças e atitudes sobre sexualidade, não verificámos tal relação entre “F2. Crenças associadas à violência no namoro, género, comportamento sexual” do QACSES e as dimensões da ECS “F1. Constructos de Hierarquia” e “F3. Fatores de Atração Social”. No entanto, verificámos a correlação esperada entre “F3. Crenças associadas à relação amorosa” do QACSES e todas as dimensões da ECS, o que nos permite concluir que uma comparação social mais adequada pode ter influência positiva na maneira como estes jovens encaram as relações amorosas, dando maior importância à existência de atração sexual, de compromisso e de partilha de emoções. As restantes relações estudadas não foram estatisticamente significativas.

Apesar dos resultados encontrados, o estudo apresenta algumas limitações. O primeiro prende-se com a dependência da colaboração de várias pessoas quer na



distribuição dos questionários quer no preenchimento pelos participantes e respetivos acompanhantes/famílias. O facto do preenchimento não ter ocorrido em ambiente controlado, impossibilita-nos de saber qual o grau de influência dos acompanhantes nas respostas, o que pode ter inibido os adolescentes de responder com a máxima sinceridade às questões. Salienta-se também a dimensão reduzida da amostra, contudo, importa referir que se trata de uma doença com uma prevalência relativamente baixa<sup>1</sup> e que o estudo decorreu durante 3 meses, não tendo havido a oportunidade de abranger os 96 doentes observados em Consulta de PCA no HP-CHUC em 2018, mas apenas cerca de 31,2% dos mesmos. Porém, a amostra é representativa da relação feminino:masculino de 10:1<sup>1</sup>, já que é constituída por 27 raparigas e 3 rapazes. Uma vez que se trata de uma amostra clínica, com vulnerabilidade acrescida, dada a baixa autoestima e insegurança face à sua imagem corporal, seria de esperar que os resultados fossem particularmente limitantes, o que, no geral, não se verificou. Poderia ser interessante, não só aumentar a amostra, como também comparar os resultados com uma amostra constituída por uma população não clínica e conhecer o grau de educação sexual que os adolescentes possuem. Seria também pertinente a realização de um estudo longitudinal, acompanhando estes adolescentes desde a primeira consulta, de forma a poder avaliar a evolução do curso da doença em paralelo com as suas atitudes e crenças sobre sexualidade, tendo conhecimento da orientação e níveis de intervenção a que estes adolescentes vão sendo sujeitos ao longo do seu acompanhamento.

Apesar das limitações referidas, é importante salientar que este estudo contribui para clarificar algumas características que esta população clínica apresenta. Deste modo, será possível proporcionar uma intervenção, por um lado mais abrangente, e por outro lado, mais dirigida à modificação de crenças limitantes. Ao veicular informação sobre sexualidade, capacitam-se os adolescentes na aquisição de comportamentos mais seguros e atitudes mais positivas, desde as diferenças em relação ao género, contraceção, violência no namoro, comportamento sexual e crenças relativas à relação amorosa. Será igualmente importante trabalhar a sua autoestima, dando ênfase aos seus pontos fortes, descobrindo talentos, potenciando capacidades/competências e trabalhando as suas relações com o próprio corpo. Esta questão é importante para que os adolescentes desenvolvam relacionamentos gratificantes, com sentido de partilha de responsabilidade e de direitos sexuais aceites para si e para os outros, atitudes positivas relativamente à sexualidade e ao prazer e que, no fundo, encarem a sexualidade como um processo contínuo de aprendizagem. O funcionamento sexual pode representar um preditor da resposta à Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e um potencial indicador do processo de recuperação em

doentes com AN e BN<sup>24</sup>. Para que tal seja possível, é indispensável uma equipa multidisciplinar que incida em todos os pontos fragilizados destes adolescentes.

