

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia

**Crenças sobre sexualidade entre estudantes de Medicina de uma Universidade
Federal do sul do Brasil**

Cristina Helena Luz Grecco

Porto Alegre, 2018

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia

**Crenças sobre sexualidade entre estudantes de Medicina de uma Universidade
Federal do sul do Brasil**

Cristina Helena Luz Grecco

Dissertação apresentada como requisito obrigatório
para obtenção de título de Mestre no Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia
e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade
Federal do Rio Grande do Sul

Orientadora: Prof^a Dr^a Janete Vettorazzi

Porto Alegre, 2018

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, Rafael, que me apoia em todas as minhas loucuras acadêmicas ou não.

A Shakira, minha filha de quatro patas, que me acompanhou durante todo o processo intelectual desse trabalho.

A minha mãe, Vera, inspiração diária e grande incentivadora para eu seguir nesse projeto.

AGRADECIMENTOS

A minha família e amigos, que sempre me brindaram, ao longo desses anos, com palavras de incentivo e com muito carinho e compreensão.

A minha orientadora, Prof^a Dr^a Janete Vettorazzi, pela confiança no meu potencial, pela presteza e pela generosidade de dividir comigo o seu vasto conhecimento na área.

Ao Prof. Dr. Charles Ferreira, pessoa ímpar, sem o qual nada disso seria possível. Minha eterna gratidão pela dedicação e pela amizade.

À colega Fernanda Grossi, sempre disponível para contribuir com ideias e conteúdo para este trabalho desde o princípio.

A Dra. Sandra Scalco, por ter simplesmente me apresentado esse mundo da Sexologia e, mais que isso, por ter me apoiado e me guiado para seguir esse caminho.

A Dra. Adriana Schmidt, pela amizade e confiança, dando-me oportunidades e novas possibilidades como médica.

À acadêmica de Medicina Mariana Scheffler, pela dedicação e vontade de fazer com que este projeto se tornasse realidade.

Aos estudantes de Medicina da UFRGS que colaboram para com este estudo.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	6
LISTA DE TABELAS E FIGURAS.....	7
RESUMO.....	8
ABSTRACT.....	10
INTRODUÇÃO.....	12
REVISÃO DA LITERATURA.....	15
1 Estratégias para localizar e selecionar as informações.....	15
2 Mapa Conceitual esquemático.....	16
3 Sexualidade.....	17
4 A importância da educação sexual durante a formação médica.....	20
5 Deficiência no ensino sobre sexualidade humana entre estudantes de Medicina.....	23
6 Crenças e Crendices sobre sexualidade.....	26
6.1 A Origem das crendices sexuais.....	26
6.2 As crendices, crenças disfuncionais ou crenças errôneas.....	28
6.3 Crenças e Crendices sobre sexualidade e os estudantes de Medicina.....	29
JUSTIFICATIVA.....	32
HIPÓTESES.....	33
OBJETIVOS.....	34
1. Objetivo Principal.....	34
2. Objetivos Secundários.....	34
REFERÊNCIAS.....	35
ARTIGO EM INGLÊS.....	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
PERSPECTIVAS.....	64
ANEXO 1 Questionário de Crenças e Crendices sobre Sexualidade entre Estudantes de Medicina	66

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CNPq: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DS: Disfunções Sexuais

DSTs: Doenças Sexualmente Transmissíveis

FAMED: Faculdade de Medicina

HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

ISSM: Sociedade Internacional para a Saúde Sexual

LGBT: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

NEPEsex: Núcleo de Estudos e pesquisa em sexualidade do Rio Grande do Sul.

OMS: Organização Mundial de Saúde

UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

WAS: World Association of Sexual Health

WinPEPI: Programs for Epidemiologists for windows

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Resultados da Revisão Sistemática	15
Figura 1. Mapa Conceitual Sistemático.....	16
Artigo Figura 1. Fluxograma das Características Demográficas dos Estudantes de Medicina.....	56
Artigo Tabela 1. Crenças e Crençices sobre Sexualidade entre os estudantes de Medicina.....	57
Artigo Tabela 2. Crenças e Crençices sobre Sexualidade entre os estudantes de Medicina.....	62

RESUMO

Introdução: A Organização Mundial de Saúde (OMS) reuniu princípios basilares para a felicidade dos povos. A sexualidade é dos pilares para a manutenção de uma vida saudável. Espera-se que os profissionais de saúde estejam aptos a discutir o tema com naturalidade e conhecimento adequado. Nesse sentido surgem os conceitos de crenças e credices sobre sexualidade. Entendemos como crenças o conjunto de informações mais corretas sobre sexualidade e, como credices, os conhecimentos da área, disseminados pela sociedade, que não possuem embasamento científico. As credices, muitas vezes, contribuem para a prática médica equivocada em relação a sexualidade. Objetivo: Avaliar as crenças e credices sobre sexualidade entre estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAMED-UFRGS). Delineamento do Estudo: Estudo transversal, realizado entre estudantes de uma universidade pública brasileira (UFRGS) no ano de 2018. Foi aplicado um questionário online padronizado sobre características sociodemográficas e crenças e credices sobre sexualidade. Os estudantes foram separados em grupos conforme o semestre: grupo 1 (1º ao 4º semestre), grupo 2 (5º ao 8º semestre) e grupo 3 (9º ao 12º semestre). Resultados: 308 estudantes responderam o questionário, sendo destes 80 (26,0%) do grupo 1, 114 (37,0%) do grupo 2 e 114 (37,0%) do grupo 3. 42,9% eram homens e 57,1% mulheres. A maioria dos estudantes declarou-se branca (83,44%) e sem religião (51,6%). Houve predomínio de crenças em relação às credices sobre sexualidade, sendo que o grupo 1 apresentou mais credices em relação aos demais grupos. Neste grupo, 15% acreditam que a homossexualidade é uma doença, 21,3% crêem que o

orgasmo precisa ocorrer simultaneamente entre os parceiros para que a relação sexual seja gratificante, 17,5% julgam perigoso manter relações sexuais durante a menstruação e 12,5% acham a virgindade um fator importante para o êxito no casamento, dentre outros aspectos. Já os do grupo 3 mostraram entender que a maioria dos problemas sexuais é de origem psicológica (71,1%), além de a grande parte dos estudantes responderem as perguntas de acordo com a crença, confirmando o predomínio das mesmas nos semestres mais avançados em relação aos semestres iniciais. Conclusão: O estudo demonstrou que, ao longo do curso, alguns equívocos sobre sexualidade são esclarecidos. Entretanto, mesmo os estudantes de Medicina, conservam as crenças, havendo necessidade de educação sexual adequada nos cursos médicos.

Palavras-chave: Sexualidade. Estudantes medicina, Crenças, Conhecimento

ABSTRACT

Introduction: The World Health Organization (WHO) has assembled basic principles for the happiness of peoples. Sexuality is one of the pillars for maintaining a healthy life. It is expected that health professionals will be able to discuss the issue with naturalness and adequate knowledge. In this sense, the concepts of beliefs and misbeliefs about sexuality arise. We understand as beliefs the most correct set of information about sexuality and, as misbeliefs, the knowledge of the area, disseminated by society, that do not have scientific basis. Beliefs often contribute to the misguided medical practice of sexuality. Objective: To evaluate the beliefs and misbeliefs about sexuality among students of the Medical School of the Federal University of Rio Grande do Sul (FAMED-UFRGS). Study Design: A cross-sectional study conducted among students of a Brazilian public university (UFRGS) in the year 2018. A standardized online questionnaire on sociodemographic characteristics and beliefs and misbeliefs about sexuality was applied. The students were separated into groups according to the semester: group 1 (1st to 4th semester), group 2 (5th to 8th semester) and group 3 (9th to 12th semester). RESULTS: 308 students answered the questionnaire, of which 80 (26, 0%) from group 1, 114 (37.0%) from group 2 and 114 (37.0%) from group 3. 42.9% were men and 57.1% were women. The majority of the students declared themselves white (83.44%) and without religion (51.6%). There was a predominance of beliefs regarding sexuality misbeliefs, and group 1 presented more misbeliefs in relation to the other groups. In this group, 15% believe that homosexuality is a disease, 21.3% believe that orgasm needs to occur simultaneously between partners for a rewarding sexual relationship, 17.5% consider it dangerous to have intercourse during menstruation and 12, 5% find virginity an important factor for

success in marriage, among other aspects. On the other hand, the group 3 showed that most of the sexual problems are of psychological origin (71.1%), and most of the students answered the questions according to the belief, confirming their predominance in the most advanced semesters in relation to the initial semesters. Conclusion: The study demonstrated that, over the course of the course, some misconceptions about sexuality are clarified. However, even medical students retain their beliefs, and there is a need for adequate sex education in medical courses.

Keywords: Sexuality. Students medicine, Beliefs, Knowledge

INTRODUÇÃO

A sexualidade humana pode ser definida como um dos pilares básicos da qualidade de vida, devendo ser abordada na atenção primária à saúde de todos os indivíduos. Cabe, portanto, ao profissional médico o papel fundamental na promoção à saúde sexual, visto que este é responsável não somente pela profilaxia e tratamento das doenças ou disfunções relacionadas à atividade sexual, mas também pela desconstrução de crenças errôneas e mitos sobre a sexualidade, levando, assim à educação sexual dos pacientes e prevenindo agravos (1).

Crenças e credences sobre a sexualidade norteiam o comportamento sexual dos indivíduos e sempre existiram nas mais diversas sociedades ao longo do tempo (2) A cultura é o fator primordial que molda o comportamento e as atitudes das pessoas em relação ao sexo, sendo que, dessa forma, os diferentes aspectos culturais, como religião, tradições e costumes acabam influenciando a visão dos indivíduos sobre a sexualidade como um todo, fazendo com que as pessoas incorporem conceitos, muitas vezes, incorretos e sem embasamento científico ou, até mesmo, mal interpretando assuntos relacionados à saúde sexual (3). Por essa razão é indispensável que haja educação adequada em sexologia, principalmente nos cursos de formação médica, já que o futuro profissional da área será responsável pela propagação do devido conhecimento sobre este assunto tão relevante em saúde.

Há evidências de que os estudantes de medicina, de forma geral, não possuem conhecimento adequado sobre o tema “sexualidade”, o que, no futuro de sua prática médica prejudicará o atendimento de seus pacientes (4). Frequentemente os profissionais de saúde não têm preparo para investigar e tratar as queixas sexuais, pois nem sempre são ensinados para isso durante o curso de medicina (5). Essa carência no aprendizado durante o curso é evidenciada tanto no Brasil como em países desenvolvidos, e por todo o mundo e leva à prática de uma Medicina sem devida informação técnica. Dessa forma, condutas médicas baseadas, muitas vezes, na opinião pessoal do profissional podem prevalecer, possibilitando, a propagação de crendices em sexualidade (6). Além disso, muitos profissionais não abordam o tema sexualidade em suas consultas, ou por sentirem-se constrangidos para tal, ou simplesmente por não se julgarem aptos do ponto de vista técnico para tocarem nesse assunto (7). Outra questão relevante é a falta de produção científica na área, muito embora se tenha conseguido grande melhora nas últimas décadas (8). Isso também evidencia a dificuldade que as instituições têm em aprofundarem-se na temática da sexualidade e mostra o quanto até mesmo o corpo docente dos cursos médicos não possui preparo adequado para uma abordagem completa e suficiente na área (9).

Não há consenso mundial ainda para a unificação de um currículo em sexualidade nas escolas médicas, mesmo porque a diversidade de culturas no mundo não tornaria isso factível, mas existe a concordância de que haja abordagem do tema em todas as instituições responsáveis pela formação desses profissionais (10). No Brasil, por exemplo, o Ministério da Educação orienta em suas diretrizes a inserção das faculdades de medicina em temas sobre sexualidade humana, inclusive em questões como direitos sexuais e reprodutivos, violência sexual, orientação sexual e políticas LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros) (11).

Desse modo, a importância da saúde sexual na qualidade de vida do ser humano justifica a inserção da sexualidade nos currículos dos cursos de medicina. Busca-se, pois, em um profissional da área, a excelência e a qualificação necessárias para que o mesmo esteja habilitado em prevenir e tratar patologias de cunho sexual ou de repercussão na sexualidade, além de promover saúde sexual através da devida informação aos seus pacientes, desprovida de preconceitos e baseada em evidências científicas.

REVISÃO DA LITERATURA

1 Estratégias para localizar e selecionar as informações

A busca de artigos para a revisão da literatura foi realizada nas bases de dados do Pubmed e Lilacs utilizando os seguintes descritores: *sexuality*, *Medicine Students*, *knowledge*, *beliefs*. As palavras-chave deveriam estar contidas no título ou corpo do resumo dos artigos. Os artigos foram pesquisados tendo sido levados em conta publicações retroativas até dezembro de 1998, em Língua inglesa, portuguesa ou espanhola. As palavras-chave também foram cruzadas da seguinte maneira: *sexuality and medical students*, *sexuality and knowledge*, *sexuality and beliefs*, *medical students and knowledge*, *medical students and beliefs*, *knowledge and beliefs*, *sexuality and medical students and knowledge*, *sexuality and medical students and beliefs*, *sexuality and medical students and knowledge and beliefs* e, finalmente, *sexuality and knowledge and beliefs* (Tabela 1).

Foram utilizados 52 artigos não duplicados ao final da busca, além de livros de referência no tema sexualidade e sites oficiais de entidades relacionadas à saúde.

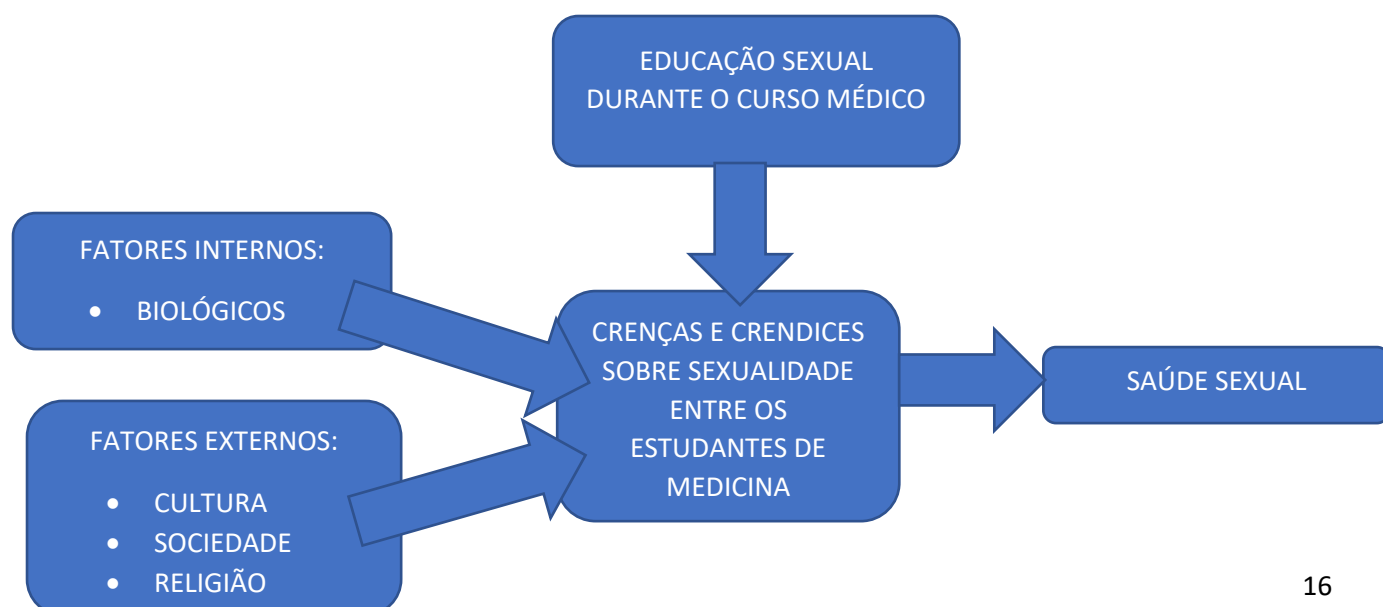
Tabela 1. Resultados da Revisão Sistemática

Base de Dados	Artigos Encontrados		Artigos Relevantes	
	Lilacs/Bireme	Pubmed	Lilacs/Bireme	Pubmed
<i>Sexuality</i>	4097	140.865	56	43
<i>Medical Student</i>	2218	78.409	10	41
<i>Knowledge</i>	28790	522.599	21	1
<i>Beliefs</i>	3636	533.403	10	6

<i>Sexuality and Medical Students</i>	23	1157	08	10
<i>Sexuality and Knowledge</i>	485	14904	14	10
<i>Sexuality and Beliefs</i>	118	8870	09	7
<i>Medical Students and Knowledge</i>	529	13621	2	3
<i>Medical Students and Beliefs</i>	22	3985	1	5
<i>Knowledge and Beliefs</i>	10	58	0	2
<i>Sexuality and Medical Students and Knowledge</i>	0	408	0	5
<i>Sexuality and Medical Students and Beliefs</i>	1	134	1	7
<i>Sexuality and Medical Students and Knowledge and Beliefs</i>	0	60	0	3
<i>Sexuality and Knowledge and Beliefs</i>	19	1967	2	5

2 Mapa Conceitual Esquemático

Figura 1. Mapa conceitual crenças e credences em sexualidade



A sexualidade do indivíduo sofre influências internas e externas. Além dos aspectos biológicos, a religião, a cultura e a sociedade em geral determinam a maneira de expressar a sexualidade, sendo, portanto, fundamentais na construção de crenças por vezes inadequadas sobre o tema. Com o objetivo de modificar crenças e de promover saúde de forma global aos pacientes, é fundamental haver adequado conhecimento por parte dos médicos sobre as questões que permeiam a sexualidade, formando profissionais a auxiliarem as pessoas nas suas queixas sexuais. Dessa maneira, o ensino de temas em sexualidade durante os cursos de Medicina pode garantir conhecimento específico para que os profissionais possam melhor acolher e informar seus pacientes, além de melhor poderem entender sua própria sexualidade.

3 Sexualidade

A sexualidade humana é um processo contínuo com um conceito bastante abrangente, sendo influenciada por fatores biológicos, fisiológicos, emocionais, sociais e culturais tornando-se fundamental no cotidiano por causar reflexos diretos na vida das pessoas (8). Engloba não meramente a relação sexual em si, envolvendo aspectos do sexo e suas implicações biológicas, do erotismo, da intimidade, da reprodução e perpetuação da espécie, dentre outros (12). A sexualidade é uma expressão de vitalidade, sendo manifestada através de fantasias desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos e práticas e papéis sociais (13).

Por essas razões, a OMS declarou que a saúde sexual é um dos pilares que formam a base para a manutenção da qualidade de vida, não sendo a sexualidade

saudável caracterizada apenas por ausência de doença. Saúde sexual seria, portanto, um estado de bem-estar físico, mental, emocional e social relacionado ao exercício da sexualidade, que necessita ser abordada de forma respeitosa sob todos os aspectos e experimentada de maneira prazerosa e segura, totalmente livre de coerção, discriminação e violência (12).

A história da sexualidade e das mudanças no comportamento sexual acompanham o ser humano desde o princípio da existência, tendo despertado a curiosidade de alguns estudiosos e levando aos primeiros estudos científicos sobre o assunto (14). Muito embora se saiba que Freud já no século XIX tenha escrito e debatido a temática sexual (14), a produção científica na área da sexualidade tornou-se relevante a partir de Alfred Kinsey, em 1948, com seus relatórios que buscavam entender o comportamento sexual masculino, mais significativamente no que dizia respeito aos aspectos sobre orientação sexual (15).

O verdadeiro início, entretanto, das pesquisas experimentais sobre o funcionamento sexual do ser humano ocorreu em um contexto de modificações mundiais conhecido como Revolução Sexual, período de liberação sexual, caracterizado pelo movimento de emancipação feminina e mudanças nas atitudes relacionadas à sexualidade (14). A partir de 1954, quando no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Escola de Medicina da Universidade de Washington e, mais tarde, na Fundação de Pesquisa e Biologia de Reprodução, William Masters e Virginia Johnson passaram a estudar a fisiologia da relação sexual, descobrindo, através de pesquisa publicada em 1966, aspectos importantes sobre a resposta sexual humana, principalmente quando perceberam e relataram, pela primeira vez, que a resposta sexual ocorria não somente na esfera genital, demonstrando que todo o corpo humano sofria a influência dos estímulos eróticos (16). Baseado nisso,

Masters e Johnson apresentaram um modelo linear e sequencial, dividindo a resposta sexual em quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução. As descobertas do casal revolucionaram a área de estudos sobre sexualidade, tornando-se a base para as pesquisas que vieram a seguir.

Em 1979, a psiquiatra Helen Kaplan reconheceu em seus estudos que o modelo linear de resposta sexual era incompleto, acrescentando a ele um terceiro elemento relevante, o desejo, o qual se caracterizaria por uma sensação subjetiva necessária para desencadear o restante da resposta fisiológica relacionada ao sexo (17). Posteriormente, no início dos anos 2000, a canadense Rosemary Basson auxiliou a esclarecer os meandros da sexualidade feminina, propondo que a mulher poderia partir de uma neutralidade sexual e, ao ser receptiva ao estímulo sexual, desencadearia a fase de excitação subjetiva que seria responsável por suscitar desejo responsivo nessa mulher, com conseqüente aumento da excitação, gerando, assim, satisfação física e emocional sem a obrigatoriedade do orgasmo. a este modelo deu-se o nome de resposta sexual circular (18).

Entender o ciclo de resposta sexual é fundamental para identificar as possíveis alterações fisiológicas ou patológicas que podem ocorrer. A atividade sexual satisfatória leva a benefícios físicos e emocionais a homens e mulheres, interferindo positivamente inclusive na expectativa de vida (19). O comprometimento da saúde sexual pode ser ocasionado por alterações biológicas, psicológicas ou por questões sociais e culturais que impedem uma vida plena e saudável globalmente (20). Dessa forma, disfunções sexuais, alterações fisiológicas do ciclo de vida, características dos relacionamentos afetivos, status de saúde física e mental, contextos sociais, questões emocionais e culturais são aspectos de vida intimamente relacionados com saúde sexual, devendo ser contemplados nas consultas médicas da atenção primária, já que

estas têm, por finalidade, a prevenção de doenças e promoção de saúde dos indivíduos.

4. A importância da educação sexual durante a formação médica

A educação sexual tem um papel importante em promover saúde global, visto que é ferramenta para que as noções sobre o exercício de uma sexualidade saudável e a valorização dos direitos sexuais sejam garantidas a todos os indivíduos (12). educar os profissionais que estão se preparando para atuarem como médicos em sexualidade influencia diretamente no processo da abordagem humanizada e integral do paciente, justificando, dessa forma, o estímulo ao aprendizado da temática nos cursos de Medicina (21).

Até a metade do século XX, apenas três escolas médicas nos Estados Unidos tinham em seu currículo conteúdos sobre sexualidade (22). A partir do momento em que ocorreram as mudanças sociais e políticas decorrentes da Revolução Sexual, ocorreu, bem como com as pesquisas na área de sexologia, a inclusão da temática no ambiente da graduação em Medicina (23).