Quanto maior é o conhecimento dos adolescentes sobre a sexualidade, menos atitudes negativas e crenças limitantes têm face à mesma<sup>12</sup>. Deste modo, importa que continuem a existir ações/programas de sensibilização e consciencialização para a sexualidade ao longo da infância e adolescência, considerando o impacto positivo ao nível dos conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais de proteção dos jovens<sup>25</sup>. Salientamos o papel da escola, tendo em consideração que a grande maioria dos adolescentes do estudo refere que adquire a informação sobre sexualidade na escola.

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, o meu reconhecimento é dirigido à minha orientadora, Dra. Teresa Cartaxo, pela disponibilidade, pelo apoio e motivação, e pelos esclarecimentos e críticas pertinentes, ao longo da realização deste trabalho.

Ao meu co orientador, Dr. Paulo Fonseca, pelas sugestões e críticas construtivas.

Ao Professor Doutor Paulo Pereira, pela disponibilidade e apoio no tratamento estatístico.

À Dra. Carla Pinho e aos adolescentes, que se disponibilizaram a colaborar na investigação e que foram fulcrais para a sua consecução.

Aos meus pais e irmão, pelo exemplo e por partilharem comigo os valores da pessoa que sou.

## Referências Bibliográficas

1. American Psychiatric Association. DSM-5. 5th ed. Climepsi, editor. Lisboa; 2013. 393-427.
2. Giovanni Castellini, Lorenzo Lelli, Valdo Ricca MM. Sexuality in eating disorders patients: etiological factors, sexual dysfunction and identity issues. A Systematic review. *Horm Mol Biol Clin Investig*. 2016;25(2):1–20.
3. Harrington BC, Jimerson M, Haxton C JD. Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am Fam Physician*. 2015;91(1):46–52.
4. Dunkley CR, Gorzalka BB, Brotto LA. Disordered eating and sexual insecurities in young women. *Can J Hum Sex* 2016;25(2):138–47. Available from: <http://utpjournals.press/doi/10.3138/cjhs.252-A6>
5. Fonseca H. Perturbações do Comportamento Alimentar na adolescência. *Rev Port Clin Geral*. 2011;27:203–7.
6. Ghizzani, A. & Montomoli M. Anorexia Nervosa and Sexuality in Women: A Review. *J Sex Educ Therapy*. 2000;25:80–8.
7. Kenyon M, Samarawickrema N, DeJong H, Van den Eynde F et al. Theory of mind in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2012;45(3):377–84.
8. Roque, C., Martins, V., Tiago, S., & Saraiva C (Coord. . Perturbações do Comportamento Alimentar. In: Lidel - Edições Técnicas, editor. *Psiquiatria Fundamental*. Lisboa; 2014. 309–24.
9. Pereira S, Torres S. O Caos Emocional do Corpo - Estudo das Emoções Primárias, Alexitimia e Dificuldades na Regulação Emocional nas Perturbações do Comportamento Alimentar. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto; 2009.
10. Nowakowski ME, Mcfarlane T, Cassin S. Alexithymia and eating disorders : a critical review of the literature. *J Eat Disord*. 2013;1(21):1–14.
11. Pollice C, Kaye W, Greeno C, Weltzin T. Relationship of depression, anxiety, and obsessiveness to state of illness in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 1997;21(4):367–76.
12. Carvalho CP, Pinheiro M do R e M, Gouveia JA, Vilar D. Questionário de Atitudes e Crenças sobre Sexualidade e Educação Sexual ( QACSES ) para adolescentes :