As disfunções sexuais (DS), as políticas LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Transgênero) e as questões de gênero, a sexualidade nos diferentes momentos do ciclo vital e as noções sobre respeito e tolerância às orientações e práticas sexuais devem ser apresentadas ao estudante de medicina durante o curso. Paralelamente, o estudante deve aprender a lidar com as vítimas de violência sexual, bem como ter conhecimento sobre direitos reprodutivos, além de adquirir subsídios para agir atuando na prevenção e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (6).

As DS são muito prevalentes na população geral. Estudos evidenciam que as disfunções sexuais são mais comuns em mulheres, afetando 43% da população feminina, enquanto 31% dos homens têm alguma queixa sexual (24). O currículo médico pode fazer com que os estudantes, à medida em que recebem informação adequada durante o curso, acabem se sentindo confortáveis para discutir as opções de manejo das disfunções sexuais (25).

A educação sobre questões LGBT e de gênero é considerada por muitos uma prioridade durante a formação dos profissionais de Medicina. Os futuros médicos devem ser treinados sobre as formas de ajudar essa população `mais vulnerável e suscetível a preconceito e violência para que ela sinta confortável no exercício da sua sexualidade de maneira plena e saudável. A educação sexual também deve ocorrer no sentido de fornecer ao profissional em formação condições de entendimento e manejo de problemas de saúde pública relacionados à sexualidade, como é o caso das DSTs (doenças sexualmente transmissíveis) e da AIDS (acquired Immunodeficiency syndrome), da contracepção e das práticas sexuais seguras, da violência e coerção sexual e do abortamento legal (10). Cabe ao curso de Medicina, além disso, orientar o futuro médico sobre a grande variedade de práticas sexuais humanas com a finalidade de proporcionar ao seu paciente um maior acolhimento e conforto para que o paciente se sinta seguro e respeitado.

O currículo médico ideal em sexualidade deve inserir contribuições das mais diversas áreas médicas e, suplementarmente, não médicas (26) e deve abordar, como mencionado anteriormente, uma visão geral sobre toda a sexualidade humana. Mais ainda, deve-se ensinar saúde sexual baseando-se em três aspectos específicos: atitude, conhecimento e habilidade (27).

A atitude refere-se à percepção do estudante sobre o papel da sexualidade na vida do paciente, devendo, assim, ter interesse pelo bem-estar sexual da pessoa que veio solicitar atendimento, driblando, portanto, suas crenças e vieses pessoais com a finalidade de não interferir na prática clínica. O conhecimento, por sua vez, visa compreender os fatores biopsicossociais da sexualidade humana. Já a habilidade seria o aspecto mais importante do processo de aquisição de conhecimento, pois diz respeito à capacidade que o futuro profissional adquiriu para abordar e resolver os problemas sexuais de cada paciente individualmente (26).

A ISSM (Sociedade Internacional para a Saúde Sexual) publicou em 2010 recomendações para a elaboração de um currículo em sexualidade, baseado no descrito anteriormente. A finalidade desse currículo é estabelecer um denominador comum a todos os cursos médicos para o ensino da sexualidade humana, sem, entretanto, deixar de salientar a necessidade de uma adequação do currículo para cada escola médica, respeitando assim as diversidades culturais e sociais de cada localidade (11). As estratégias atuais de ensino em sexualidade humana são direcionadas para mudanças que sugerem um currículo teórico e prático que seja abordado ao longo do curso médico. Leituras e aulas teóricas, trabalhos e discussões em grupo, treinamento para o atendimento aos pacientes em consultórios e ambulatórios e atividades extracurriculares e multiprofissionais podem ser as estratégias usadas para o aprendizado em sexualidade nas escolas médicas (27). No Brasil, as diretrizes para o curso de Medicina, de 2014, recomendam a abordagem da diversidade humana nos aspectos biológicos, sociais, econômicos, étnico-raciais, de gênero e de orientação sexual nos currículos (11).

Torna-se, por conseguinte, imperativo a inclusão do ensino sexual nas escolas de Medicina mundiais. Educar os futuros médicos para que os mesmos valorizem a

saúde sexual de todos os pacientes, despertando-os para o conhecimento da diversidade do comportamento sexual humano é uma questão de saúde pública que, além de ajudar na futura prática da Medicina, auxilia também o profissional a lidar com o exercício da própria sexualidade.

5 Deficiência no Ensino sobre sexualidade humana entre os estudantes de Medicina

A educação sexual nos cursos de Medicina é baseada em um modelo organicista, heteronormativo e cisgênero com visão reducionista por ter viés reprodutivo e patológico e ausência da dimensão biopsicossocial da sexualidade, produzindo um ambiente favorável à discriminação de gênero, orientação e prática sexual (28). Este enfoque oferecido durante o curso pode proporcionar, de certa forma, uma visão negativa da sexualidade, pois prioriza temáticas relacionadas à doenças, como câncer, DSTs e AIDS, aborto e patologias mentais, não se mencionando, muitas vezes, o sexo como forma de obter satisfação e prazer, o que seriam aspectos positivos ligados à prática saudável da sexualidade (21).

Em um estudo transversal realizado pelo Departamento de Ginecologia da Universidade do Piauí em que foram avaliadas as respostas de 207 professores de 110 diferentes escolas médicas das cinco regiões do Brasil, constatou-se que a maior parte das aulas sobre sexualidade humana versava sobre anatomia e fisiologia reprodutiva, pouco se referindo à temas como prazer, erotismo, masturbação, papéis de gênero, direitos sexuais e reprodutivos e homofobia (29). Um estudo feito por americanos e canadenses, por sua vez, evidenciou que, mesmo a temática LGBT, quando abordada, era enfocada sob um viés orgânico, não se falando sobre as

questões sociais e comportamentais da população LGBT e nem sobre identidade e papéis sexuais (28). Essa visão reducionista sobre a sexualidade pode comprometer a qualidade da educação médica necessária para promover saúde sexual durante a abordagem médica em consultas (9).

Além desse aspecto, existe o fato de a educação sexual estar perdendo espaço na carga horária dos cursos de graduação de Medicina. Um trabalho norte-americano que avaliou o currículo de educação sexual das faculdades de Medicina Americanas apontou que a maior parte das instituições possuía, no máximo, 10 horas-aula sobre a temática da sexualidade, quando o ideal seria, pelo menos 10 horas-aula (30). A realidade brasileira não é diferente, não havendo informação suficiente sobre como ocorre a abordagem das escolas médicas nesse conteúdo, já que não existem estudos suficientes para que se possa traçar o perfil do ensino na área (31). Da mesma forma que ocorre nos países desenvolvidos, no Brasil a carga horária em sexualidade humana durante o curso de Medicina também é inferior à mínima considerada necessária (29). Outra questão trazida é a de que a maior parte dos cursos de Medicina não apresenta uma disciplina específica de sexologia e não apresenta esse conteúdo ao longo do curso médico, cabendo às disciplinas de ginecologia, urologia e psiquiatria inserir em seus conteúdos alguma noção sobre o tema durante a faculdade (32).

Os reflexos da limitação do ensino médico na área são diversos. Nota-se que a falta de aprendizado em sexologia acarreta posterior dificuldade dos profissionais em enfrentar as queixas sexuais de seus pacientes nas consultas de rotinas (33). Estudos têm mostrado que o conhecimento adquirido durante o curso de Medicina na área de sexualidade é muito pequeno (34), não raramente vinda a observação do próprio paciente afirmando que a maior parte de seus médicos não acessam os

problemas e necessidades sexuais em seus atendimentos (35). Isso ocorre porque os estudantes não se sentem seguros para conversarem sobre sexualidade com seus pacientes devido, muitas vezes, ao sentimento de vergonha em relação ao tema, preconceito relativo a alguns aspectos (como orientação sexual e questões sobre comportamento e saúde de grupos LGBT) e, principalmente, à sensação de desconhecimento sobre o assunto (36). Em vista disso, muitos pacientes referem que os médicos acabam ou ignorando a queixa trazida em consulta ou tratando o tema com constrangimento e, até mesmo, com brincadeiras impertinentes, muitas vezes manifestando sua impaciência frente à discussão de questões sobre sexualidade (31).

Em contrapartida, existem diversas evidências apontando para o fato de os futuros profissionais médicos se preocuparem com o ensino em saúde sexual durante o curso. Em uma Universidade da Alemanha, uma pesquisa mostrou que a maior parte dos estudantes da graduação julgavam primordial o ensino da sexualidade em seus currículos (37). A mesma impressão ocorre no Brasil, onde um estudo em uma Universidade Federal mostrou que quase a totalidade dos alunos consideram importante a inserção do tema durante as aulas da graduação, embora o que se veja seja uma oferta de conhecimentos na área muito inferior ao almejado e solicitado (9).

Paralelamente, deve-se entender que os estudantes de Medicina das mais diversas regiões não fazem parte de um grupo homogêneo, diferenciando-se conforme seu gênero, suas crenças, sua cultura, religião, experiência do exercício da própria sexualidade, orientação sexual, dentre outras características. A percepção sobre a relevância do assunto sexualidade e a forma de abordá-lo variam, portanto, de acordo com cada estudante e com cada instituição (26).

Não existe, dessa forma, um padrão universal para a educação sexual nas Escolas Médicas (23) e, apesar de muitos tentarem entrar em consensos sobre o que

se deve lecionar aos estudantes, a diversidade de culturas e necessidades populacionais acabam não permitindo a uniformização de um currículo, o que pode tornar ainda mais difícil o ensino da sexualidade. Sabe-se, entretanto, da influência positiva da difusão do conhecimento na área, que melhora a qualidade do atendimento prestado e, conseqüentemente as políticas públicas em relação às práticas sexuais da população (30), e da necessidade de que se enfrente os obstáculos para que esse cenário possa, aos poucos, transformar-se em novas e melhores perspectivas.

6 Crenças e Crençices sobre sexualidade

6.1 A Origem das Crençices Sexuais

A atividade do médico como educador e promotor de saúde sexual sofre reflexo negativo de um currículo deficiente durante o curso de Medicina, entretanto existem aspectos sociais e culturais individuais do futuro profissional que podem contribuir para que seja mais difícil a propagação da educação em sexualidade. A cultura e a sociedade moldam o comportamento, as crençices e as atividades do indivíduo em relação ao sexo (3).

A história da sexualidade se confunde com a própria história das relações humanas. No princípio da existência humana, os relacionamentos eram livres, mas com o passar do tempo, à medida que surgiram os primeiros clãs e as noções de propriedade privada, o relacionamento sexual passou a ser a atividade exercida por um casal para que seus descendentes pudessem herdar os bens do clã. A partir daí surgiram os casamentos monogâmicos e as famílias estruturadas em um sistema patriarcal e o sexo passou a visar à reprodução principalmente (38).

As grandes civilizações da antiguidade estabeleciam regras de comportamento sexual muito antes de terem suas crenças religiosas com a finalidade de organizar suas sociedades e de coexistirem em harmonia. Assim, cada uma das civilizações estabelecia restrições ao interesse individual sexual com o intuito de priorizar os interesses coletivos, criando mitos e tabus com o objetivo de limitar e expressão da sexualidade (39). Um exemplo disso são os mitos e tabus inventados na tentativa de desqualificar a prática da masturbação e do sexo anal e de condenar a homossexualidade, visto que todas essas atividades não tinham valor para a procriação e, portanto, colocavam em risco, na visão da época, a perpetuação da espécie (16). Adotando esse mesmo ponto de vista, gregos e romanos valorizavam a função reprodutiva do sexo no casamento, julgando-a como a que, de fato, era importante e restringindo o prazer sexual às relações extraconjugais praticadas normalmente por homens das classes sociais dominantes (40).