- estudos de validação psicométrica Attitudes and Beliefs Questionnaire about Sexuality and Sexual Education ( ABQSSE ) for adolescents : psychometric vali. *Rev Psicol da Criança e do Adolesc.* 2016;7(1-2):345-63.
13. Alves M, Vilar D, Sereno S, Duarte S. A contraceção nos jovens e adultos em formação profissional: conhecimentos, representações e práticas. *Saúde Reprodutiva, Sex e Soc.* 2014;5:18-45.
  14. Couturier J, Pindiprolu B, Findlay S, Johnson N. Anorexia Nervosa and Gender Dysphoria in Two Adolescents. *Int J Eat Disord.* 2015;48:151-6.
  15. Tolosa-sola I, Gunnard K, Muniesa CG, Casals L, Grau A, Farré JM. Body dissatisfaction and eating disorder symptomatology : Which factors interfere with sexuality in women with eating disorders ? *J Health Psychol.* 2017;(March 1):1-10.
  16. Ferreira C, Pinto Gouveia J, Duarte C. Desenvolvimento de Uma Escala de Comparação Social através da Aparência Física: Estudo exploratório da estrutura fatorial e das propriedades psicométricas numa amostra feminina da população geral. *Psychologica.* 2011;54:309-58.
  17. Bardone-cone AM, Thompson KA, Miller AJ. *The Self And Eating Disorders.* 2018.
  18. World Health Organization. *Sexual health, human rights and the law.* Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2015.
  19. Gato JJ. *Evolução e ansiedade social (Evolution and social anxiety).* Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação Universidade de Coimbra; 2003.
  20. Allan, S., Gilbert P. A Social Comparison Scale: Psychometric Properties and Relationship to Psychopatology. *Pers Individ Dif.* 1995;19(3):293-9.
  21. Maroco J. *Análise Estatística com o SPSS Statistics.* 5ª. Edições ReportNumber, editor. 2011.307-16; 317-30; 22-6.
  22. Mazzeo SE, Espelage DL. Association Between Childhood Physical and Emotional Abuse and Disordered Eating Behaviors in Female Undergraduates : An Investigation of the Mediating Role of Alexithymia and Depression. 2002;49(1):86-100.
  23. Maria A, Valeria M, Giuseppina R, Francesca P, Giammarco P, Castellini G, et al. Parental bonding , childhood maltreatment and eating disorder psychopathology : an investigation of their interactions. *Eat Weight Disord - Eat Weight Disord - Stud Anorexia, Bulim Obes* 2019;0(0):0. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s40519-019-00649-0>

24. Castellini G, Lelli L, Corsi E, Campone B, Ciampi E, Fisher AD, et al. Role of Sexuality in the Outcome of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A 3-Year Follow-Up Study. *Psychother Psychosom.* 2017;86(6):376–8.
25. Ramiro L. A Educação Sexual na Mudança de Conhecimentos, Atitudes e Comportamentos Sexuais dos Adolescentes. Universidade de Lisboa; 2013.

## Anexos

### Anexo 1. Consentimento informado

#### Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Projeto de Investigação

Este projeto que estamos a realizar pretende estudar as crenças e atitudes de adolescentes com **idade igual ou superior a 12 anos** relativamente à sexualidade. Tem ainda como objetivos secundários correlacionar os mesmos com quadros psicopatológicos e comportamentos de risco e identificar possíveis focos de intervenção terapêutica e de estratégias de prevenção.

Sugerimos que faças uma leitura prévia conjunta dos questionários, mas estes devem ser **preenchidos por ti**, respeitando a tua privacidade.

A tua participação é voluntária e tens toda a liberdade de recusar ou de a abandonar. A tua recusa em participar ou o teu posterior abandono, não prejudicarão a tua relação com o teu médico assistente. Toda a informação sobre ti e a tua família será estritamente confidencial, sendo os dados clínicos e outras informações que nos forneceres guardados, com um código. Estas informações constituirão um recurso, sob a responsabilidade do Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, não existindo a possibilidade do sigilo dos dados que nos forneceste ser violado. Esta instituição poderá disponibilizar estes recursos, para fins unicamente científicos, a outros investigadores qualificados. No entanto, nenhuns dos dados pessoais que te possam identificar serão distribuídos.

Se **NÃO** concordares com o facto de estes materiais serem utilizados para qualquer outra investigação, preenche este quadrado.