Com o surgimento do cristianismo, religião cujas raízes adinham dos costumes do povo hebreu, princípios, crenças morais, religiosas e legais foram propagadas por todo o ocidente, auxiliando a disseminar o patriarcado como uma forma de estrutura social agora com significado divino. A partir daí, passou a crer-se nas regras da Igreja Católica, cultivando-se mitos de exaltação à castidade, principalmente feminina(41).

Assim, foram incluídas e perpetuadas as noções de pecado e culpa relacionadas à prática da sexualidade e o sentimento de vergonha gerado pelas questões sexuais (42). A doutrina cristã no ocidente trouxe a dualidade entre o corpo e a alma, na qual a alma seria mais importante do que o corpo, pois estava relacionada intimamente com Deus, e a importância secundária do corpo faria com que as manifestações da sexualidade humana, em toda a extensão da sua expressão,

passassem a ser vivenciadas de maneira reprimida (40). O reflexo disso é visto até os dias atuais, tendo sido herdado pelo Brasil desde a colonização e, mesmo que se tenha evoluído muito nas questões educativas sobre sexualidade e na liberdade às práticas sexuais, trabalhar com a finalidade de educar em sexualidade exige, além de cuidado, a tentativa de vencer os preconceitos e as visões pessoais sobre o tema, visto que, muitas vezes, há uma tendência a encarar as dificuldades frente a sexualidade de forma pessoal, aflorando todo um conjunto de crenças não verdadeiras aprendidas e pré-estabelecidas como verdades absolutas (43).

6.2 As Crenças, Crenças Disfuncionais ou Crenças Errôneas

Definimos como crenças o conjunto de conhecimentos, considerados como os mais corretos de acordo com o consenso de especialistas na área, que norteará os comportamentos dos indivíduos em relação às questões sexuais. No momento em que falamos das crenças nos referindo a elas como disfuncionais, ou seja, das crenças, estamos definindo ideias não realistas e sem respaldo científico algum sobre sexualidade e resposta sexual humana, aceitando premissas que não têm evidência (2).

As crenças são o produto da ação que diversos fatores exercem na conduta de cada grupo social. Assim, basicamente a família, as instituições de ensino, a religião, os meios de comunicação e a convivência social aliam-se aos fatores biológicos para determinar a forma que cada indivíduo irá interpretar e exercer a sua sexualidade (44). Crenças inverossímeis sobre condutas, práticas, orientações e preferências sexuais são fatores de risco para o desenvolvimento de patologias

sexuais em homens e mulheres, sendo responsáveis por sofrimento e declínio da qualidade de vida e interferindo nas relações interpessoais e conjugais (45).

Autores têm estudado as principais crendices em homens e mulheres e chegaram à conclusão que o perfil das crenças e dos mitos em relação à sexualidade é diferente entre os dois sexos. De acordo com o estudo de Zibbergeld (46), homens têm maior preocupação com a função erétil e desenvolvem suas crenças sexuais em torno do desempenho que devem apresentar no momento do sexo, já as mulheres costumam crer em mitos que acabam as tornando passivas e submissas ao homem. Dessa forma, muitas mulheres acreditam que não devem ter iniciativa sexual para esperar a atitude do parceiro ou que não podem se masturbar e encorajar suas fantasias sexuais.

Homens e mulheres independentemente da orientação sexual sofrem as consequências das suas criações familiares conservadoras, dos dogmas religiosos limitadores de informação, dos conteúdos sem embasamento científico da mídia e dos costumes de sociedades que recebem influência de todos estes fatores (31). A cultura patriarcal torna a situação ainda mais complexa para as mulheres, que são, muitas vezes, ensinadas que o prazer sexual é secundário e que devem, portanto, satisfazer seus parceiros e acreditar que, com o passar dos anos, em consequência do processo de envelhecimento, perdem a capacidade de desejo e resposta sexual (45). Mais ainda, as crenças disfuncionais permeadas em nosso cotidiano, por alimentarem a submissão da mulher diante do homem, são mantenedoras de um conjunto de atitudes que culminam em violência contra a mulher (40).

6.3 Crenças e Crendices sobre Sexualidade e os Estudantes de Medicina

Os médicos responsáveis pela atenção primária à saúde têm papel importante na promoção da saúde sexual, pois muitas vezes são os primeiros profissionais que têm a chance de abordar questões sobre sexualidade com os pacientes, devendo oferecer a eles um atendimento acolhedor, humano e adequado. Por essa razão, o conhecimento sobre saúde sexual é essencial e necessário durante a formação dos estudantes de Medicina (6).

Os pacientes desejam que seus médicos sejam receptivos às demandas sobre sexualidade, mas isso nem sempre ocorre. Em uma amostra de médicos e de estudantes de Medicina na Argentina foram encontradas falhas significativas na obtenção das histórias clínicas no que se referia à sexualidade dos pacientes. Nesse mesmo estudo evidenciou-se que o principal norteador da abordagem profissional nas consultas foi a experiência pessoal dos médicos e estudantes sobre o assunto (47).

As atitudes e crenças do profissional sobre sexualidade exercem profunda e importante influência na eficácia do fornecimento de informações sobre saúde sexual, já que sem o adequado conhecimento elas acabam interferindo de forma muitas vezes negativa no cuidado e manejo dos pacientes (9). Além disso, o conhecimento melhora a própria atitude do estudante frente à sexualidade, dando a este mais confiança durante seus atendimentos e melhorando a forma que o futuro profissional tem de encarar a sua própria vida sexual (26).

Embora se saiba que os aspectos culturais e sociais dão sentido aos comportamentos sexuais, como já foi mencionado, a maior parte das Escolas Médicas não aborda de maneira ampla aspectos como direito reprodutivo, questões de gênero, violência sexual e direitos e saúde sexual da população LGBT (48). Mais ainda, é visto que a temática da sexualidade na adolescência e na maturidade acaba sendo negligenciada pelos estudantes, pois estes não se sentem confortáveis para acessar

informações sobre sexo nos pacientes desse grupo etário (49), muito embora isso seja essencial em termos de saúde pública.

A mudança na atitude dos futuros médicos na busca de conhecimento embasado cientificamente na área da sexologia é primordial para uma melhor prática da Medicina, focada na saúde do paciente como um todo. Trabalhar para vencer as credences pessoais e transpor as barreiras dos preconceitos já integrados ao nosso cotidiano é um desafio que, ao ser vencido, fará com que os estudantes que se tornarão médicos não só aprendam a identificar doenças ou disfunções relacionadas à sexualidade, mas também fará com que se formem profissionais atentos aos problemas sociais e às questões culturais relacionadas à saúde sexual, promovendo melhoras significativas na vida dos pacientes

JUSTIFICATIVA:

A Sexualidade sofre influências internas e externas. Além dos aspectos biológicos, a religião, a cultura e as questões sociais, dentre outras, determinam a maneira que o indivíduo tem de expressar a sua sexualidade e contribuem para que crenças muitas vezes erradas sobre o tema preponderem nas vivências e aprendizados pessoais e coletivos.

Os estudantes de Medicina, futuros responsáveis pela promoção de saúde sexual, devem ser educados durante o curso para obterem as informações corretas sobre o tema. Assim, espera-se que as crenças sobre sexualidade predominem em relação às crendices, embora saibamos que os alunos dos cursos médicos, muitas vezes, mantêm ideias equivocadas em relação à sexualidade.

Dessa forma, justifica-se este estudo com a finalidade de avaliar crenças e crendices entre estudantes de Medicina.

HIPÓTESES

Hipótese Nula: não há diferença entre as crenças e credices sobre sexualidade entre os estudantes de Medicina ao longo do curso Médico

Hipótese Primária: há diferença entre as crenças e credices sobre sexualidade entre os estudantes de Medicina ao longo do curso Médico

Hipótese Secundária: há diferença entre as crenças e credices sobre sexualidade entre os estudantes do sexo feminino e masculino

OBJETIVOS:

Objetivo Principal:

- Avaliar as crenças e credences sobre sexualidade entre os estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina de uma Universidade Federal do sul do Brasil.

Objetivos Secundários:

- Descrever as características sociodemográficas dos estudantes de Medicina da UFRGS.
- Comparar as crenças e credences sobre sexualidade entre os estudantes de Medicina no início no meio e no final do curso.
- Comparar as crenças e credences sobre sexualidade entre os estudantes de Medicina do sexo feminino e masculino.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Passos EP, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JA, Menke CH, Freitas F. - Rotinas em Ginecologia. Porto Alegre: Artmed. 2017(7ª edição):279-94.
2. Jablonski B. Crenças e Crençices sobre sexualidade Humana. Beliefs and Misbeliefs About Human Sexuality. Brasil: Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa; 1998. p. 209-18.
3. Malinga-Musamba T, Ntshwarang PN. The role of cultural proverbs and myths in shaping sexual worldviews of adolescents in Botswana: evidence from an HIV/STD prevention research study. Soc Work Public Health. 2014;29(3):232-9.
4. Wagner G. Sexual medicine in the medical curriculum. Int J Androl. 2005;28 Suppl 2:7-8.
5. Sehnem GD, Ressel LB, Junges CF, Silva FMd, Barreto CN. - A sexualidade na formação acadêmica do enfermeiro. Escola Ana Nery. 2013;17(1):90-6.
6. Wylie K, Hallam-Jones R, Daines B. Review of an undergraduate medical school training programme in human sexuality. Med Teach. 2003;25(3):291-5.
7. Wittenberg A, Gerber J. Recommendations for improving sexual health curricula in medical schools: results from a two-arm study collecting data from patients and medical students. J Sex Med. 2009;6(2):362-8.

8. Silveira GFd, Wittkopf PG, Sperandio FF, Pivetta HMF. Produção científica da área da saúde sobre a sexualidade humana. *Saúde e Sociedade*. 2014;23:302-12.
9. Rufino AC, Madeiro A, Girão MJ. Sexuality education in Brazilian medical schools. *J Sex Med*. 2014;11(5):1110-7.
10. Shindel AW, Baazeem A, Eardley I, Coleman E. Sexual Health in Undergraduate Medical Education: Existing and Future Needs and Platforms. *J Sex Med*. 2016;13(7):1013-26.
11. Parish SJ, Rubio-Aurioles E. Education in sexual medicine: proceedings from the international consultation in sexual medicine, 2009. *J Sex Med*. 2010;7(10):3305-14.
12. (WHO) WHO. Measuring Sexual Health: Conceptual and practical considerations and related indicator Geneva , Switzerland2010 [Disponível em <https://www.myendnoteweb.com/EndNoteWeb.html?func=new&>].
13. Health WafS. Sexual Health for the millennium: a declaration and technical document (internet). Minneapolis (MN): WAS (capturado em 19 out. 2016). Disponível em <http://www.worldsexology.org/resources/millennium-declaration/>; 2008.
14. Marola CAG, Sanches CSM, Cardoso LM. Formação de conceitos em sexualidade na adolescência e suas influências. *Psicologia da Educação*. 2011:95-118.
15. Kinsey AC, Pomeroy WR, Martin CE. Sexual behavior in the human male. 1948. *Am J Public Health*. 2003;93(6):894-8.
16. Cavalcanti R, Cavalcanti M. - Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais.

17. Kaplan HS. - Disorders of Sexual Desire and Ther New Concepts and Techniques in Sex Therapy.
18. Basson R. Human sex-response cycles. J Sex Marital Ther. 2001;27(1):33-43.
19. Brody S. The relative health benefits of different sexual activities. J Sex Med. 2010;7(4 Pt 1):1336-61.
20. Aliona Araújo de Souza Fonseca Z, Jucilene Dias F, Benevides de Oliveira G, Oliveira Moreira J. Avaliação dos mitos e tabus sexuais entre jovens de 18 a 29 anos no estado do Rio Grande do Norte. Salvador: Revista de Ciências Médicas e Biológicas; 2011. p. 153-6.
21. Salinas Urbina AA, Jarillo Soto EC. - La confrontación de la sexualidad en la práctica profesional de los futuros médicos: la mirada de los pasantes de medicina.- 733.
22. LIEF HI. What medical schools teach about sex. Bull Tulane Univ Med Fac. 1963;22:161-8.
23. Wiggers TT, Grover PL, Labrum AH. Some new methods for the evaluation of medical school sex education curricula. Med Educ. 1977;11(6):385-9.
24. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA. 1999;281(6):537-44.
25. Cushing A, Evans D, Hall A. Medical students' attitudes and behaviour towards sexual health interviewing: short- and long-term evaluation of designated workshops. Med Teach. 2005;27(5):422-8.
26. Parish SJ, Clayton AH. Sexual medicine education: review and commentary. J Sex Med. 2007;4(2):259-67; quiz 68.

27. Anderson LW, Krathwohl DR, Bloom BS. - A taxonomy for learning, teaching, and assessing: a revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. Addison Wesley. 2001. (1ª Edição). Pág. 352.
28. Obedin-Maliver J, Goldsmith ES, Stewart L, White W, Tran E, Brenman S, et al. Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. JAMA. 2011;306(9):971-7.
29. Rufino AC, Madeiro AP. Teaching sexuality in Brazilian medical schools. Einstein (Sao Paulo). 2015;13(1):vii-viii.
30. Solursh DS, Ernst JL, Lewis RW, Prisant LM, Mills TM, Solursh LP, et al. The human sexuality education of physicians in North American medical schools. Int J Impot Res. 2003;15 Suppl 5:S41-5.
31. Rufino AC, Madeiro AP. Práticas Educativas em Saúde: Integrando Sexualidade e Gênero na Graduação em Medicina. Revista Brasileira de Educação Médica. 2017. 41(1): 170-178. ISSN 0100-5502. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n1rb20160020>.
32. Leiblum SR. Teaching human sexuality to medical students: a unique challenge. Trends Health Care Law Ethics. 1995;10(3):41-4.
33. Lief HI. Preparing the physician to become a sex counselor and educator. Pediatr Clin North Am. 1969;16(2):447-58.
34. Schnarch DM, Jones K. Efficacy of sex education courses in medical school. J Sex Marital Ther. 1981;7(4):307-17.
35. Croft CA, Asmussen L. A developmental approach to sexuality education: implications for medical practice. J Adolesc Health. 1993;14(2):109-14.
36. Mello L, Perilo M, Braz CA, Pedrosa C. - Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de

universalidade, integralidade e equidade. Sexualidad, Salud, Sociedad: Rio de Janeiro.2011.nº09.

37. Turner D, Jopt K, Nieder TO, Briken P. German medical students' interest in and knowledge about human sexuality in 1972 and 2012. J Sex Med. 2014;11(8):1914-26.

38. Cano MAT, Ferriani MdGC, Gomes R. - Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico.- 18. Rev Latino-am. enfermagem. 2000. Ribeirão Preto- 8(2):18-24.

39. Abdo C. - Sexualidade Humana E Seus Transtornos.

40. Heilborn ML. - Entre as tramas da sexualidade brasileira.- 43. Rev. Est. Fem. 2006. 14(1):43-59.

41. Barbosa MR, Matos PM, Costa ME. - Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje.- 24. Psico. Soc. *OnLine*.2011. 23(1): 24-34

42. Dantas BSdA. Sexualidade, Cristianismo e Poder Rio de Janeiro: UERJ- Estudos e Pesquisas em Sexologia; 2010. p. 700-28.

43. Suplicy M. - Conversando sobre sexo.

44. Ressel LB, Gualda DMR. A sexualidade como uma construção cultural: reflexões sobre preconceitos e mitos inerentes a um grupo de mulheres rurais. São Paulo: Rev. esc. enferm. USP 2003.

45. Peixoto MM, Nobre P. Dysfunctional sexual beliefs: a comparative study of heterosexual men and women, gay men, and lesbian women with and without sexual problems. J Sex Med. 2014;11(11):2690-700.

46. Bernie Z. - The New Male Sexuality. Rev. Ed by B. Zilbergeld (ISBN: 8601300326351). 1992.

47. Ramini JAF. Insuficiente educación sexual em medicina. Buenos Aires: *Acta Psiquiatrica y Psicologica de America Latina*; 1992. p. 123-30.

48. Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saude soc.* [online]. 2011. 20(1): 124-135. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000100015>.

49. Malhotra S, Khurshid A, Hendricks KA, Mann JR. Medical school sexual health curriculum and training in the United States. *J Natl Med Assoc.* 2008;100(9):1097-106.

ARTIGO EM INGLÊS (ARTICLE IN ENGLISH)

Beliefs and misbeliefs about health and sexuality among Brazilian medical students

Cristina Helena Luz Grecco^{1,4}

Fernanda Santos Grossi ^{1,4}

Mariana Scheffler ^{2,4}

Bruno Goldani ^{2,4}

Bruno Bosardi ^{2,4}

Edimárlei Gonsales Valério^{1,2,3}

Janete Vettorazzi ^{1,2,3,4}

¹ Graduate Studies Program in Health Sciences: Gynecology and Obstetrics, Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brazil

² Department of Gynecology and Obstetrics, School of Medicine (FAMED), UFRGS, Porto Alegre/RS, Brazil

³ Gynecology and Obstetrics Service, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre/RS, Brazil

⁴ NEPESEX/RS. Center for Studies and Research on Sexuality of Rio Grande do Sul.

Corresponding author: Janete Vettorazzi, MD. Dr.

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos 2350/700. Santa Cecília, Porto Alegre, RS Brasil. CEP 90035-903. Email: jvettorazzi@hcpa.edu.br.

To be submitted to the Journal of Sexual Medicine

Acknowledgements: The authors would like to express their deepest gratitude to the participants for their time and patience throughout this study.

Financial Disclosure Statement: None of the authors has any relevant financial or nonfinancial relationships to disclose.

Conflict of Interests Statement: All the authors read and approved the submitted manuscript. None of the authors has any conflicts of interests related to this study, whether financial or of any other nature.

Contributor Statement: Grecco, C. H. L, Vettorazzi, J, Valério, E. G. and Grossi, F.S. conceptualized/designed the study and worked on the data collection. Scheffer, M. Goldani, B. and Bossardi, B. worked on the data collection. C. H. L. Grecco, Ferreira, C.F. and Vettorazzi, J. did the initial analyses, drafted the initial manuscript, and critically reviewed and revised the manuscript. All the authors read and approved the manuscript as submitted.

Abstract

Introduction: Beliefs in this article are understood as correct information about sexuality, whereas misbeliefs have no scientific foundation. Misbeliefs can lead to incorrect medical practices in relation to sexuality. Objective: Assess beliefs and misbeliefs about sexuality among medical students. Methodology: Cross-sectional study conducted among students from a Brazilian public university (UFRGS), in 2018. A standardized online questionnaire on sociodemographic characteristics and beliefs and misbeliefs about sexuality was applied. The students were divided into groups according to semesters: Group I (1st to 4th semester), Group II (5th to 8th semester) and Group III (9th to 12th semester). Results: A total of 308 students responded to the questionnaire: of these, 80 (26%) were from Group I, 114 (37%) from Group II and 114 (37%) from Group III. Among the participants, 42.9% were men and 57.1% were women. Most said they were white (83.44%) and had no religion (51.6%). Beliefs predominated over misbeliefs, and Group I had more misbeliefs in relation to the others. In this group, 15% believed that homosexuality is a disease, 21.3% that partners must have simultaneous orgasms for intercourse to be gratifying, 17.5% that it is dangerous to have intercourse during menstruation and 12.5% that virginity is an important factor for success in marriage, among other aspects. Conclusion: During the course, some erroneous ideas about sexuality are clarified. Nevertheless, medical students continue to have misbeliefs and need appropriate sexual education during their medical studies.

Keywords: Sexuality. Students medicine, Beliefs, Knowledge

Introduction

Sexual health is one of the aspects that forms the foundation for maintaining quality of life and is characterized by a state of physical, emotional and social well-being related to the exercise of sexuality (1). Beliefs and misbeliefs regarding sexuality are present in Brazilian society and can influence the quality of sexual health.

In this article, beliefs represent the most correct knowledge on a subject based on the consensus of experts in the field (2). Misbeliefs, also known as erroneous or dysfunctional beliefs, are unrealistic ideas with no scientific support or evidence of truth in regard to sexuality (3). Misbeliefs are influenced by various factors, such as family, educational institutions, religion, media, social interaction and individual biological aspects. These are factors that contribute to sexual behavior and personal understanding of sexuality (4).

The sexual education of future medical professionals must equip them to identify physiological and pathological changes that occur throughout the vital cycle and understand the different ways sexuality is manifested, enabling them to provide patients with the necessary support in sexual matters (5). In the United States, a national study published in 2018 suggested insufficient teaching on sexuality in medical schools (6). Lack of education in sexology can lead to the maintenance and propagation of misbeliefs in relation to sexuality, which can influence physicians and future professionals in the health field during their care of patients (7).

The objective of this study was to assess beliefs and misbeliefs about sexuality among men and women at different periods in a medical course at a Brazilian public university.

Methodology

This was a cross-sectional study conducted in 2018 with medical students from a public university in Brazil (Federal University of Rio Grande do Sul/UFRGS), approved by the Research Ethics Committee of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) – No. 61545116.8.0000.532.

All students aged 18 years or older from the School of Medicine of UFRGS, enrolled in semesters 1 to 12, were invited in the first semester of 2018. The invitation to participate in a survey was sent by email. The 800 medical students received the invitation with an access link, structured on the Google Forms platform, and the identification of the participants was kept confidential. The students answered questions related to sociodemographics, sex education and general aspects of their sexuality, based on the study on Beliefs about Sexuality, by Lima and Cerqueira (3).

Each of the 21 questions about beliefs had 5 different response options (“yes”, “I think so”, “no”, “I don’t think so” and “I don’t know”). For statistical analysis purposes, the responses were grouped as follows: “yes/I think so”, “no/I don’t think so” and “I don’t know”, as in the study by Lima and Cerqueira (3). The 21 questions had only one option that was the “belief” or response corroborated as the most accurate on that topic, and the other options were misbeliefs or erroneous beliefs.

The sample was divided according to semesters and sex. The semesters were divided into the following groups: Group I (1st to 4th semester), Group II (5th to 8th semester) and Group III (9th to 12th semester).

The statistical analyses and database were done in SPSS, version 18.0. Categorical variables were expressed as absolute and relative frequencies. The quantitative variables were expressed as mean \pm standard error of the mean or

median, with a confidence interval of 95%, according to the Shapiro-Wilk normality test, represented by age (in years) and age of first sexual intercourse (in years). The variables were analyzed according to groups through the Kruskal-Wallis test, with post hoc of Dunn, sex (male and female) through the Mann-Whitney test, interactions between groups and sex, also by the Kruskal-Wallis test, with post hoc of Dunn, and for all the factors, when dealing with categorical factors, by the chi-square test with adjusted residual analyses (X^2). For all the analyses, the level of significance was set at $p \leq 0.05$.