#### Autorização

Eu, \_\_\_\_\_ (nome da pessoa), \_\_\_\_\_ mãe/pai/cuidador responsável de \_\_\_\_\_ (nome do jovem) li e decidi participar no estudo acima descrito. Compreendi o objetivo geral, o que me seria pedido, assim como os possíveis incómodos que possam ocorrer. **(jovem com idade inferior a 16 anos).**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do jovem), li e decidi participar no estudo acima descrito. Compreendi o objetivo geral, o que me seria pedido, assim como os possíveis incómodos que possam ocorrer. **(jovem com idade igual ou superior a 16 anos).**

#### Assinaturas:

\_\_\_\_\_ (Adolescente)

\_\_\_\_\_ (Acompanhante)

\_\_\_\_\_ (Investigadores)

NOTA: Por favor destaque um Consentimento Informado para si e deixe o outro no conjunto dos restantes questionários. Obrigada.

## Anexo 2. Questionário Sociodemográfico

### QUESTIONÁRIO INICIAL

Este projeto que estamos a realizar pretende estudar as crenças e atitudes de adolescentes, como tu, com **idade igual ou superior a 12 anos** relativamente à sexualidade. Tem ainda como objetivos secundários correlacionar os mesmos com quadros psicopatológicos e comportamentos de risco e identificar possíveis focos de intervenção terapêutica e de estratégias de prevenção.

Podes recusar responder ao questionário, sem que isso afete a prestação de cuidados que necessitas. Relembramos que o mesmo é anónimo e confidencial e que deve ser respondido em privado, com sinceridade e de acordo com a tua opinião pessoal.

Agradecemos a tua disponibilidade para participar no nosso projeto.

**Em relação às seguintes perguntas, assinala, por favor, uma ou mais opções que consideres corretas e responde por extenso, sempre que necessário.**

- **Identificação do adolescente**

Género: Feminino \_\_\_ Masculino\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Ano de escolaridade: \_\_\_\_\_

Onde vives? Aldeia \_\_\_ Vila \_\_\_ Cidade\_\_\_

- **Agregado Familiar**

Com quem vives? Mãe \_\_\_ Pai \_\_\_ Irmãos \_\_\_ Avós \_\_\_ Outros \_\_\_ Quem?

\_\_\_\_\_

Mãe: Idade: \_\_\_\_\_ anos; Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_.

Pai: Idade: \_\_\_\_\_ anos; Profissão: \_\_\_\_\_ ; Escolaridade: \_\_\_\_\_;

Estado Civil: \_\_\_\_\_.

- **Relação Amorosa**

Namoras? Sim \_\_\_ Não \_\_\_ Conheço-o(a) pessoalmente \_\_\_ Só conheço pela internet \_\_\_

Quantos namoros anteriores já tiveste? \_\_\_\_\_

Gostas de? Rapazes \_\_\_ Raparigas \_\_\_ Ambos \_\_\_ Ainda não sei \_\_\_

Consideras que já foste vítima de violência no namoro? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Se sim, de que tipo?

Ignorar/desprezar/provocar ciúmes \_\_\_\_\_



Controlar/proibir (ex. roupa, amizades, passwords...) \_\_\_\_

Humilhar/ofender/ameaçar \_\_\_\_

Agressões físicas (ex. beliscar, arranhar, bater, mesmo que seja "a brincar") \_\_\_\_

Forçar carícias/contactos sexuais \_\_\_\_

Consideras que já foste agressor num quadro de violência no namoro? Sim \_\_ Não\_\_

Se sim, de que tipo?

Ignorar/desprezar/provocar ciúmes \_\_\_\_

Controlar/proibir (ex. roupa, amizades, passwords...) \_\_\_\_

Humilhar/ofender/ameaçar \_\_\_\_

Agressões físicas (ex. beliscar, arranhar, bater, mesmo que seja "a brincar") \_\_\_\_

Forçar carícias/contactos sexuais \_\_\_\_

- **Proveniência da informação sexual**

Quem é que te ensinou acerca de sexualidade?

Família \_\_\_\_ Escola \_\_\_\_ Profissionais de saúde (medico/enfermeiro/psicólogo...) \_\_\_\_ Amigos \_\_\_\_

Fui eu que pesquisei\_\_ Onde? \_\_\_\_\_

- **Comportamentos auto lesivos**

Já alguma vez te magoaste de propósito?