Results

Among the 800 medical students from UFRGS who received the questionnaire, 308 answered the questionnaire in full: of these 80 (26%) were from Group I, 114 (37%) from Group II and 114 (37%) from Group III. With respect to the interviewees' sex, 132 (42.9%) were men and 176 (57.1%) were women. Among the participants, 83.44% said they were white and most (51.6%) reported having no religion. In terms of sex and semester, the study included: 32(10.4%), 47(15.3%) and 52(17.2%) men and 48(15.6%), 67(21.8%) and 61(19.8%) women from Groups I, II and III, respectively (Figure 1). All the analyses were based on the following factors: semester groups, sex and possible interactions.

The beliefs and misbeliefs about sexuality among medical students at UFRGS are presented in Table 1. Overall, 47.7% of the students believed that the ability to make love is innate, 50.6% claimed there are two types of female orgasm (clitoral and vaginal), 50.3% believed in the existence of the G-spot and, finally, according to 59.4% of the future physicians, aphrodisiacal substances exist. The prevalence of misbeliefs in these aspects is striking. In the rest, however, beliefs predominated (Table 1).

With respect to the semester factor (Table 1, P1), students from Group I claimed that: homosexuality is a disease (15%, X^2 , $p=0.04$), partners must have simultaneous orgasms for intercourse to be gratifying (21.3%, X^2 , $p=0.010$), it is dangerous to have intercourse during menstruation (17.5%, X^2 , $p\leq 0.0001$), virginity is an important factor for success in marriage (12.5%, X^2 , $p\leq 0.0001$), lesbians would prefer men if they were real men and used the right sexual techniques (11.3%, X^2 , $p\leq 0.0001$), and women have a G-spot, a specific region inside the vagina (63.8%, X^2 , $p=0.008$). They also said they did not know whether: it is dangerous to have intercourse during menstruation (10%, X^2 , $p\leq 0.0001$), a fetus has greater chances of survival at seven months than at eight months (20%, X^2 , $p=0.006$), and that during pregnancy women can have intercourse without harming the baby (8.8%, X^2 , $p=0.009$).

Students from Group II reported that: a fetus has better chances of survival at seven months than at eight months (25.4%, X^2 , $p=0.006$) and women have a G-spot, a specific region inside the vagina (45.6%, X^2 , $p=0.008$). They also stated that homosexuality is not a disease (94.7%, X^2 , $p=0.04$), that it is not dangerous to have intercourse during menstruation (93%, X^2 , $p\leq 0.0001$) and that virginity is not an important factor for success in marriage (97.4%, X^2 , $p=0.026$).

Students from Group III reported that: most sexual problems are psychological in origin (71.1%, X^2 , $p=0.011$) and that it is highly likely that men and women can contract AIDS in heterosexual sexual relationships (23.3%, X^2 , $p=0.024$). They also said that: there are not two types of female orgasm (50%, X^2 , $p\leq 0.0001$), that pornography does not induce people to commit criminal sexual acts (79.8%, X^2 , $p=0.006$), that a fetus does not have better chances of survival at seven months than at eight months (79.8%, X^2 , $p=0.006$), and that lesbians would prefer men if they were real men who used the right sexual techniques (97.4%, X^2 , $p\leq 0.0001$).

In terms of the sex factor, (Table 1, P2), men reported that it is highly unlikely a heterosexual couple will contract AIDS virus in a heterosexual sexual relationship (22%, X^2 , $p=0.024$), that they did not know whether men and women's need for sex is the same (6.8%, X^2 , $p=0.026$) and that there are two types of female orgasm (17.4%, X^2 , $p=0.020$). Women reported that there are two types of female orgasm (55.7%, X^2 , $p=0.020$) and that catching AIDS can occur in the same proportion in a heterosexual or homosexual relationship (88.1%, X^2 , $p=0.024$) (data not shown).

The interactions between the semester group and sex factors (Table 1, P3) indicated that women from Group III (62.3%) felt that the ability to make love is not innate, whereas women from Group I (16.7%) did not know the answer to this (X^2 , $p=0.039$). Men from Group II did not know whether women have the same need for sex as men (12.8%, X^2 , $p=0.012$), whereas men from Group I did not know whether there are two types of female orgasm (37.5%, X^2 , $p\leq 0.0001$). Women from Group I claimed there are two types of female orgasm, whereas women from Group III said there are not (64.6% and 49.2%, respectively; X^2 , $p\leq 0.0001$). A portion of men (15.6%) and women (14.6%) said that homosexuality is a disease, whereas 4.2% of women from Group 1 did not know the answer to this (X^2 , $p=0.020$). Men from Group I (34.4%) claimed that pornography induces people to commit criminal sexual acts, whereas 16.4% of the women from Group II did not how to respond (X^2 , $p=0.044$). When asked whether it would be very unlikely for a man and woman to contract AIDS in a heterosexual relationship, men from Group III (32.1%) answered yes, whereas women from Group II (94%) answered no (X^2 , $p=0.003$). Most men from Group II (97.9%) said that it is not dangerous to have intercourse during menstruation, whereas 9.4% of the men and 10.4% of the women from Group I did not how to answer (X^2 , $p=0.007$). Most of the men from Group III (84.9%) said that a fetus has better chances of survival at

seven months than at eight months, whereas men from Group II (29.8%) affirmed the opposite (X^2 , $p=0.020$). Men from Group II (100%) said that lesbians would not prefer men if they were real men and used the right sexual techniques, whereas 15.6% of the men from Group I said they did not know how to respond and 12.5% of the women from Group I said that lesbians would prefer real men (X^2 , $p\leq 0.0001$). Finally, 68.8% of the women from Group I agreed that women have a G-spot, whereas 25% of the men from Group I did not know how to respond (X^2 , $p=0.030$).

Discussion

There are few studies on beliefs and misbeliefs in relation to human sexuality. In this area, there are two main Brazilian studies, one conducted with medical students 10 years ago (3) and another 20 years ago (2), also involving future physicians and psychology students.

Overall, as in the studies cited earlier, beliefs predominated in relation to misbeliefs, and remained present, even after two years. A predominance of misbeliefs can be observed, however, in the first semesters compared to students in the final semesters of the course.

When asked whether the ability to make love is innate, students from Group I responded according to the misbelief, whereas those from Group III, according to the belief. It was noted that, as the course progressed, the students learned that, despite being biologically programmed for reproductive activities, human beings are subject to the influence of emotional, social and cultural factors in their sexuality. Therefore, sexual ability becomes a capacity which evolves from the personal experiences of each individual (2).

Some aspects of this study showed that students are probably are not familiar with the physiology of the female menstrual cycle and gestation. In the general population, there is a myth that intercourse during menstruation is something “dirty” and leads to diseases (8), making people believe that intercourse during menstruation is hazardous. Reluctance to have intercourse during pregnancy was also noted, since the irrational fear that this can harm the baby has been perpetuated in society (9). This study, which concurs with the one from 2008, also demonstrated that students, at the start of their studies, considered that a fetus has greater chances of survival at seven months than at eight months, although this is known to be false (3).

In the questions related to female sexuality, it can be seen, as in the studies cited earlier, that a significant percentage of men and women believed that there are two types of female orgasm: clitoral and vaginal. This reflects a lack of knowledge about female anatomy and sexuality. The studies attribute this misbelief to an idea propagated for many years in psychoanalytical articles which belittled female orgasms obtained through direct manipulation of the clitoris, while extolling supposed “vaginal orgasms”, characterized as “mature and healthy”, without knowing, however, whether this division exists (2),(10). Also in relation to orgasms, there was a large percentage that still believes in the misconception that partners must have them simultaneously for intercourse to be gratifying. This assumption illustrates the mistaken idealization of this stage of female sexuality response. These factors, also noted in previous studies (2, 3), can contribute to the occurrence and continuation of sexual disorders (11).

Regarding the existence of the G-spot, described by Ernest Gräefenberg as an extremely sensitive region responsible for triggering orgasms on the anterior vaginal wall, it was found that students from the first semester, especially women, as in the 1988 and 2008 reference studies, believed in its existence. However, it is known that

studies on the subject are still not conclusive (12), although recent studies have provided new perspectives on the existence of this region (13). Also noteworthy in relation to female sexuality is the number of men who did not know how to respond whether women have the same need for sex as men. This indicates lack of knowledge about female sexual physiology and exemplifies how distorted cultural ideas help reinforce society's macho vision of female sexuality (14).

It is also interesting that many students at the start of the course considered virginity to be an important factor for success in marriage. The study by Lima and Cerqueira, as well as another more recent one conducted among young Brazilians in 2011, identified the presence of this misbelief (15). It is known that many people, due to cultural values, still view chastity as something valuable that should be preserved. At the same time, many medical students consider that pornography induces people to commit criminal sexual acts, since they are unaware of its positive aspects for sexuality (16).

The questions that assessed the sexuality of the population (lesbian, gay, bisexual, transvestite, transsexual and transgender) showed that there is still a distorted vision regarding sexual orientation in the population of future physicians. By asserting that lesbians would prefer men if they were real men who used the right sexual techniques, women, at the start of the course, revealed their belief in the possibility of modifying the sexuality of lesbians and changing their attitude toward partners which is, in fact, false (3). It is also surprising that, even though the WHO has removed homosexuality from the International Classification of Diseases (17), a significant proportion of students at the start of the medical course still considered that sexual orientation can be treated like a pathology. In a 2018 study conducted among Brazilian physicians in the Federal District (18) a significant percentage of specialized

professionals also either considered homosexuality to be a disease or did not know how to answer the question.

It is also noteworthy that students at the end of the course, especially men, continued to hold on to the view that it is very unlikely that AIDS can be transmitted through heterosexual sexual relationships. This may possibly be linked to aspects of society, which still has prejudices in regard to individual sexual orientation, thereby helping preserve a heteronormative bias with respect to sexuality during the medical course (19). As in the studies by Jablonski and Lima and Cerqueira, as the course progressed, it was noted that most of the misbeliefs were debunked and the beliefs were consolidated. In relation to the question that “most sexual problems are psychological in origin”, it was found that a significant number of students agreed with the statement by the end of the course, which reflects a change probably due to clarifying different aspects about sexuality.

Conclusion

This study shows that 20 and 10 years after the publication of the studies on beliefs and misbeliefs among medical students that beliefs still predominate in relation to misbeliefs regarding sexuality, despite the fact that the misbeliefs found in all these studies remain similar. This demonstrates that a sociocultural influence continues to exist until today that helps maintain erroneous information about sexuality even in intellectually developed populations connected to the field of health.

Also worth noting is the persistence of misbeliefs related to gender issues, which shows that even though much social progress has been achieved in the last few decades in terms of modifying preconceptions related to female sexuality, inaccurate

knowledge about anatomy, physiology and female sexual behavior continues to be propagated until the present. Erroneous ideas concerning sexuality in the LGBT population also appeared in this study, as in the case of the other studies. Thus, there is a need to address this topic during medical courses and debunk such misbeliefs.

In short, this study shows the importance of discussing sexuality with future physicians while they are being trained. Sexual education during medical school transforms erroneous information about sexuality, often distorted by social, cultural and regional factors, into accurate knowledge about a topic that is very important to health.

References

1. (WHO) WHO. Measuring Sexual Health: Conceptual and practical considerations and related indicator Geneva, Switzerland 2010 [Available at <https://www.myendnoteweb.com/EndNoteWeb.html?func=new&>].
2. Jablonski B. Crenças e Crençices sobre sexualidade Humana. Beliefs and Misbeliefs About Human Sexuality. Brasil: Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa; 1998. p. 209-18.
3. Lima MCP, Cerqueira ATdAR. Crenças sobre sexualidade entre estudantes de Medicina: uma comparação entre gêneros. Revista Brasileira de Educação Médica. 2008;32(1):49-55.
4. Abdolmanafi A, Azadfallah P, Fata L, Roosta M, Peixoto MM, Nobre P. Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire (SDBQ): Translation and Psychometric Properties of the Iranian Version. J Sex Med. 2015;12(8):1820-7.
5. Salinas Urbina AA, Jarillo Soto EC. - La confrontación de la sexualidad en la práctica profesional de los futuros médicos: la mirada de los pasantes de medicina.- 733.
6. Warner C, Carlson S, Crichlow R, Ross MW. Sexual Health Knowledge of U.S. Medical Students: A National Survey. J Sex Med. 2018;15(8):1093-102.
7. Lief HI. Preparing the physician to become a sex counselor and educator. Pediatr Clin North Am. 1969;16(2):447-58.
8. Ressel LB, Gualda DMR. A sexualidade como uma construção cultural: reflexões sobre preconceitos e mitos inerentes a um grupo de mulheres rurais São Paulo: Rev. esc. enferm. USP 2003.
9. C E J. Sexual health during pregnancy and the postpartum. 2011. p. 1267-84.
10. Afonso JdA. Masculino e feminino: Alguns aspectos da perspectiva psicanalítica. Lisboa: Aná. Psicológica; 2007.
11. Peixoto MM, Nobre P. Dysfunctional sexual beliefs: a comparative study of heterosexual men and women, gay men, and lesbian women with and without sexual problems. J Sex Med. 2014;11(11):2690-700.
12. Kilchevsky A, Vardi Y, Lowenstein L, Gruenwald I. Is the female G-spot truly a distinct anatomic entity? J Sex Med. 2012;9(3):719-26.

13. Li T, Liao Q, Zhang H, Gao X, Li X, Zhang M. Anatomic distribution of nerves and microvascular density in the human anterior vaginal wall: prospective study. *PLoS One*. 2014;9(11):e110239.
14. Reyes HL, Foshee VA, Niolon PH, Reidy DE, Hall JE. Gender Role Attitudes and Male Adolescent Dating Violence Perpetration: Normative Beliefs as Moderators. *J Youth Adolesc*. 2016;45(2):350-60.
15. Aliona Araújo de Souza Fonseca Z, Jucilene Dias F, Benevides de Oliveira G, Oliveira Moreira J. Avaliação dos mitos e tabus sexuais entre jovens de 18 a 29 anos no estado do Rio Grande do Norte. Salvador: *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*; 2011. p. 153-6.
16. Guerra VM, de AFCB, Dias MR. Atitudes de estudantes universitários frente ao consumo de materiais pornográficos. Natal 2004. p. 269-77.
17. Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 - Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários São Paulo: *Revista brasileira de Psiquiatria*; 1999.
18. Correa Ribeiro R, Iglesias F, Camargo EF. What do physicians know about homosexuality? Translation and adaptation of Knowledge about Homosexuality Questionnaire. . São Paulo: Einstein; 2018.
19. Rufino AC, Madeiro AP. Teaching sexuality in Brazilian medical schools. *Einstein (Sao Paulo)*. 2015;13(1):vii-viii.

Figure 1: Flow chart of the sociodemographic characteristics of the medical students from UFRGS

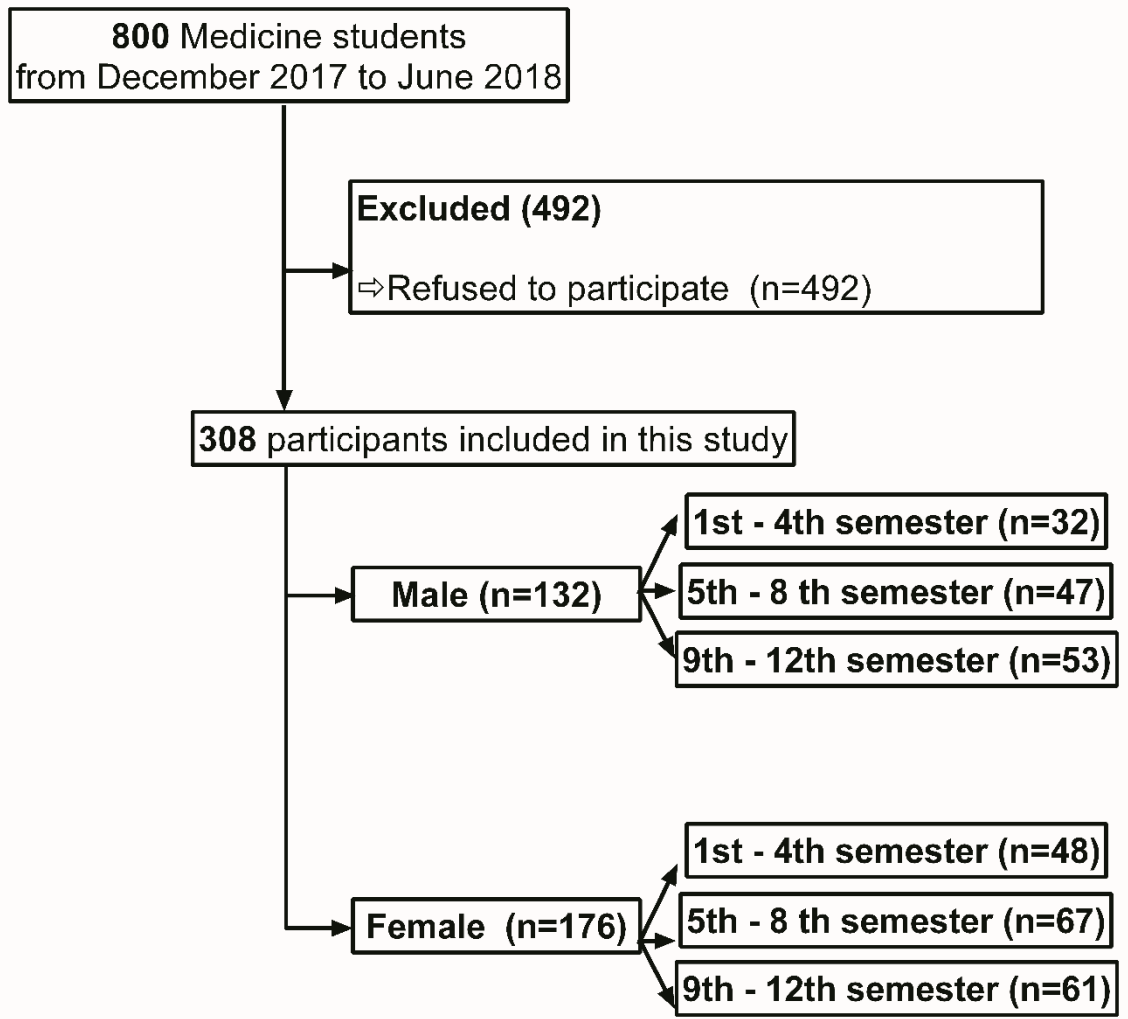


Table 1. Beliefs and misbeliefs about sexuality among medical students from UFRGS by semesters and gender

Variable	Beliefs ¹	Total n=308			Male n=132			Female n=176			*P1	*P2	*P3
		1 st - 4 th semester n=80	5 th - 8 th semester n=114	9 th - 12 th semester n=114	1 st - 4 th semester n=32	5 th - 8 th semester n=47	9 th - 12 th semester n=53	1 th - 4 th semester n=48	5 th - 8 th semester n=67	9 th - 12 th semester n=61			
The ability to make love is innate – n(n%)													
Yes		38 (47.5)	59 (52.2)	50 (43.9)	13 (40.6)	26 (55.3)	31 (58.5)	25 (52.1)	33 (50.0)	19 (31.1)			
No	No	1 (38.8)	44 (38.9)	57 (50)	16 (50)	16 (34)	19 (35.8)	15 (31.3)	28 (42.4)	38 (62.3)	0.207	0.297	0.039
I don't know		1 (13.8)	10 (8.8)	7 (6.1)	3 (9.4)	5 (10.6)	3 (5.7)	8 (16.7)	5 (7.6)	4 (6.6)			
People who suffer from sexual disorders can make progress through treating these problems – n(n%)													
Yes	Yes	68 (85)	102 (89.5)	104 (91.2)	27 (84.4)	43 (89.4)	45 (84.9)	41 (85.4)	60 (89.6)	59 (96.7)			
No		5 (6.3)	6 (5.3)	1 (0.9)	2 (6.3)	3 (6.4)	1 (1.9)	3 (6.3)	3 (4.5)	0 (0.0)	0.239	0.438	0.396
I don't know		7 (8.8)	6 (5.3)	9 (7.9)	3 (9.4)	2 (4.3)	7 (13.2)	4 (8.3)	4 (6)	2 (3.3)			
Women have the same need for sex as men – (n%)													
Yes		61 (76.3)	73 (64)	79 (69.3)	24 (75)	30 (63.8)	40 (75.5)	37 (77.1)	43 (64.2)	39 (63.9)			
No	Yes	16 (20)	33 (28.9)	34 (29.8)	5 (15.6)	11 (23.4)	13 (24.5)	11 (22.9)	22 (32.8)	21 (34.4)	0.075	0.026	0.012
I don't know		3 (3.8)	8 (7)	1 (0.9)	3 (9.4)	6 (12.8)	0 (0.0)	0 (0.00)	2 (3.0)	1 (1.6)			
There are two types of female orgasm: clitoral and vaginal – n(n%)													
Yes	No	42 (52.5)	62 (54.4)	52 (45.6)	11 (34.4)	24 (51.1)	23 (43.4)	31 (64.6)	38 (56.7)	29 (47.5)	≤0.0001	0.020	≤0.0001
No		18 (22.5)	40 (35.1)	57 (50)	9 (28.1)	15 (31.9)	27 (50.9)	9 (18.8)	25 (37.3)	30 (49.2)			

I don't know		20 (25)	12 (10.5)	5 (4.4)	12 (37.5)	8 (17.0)	3 (5.7)	8 (16.7)	4 (6.0)	2 (3.3)			
Men need more than one partner to be sexually satisfied – n(n%)													
Yes		5 (6.3)	2 (1.8)	2 (1.8)	2 (6.3)	1 (2.1)	2 (3.8)	3 (6.3)	1 (1.5)	0 (0.0)			
No	No	73 (91.3)	107 (93.9)	107 (93.9)	29 (90.6)	44 (93.6)	48 (90.6)	44 (91.7)	63 (94)	59 (96.7)	0.322	0.638	0.755
I don't know		2 (2.5)	5 (4.4)	5 (4.4)	1 (3.1)	2 (4.3)	3 (5.7)	1 (2.1)	3 (4.5)	2 (3.3)			
Men with large penises give women greater pleasure during intercourse – n(n%)													
Yes		12 (15)	13 (11.4)	16 (14)	5 (15.6)	6 (12.8)	9 (17)	7 (14.6)	7 (10.4)	7 (11.5)			
No	No	59 (73.8)	95 (83.3)	90 (78.9)	20 (75)	39 (83)	38 (71.7)	35 (72.9)	56 (83.6)	52 (85.2)	0.466	0.597	0.664
I don't know		9 (11.3)	6 (5.3)	8 (7.0)	3 (9.4)	6 (11.3)	6 (11.3)	6 (12.5)	4 (6.0)	2 (3.3)			
Inserting the penis in the vagina is the only form of normal intercourse – n(n%)													
Yes		5 (6.3)	1 (0.9)	2 (1.8)	2 (6.3)	0 (0.0)	1 (1.9)	3 (6.3)	1 (1.5)	1 (1.6)			
No	No	75 (93.8)	112 (98.2)	112 (98.2)	30 (93.8)	52 (98.1)	52 (98.1)	45 (93.8)	65 (97)	60 (98.4)	0.110	0.653	0.466
I don't know		0 (0.0)	1 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.5)	0 (0.0)			
Homosexuality is a disease – n(n%)													
Yes		12 (15)	6 (5.3)	3 (2.6)	5 (15.6)	1 (2.1)	1 (1.9)	7 (14.6)	5 (7.5)	2 (3.3)			
No	No	66 (82.5)	108 (94.7)	110 (95.6)	27 (84.4)	46 (97.9)	51 (96.2)	39 (81.3)	62 (92.5)	59 (96.7)	0.004	0.618	0.020
I don't know		2 (2.5)	0 (0.0)	1 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.9)	2 (4.2)	0 (0.0)	0 (0.0)			
Most sexual problems are psychological in origin – n(n%)													
Yes	No	40 (50)	62 (54.4)	81 (71.1)	18 (56.3)	27 (57.4)	39 (73.6)	22 (45.8)	35 (52.2)	42 (68.9)	0.011	0.188	0.065