Não \_\_ Sim \_\_ Como? \_\_\_\_\_

- **Consumos**

Consumes alguma destas substâncias?

Tabaco \_\_\_\_ Álcool \_\_\_\_ Drogas \_\_ Quais? \_\_\_\_\_

- **Seguimento em consulta de Pedopsiquiatria**

És seguido na consulta de problemas alimentares em Pedopsiquiatria porquê?

Anorexia Nervosa \_\_\_\_

Bulimia Nervosa \_\_\_\_

Outro motivo \_\_ Qual? \_\_\_\_\_

Não sei \_\_\_\_

### Anexo 3. Questionário de Atitudes e Crenças sobre Sexualidade e Educação Sexual (QACSES)

(Carvalho & Pinheiro, 2012)

Nesta parte vais **encontrar um conjunto de afirmações relacionadas com a sexualidade**. Estas afirmações podem estar de acordo com as tuas opiniões ou pelo contrário podem ser diferentes daquilo que pensas.

Para cada uma das afirmações, **faz um círculo no número** que corresponde ao teu grau de concordância com a afirmação:

**Discordo completamente**      **Discordo parcialmente**      **Não concordo nem discordo**      **Concordo parcialmente**      **Concordo completamente**  
**1**                                      **2**                                      **3**                                      **4**                                      **5**

Crenças e Atitudes sobre Sexualidade e Educação Sexual	Discordo completamente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo completamente
1. Quando as raparigas dizem “não” na verdade querem dizer “sim”.	1	2	3	4	5
2. Ter controlo sobre o comportamento do outro é normal na relação de namoro.	1	2	3	4	5
3. Fazer ciúmes é normal na relação de namoro.	1	2	3	4	5
4. Prevenir a gravidez é da responsabilidade das raparigas.	1	2	3	4	5
5. Quando se usa a pílula não é preciso usar preservativo.	1	2	3	4	5
6. Fica mal às raparigas andarem com preservativos na carteira.	1	2	3	4	5
7. A masturbação é só para homens.	1	2	3	4	5
8. A forma como as raparigas se vestem diz muito do que estas esperam dos homens.	1	2	3	4	5
9. Só existe relação sexual quando existe penetração.	1	2	3	4	5
10. Vigiar o telemóvel é normal quando se gosta de alguém.	1	2	3	4	5
11. Raparigas que tomam a iniciativa num encontro amoroso não devem ser levadas a sério.	1	2	3	4	5
12. A Educação Sexual nas escolas leva a que os jovens tenham comportamentos sexuais precoces.	1	2	3	4	5
13. Com a idade perde-se o interesse pelo sexo.	1	2	3	4	5
14. É importante numa relação amorosa a existência de atração sexual.	1	2	3	4	5
15. É importante numa relação amorosa a existência de compromisso.	1	2	3	4	5
16. A partilha de emoções e pensamentos é importante numa relação amorosa.	1	2	3	4	5
17. O facto dos amigos já terem tido relações sexuais é uma boa razão para se iniciar a vida sexual.	1	2	3	4	5

**Anexo 4. Escala de Comparação Social (ECS – Social Comparison Scale, Allan, & Gilbert, 1995; versão portuguesa de Gato & Pinto Gouveia, 2003)**

**INSTRUÇÕES**

**Gostaríamos de saber como te comparas com os outros. Por favor, assinala com um círculo o número que, em cada linha, melhor traduz a forma como te sentes no relacionamento com os teus colegas ou amigos.**

*No relacionamento com os outros eu sinto-me*

Inferior	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Superior
Incompetente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Competente
Antipático(a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mais simpático(a)
Rejeitado(a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aceite
Diferente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Igual
Sem talento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mais talentoso(a)
Mais fraco(a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mais forte
Inseguro(a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mais seguro(a)
Indesejável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mais desejável
Não atraente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mais atraente
Um(a) desajustado(a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Um(a) ajustado(a)