No		31 (38.8)	40 (35.1)	30 (26.3)	11 (34.4)	14 (29.28)	11 (20.8)	20 (41.7)	26 (28.8)	19 (31.1)			
I don't know		9 (11.3)	12 (10.5)	3 (2.6)	3 (9.4)	6 (12.8)	3 (5.7)	6 (12.5)	6 (9)	0 (0.0)			
Pornography induces people to commit criminal sexual crimes – n(n%)													
Yes		21 (26.3)	24 (21.1)	19 (16.7)	11 (34.4)	8 (17)	8 (15.1)	10 (20.8)	16 (23.9)	11 (18)			
No	No	55 (68.8)	73 (64)	91 (79.8)	19 (59.4)	33 (70.2)	43 (81.1)	36 (75)	40 (59.7)	48 (78.7)	0.006	0.942	0.044
I don't know		4 (5)	17 (14.9)	4 (3.5)	2 (6.3)	6 (12.8)	2 (3.8)	2 (4.2)	11 (16.4)	2 (3.3)			
In terms of giving pleasure, a large penis only has a psychological influence – n(n%)													
Yes		29 (36.3)	51 (44.7)	58 (50.9)	13 (40.6)	26 (55.3)	25 (47.2)	16 (33.3)	25 (37.3)	33 (54.1)			
No	Yes	36 (45.0)	51 (44.7)	47 (41.2)	14 (43.8)	18 (38.3)	23 (43.4)	22 (45.8)	33 (49.3)	24 (39.3)	0.116	0.461	0.244
I don't know		15 (18.8)	12 (10.5)	9 (7.9)	5 (15.6)	3 (6.4)	5 (9.4)	10 (20.8)	9 (13.4)	4 (6.6)			
Partners need to have simultaneous orgasms for intercourse to be gratifying – n(n%)													
Yes													
No	No	17 (21.3)	15 (13.2)	8 (7.0)	5 (15.6)	7 (14.9)	5 (9.4)	12 (25)	8 (11.9)	3 (4.9)			
I don't know		59 (73.8)	93 (81.6)	105 (92.1)	26 (81.3)	37 (78.7)	48 (90.6)	33 (68.8)	56 (86.6)	57 (93.4)	0.010	0.903	0.088
		4 (5.0)	6 (5.3)	1 (0.9)	1 (3.1)	3 (6.4)	0 (0.0)	3 (6.3)	3 (4.5)	1 (1.6)			
It is very unlikely that a man or woman will contract AIDS in a heterosexual relationship – n(n%)													
Yes		9 (11.3)	14 (12.3)	27 (23.3)	2 (6.3)	10 (21.3)	17 (32.1)	7 (14.6)	4 (6)	10 (16.4)			
No	No	71 (88.8)	100 (87.7)	87 (76.3)	30 (93.8)	37 (78.7)	36 (67.9)	41 (85.4)	63 (94)	51 (83.6)	0.024	0.018	0.003
I don't know		0 (0.00)	0 (00)	0 (00)	0 (00)	0 (00)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)			

It is dangerous to have intercourse during menstruation – n(n%)													
Yes	No	14 (17.5)	7 (6.1)	9 (7.9)	6 (18.8)	1 (2.1)	5 (9.4)	8 (16.87)	6 (9.0)	4 (6.6)			
No		58 (72.5)	106 (93.0)	103 (90.4)	23 (71.9)	46 (97.9)	47 (88.7)	35 (72.9)	60 (89.6)	56 (91.8)	≤0.0001	0.849	0.007
I don't know		8 (10.0)	1 (0.9)	2 (1.8)	3 (9.4)	0 (0.0)	1 (1.9)	5 (10.4)	1 (1.5)	1 (1.6)			
A fetus has better chances of survival at seven months than at eight months – n(n%)													
Yes		12 (15.0)	29 (25.4)	15 (13.2)	8 (25.0)	14 (29.8)	5 (9.4)	4 (8.3)	15 (22.4)	10 (16.4)			
No	No	52 (65.0)	71 (62.3)	91 (79.8)	17 (53.1)	27 (57.4)	45 (84.9)	35 (72.9)	44 (65.7)	46 (75.4)	0.006	0.668	0.020
I don't know		16 (20.0)	14 (12.3)	8 (7.0)	7 (21.9)	6 (12.8)	3 (5.7)	9 (18.8)	8 (11.9)	5 (8.2)			
During pregnancy, women can have intercourse without harming the baby – n(n%)													
Yes		64 (80.0)	97 (85.1)	99 (86.8)	24 (75)	41 (87.2)	45 (84.9)	40 (83.3)	56 (83.6)	54 (88.5)			
No	Yes	9 (11.3)	15 (13.2)	15 (13.2)	4 (12.5)	5 (10.6)	8 (15.1)	5 (10.4)	10 (4.9)	7 (11.5)	0.009	0.729	0.070
I don't know		7 (8.8)	2 (1.8)	0 (00)	4 (12.5)	1 (2.1)	0 (0.0)	3 (6.3)	1 (1.5)	0 (0.0)			
Masturbation is harmful to health – n(n%)													
Yes		8 (10.0)	6 (5.3)	6 (5.3)	3 (9.4)	1 (2.1)	3 (5.7)	5 (10.4)	5 (7.5)	3 (4.9)			
No	No	68 (85.0)	106 (93)	108 (94.7)	36 (81.3)	44 (93.6)	50 (94.3)	42 (87.5)	62 (92.5)	58 (95.1)	0.071	0.104	0.058
I don't know		4 (5.0)	2 (1.8)	0 (00)	3 (9.4)	2 (4.3)	0 (0.0)	1 (2.1)	0 (00)	0 (0.0)			
Virginity is an important factor for success in marriage – n(n%)													
Yes	No	10 (12.5)	3 (2.6)	5 (4.4)	4 (12.5)	1 (2.1)	4 (7.5)	6 (12.5)	2 (3.0)	1 (1.6)			
No		69 (86.3)	111 (97.4)	107 (93.9)	27 (84.4)	46 (97.9)	48 (90.6)	42 (87.5)	65 (97.0)	59 (96.7)	0.026	0.569	0.131
I don't know		1 (1.3)	0 (00)	2 (1.8)	1 (3.2)	0 (00)	1 (1.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.6)			

Lesbians would prefer men if they were “real men” and used the right sexual techniques – n(n%)													
Yes		9 (11.3)	3 (2.6)	2 (1.8)	3 (9.4)	0 (0.0)	1 (1.9)	6 (12.5)	3 (4.5)	1 (1.6)			
No	No	63 (78.8)	109 (95.6)	111 (97.4)	24 (75.0)	47 (100.0)	52 (98.1)	39 (81.3)	62 (92.5)	59 (96.7)	≤0.0001	0.538	≤0.0001
I don't know		8 (10)	2 (1.8)	1 (0.9)	5 (15.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (6.3)	2 (3.0)	1 (1.6)			
Women have a G-spot, which is a very sensitive specific region inside the vagina – n(n%)													
Yes		51 (63.8)	52 (45.6)	52 (45.6)	18 (56.3)	23 (48.9)	24 (45.3)	33 (68.8)	29 (43.3)	28 (45.9)			
No	No	17 (21.3)	49 (43.0)	52 (45.6)	6 (18.8)	18 (38.3)	24 (45.3)	11 (22.9)	31 (46.3)	28 (45.9)	0.008	0.341	0.030
I don't know		12 (15.0)	13 (11.4)	10 (8.8)	8 (25.0)	6 (12.8)	5 (9.4)	4 (8.3)	7 (10.4)	5 (8.2)			
Aphrodisiacs really exist – n(n%)													
Yes		51 (63.8)	60 (52.6)	72 (63.2)	18 (56.3)	26 (55.3)	27 (50.9)	33 (68.8)	34 (50.7)	45 (73.8)			
No	No	17 (21.3)	43 (37.7)	33 (28.9)	9 (28.1)	18 (38.3)	20 (37.7)	8 (16.7)	25 (37.3)	13 (21.3)	0.088	0.175	0.085
I don't know		12 (15.0)	11 (9.6)	9 (7.9)	5 (15.6)	3 (6.4)	6 (11.3)	7 (14.6)	8 (11.9)	3 (4.9)			

Legend: n - absolute frequency; n% - relative frequency. Bold numbers represent an association between the categorical variables in the chi-square test with the adjusted residual analysis. P – statistical significance. ¹Beliefs: responses considered beliefs, according to Jablonski. P1 – semester comparisons. P2 – sex comparisons. P3 – semester and sex comparisons. Chi-square test with adjusted residual analysis. Significance set at $p \leq 0.05$ for all the analyses.

Tabela 2. Sexuality misbeliefs: comparisons between studies over 20 years

Questions	Beliefs	Misbeliefs (n%)		
		Answers 1998 (Jablonski) ¹	Answers 2008 (Lima e Cerqueira) ²	Answers 2018 (our study)
The ability to make love is innate	No	Yes 62,0%	Yes 47,2%	Yes 47,7%
There are two types of orgasm in women: the clitoris and vagina	No	Yes 79%	Yes 67,8%	Yes 50,6%
Women have the G-spot, a specific and extremely sensitive region inside the vagina	No	Yes 89,0%	Yes 61,3	Yes 50,3%
Are there any aphrodisiac substances?	No	Yes 66%	Yes (data not shown) ³	Yes 59,4%

¹ Jablonski, B. Beliefs and Beliefs about Human Sexuality. 1998

² Lima, MCP and Cerqueira ATAR. Beliefs about sexuality among medical students. 2008

³ Although Lima and Cerqueira did not publish the percentage for this issue, the predominance of the belief for it is reported in the article.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sexualidade é um tema bastante complexo e abrangente, sendo importante manifestação de vitalidade do ser humano. Em sendo a saúde sexual primordial à qualidade de vida, profissionais que lidam diariamente com a promoção da saúde necessitam de conhecimento suficiente na área para que possam acolher, de forma adequada e eficiente, os pacientes que buscam ajuda e informação.

Sabe-se que, muitas vezes, ao falarem sobre sexualidade com seus pacientes, os médicos consideram suas próprias experiências pessoais na área. Esse fato prejudica que as informações corretas sejam ensinadas, propagando crendices, que são fruto de construções e entendimentos pessoais equivocados sobre a sexualidade

Ao avaliarmos as crenças e crendices sobre sexualidade entre os estudantes de Medicina, percebemos o quanto a formação de nível superior na área é importante tendo a finalidade de dar o devido espaço para que grande parte das informações incorretas sejam modificadas através do conhecimento baseado em evidência. Através deste estudo, percebe-se que, entraves culturais e sociais devem ser trabalhados com o objetivo de reduzir os danos causados pelo desconhecimento em um tema tão relevante.

PERSPECTIVAS:

As pesquisas sobre o ensino da sexualidade durante o curso de Medicina e sobre o conhecimento dos médicos na área são escassas, faltando um atendimento global sobre as deficiências dos estudantes no tema. Mais pesquisas deveriam ser realizadas principalmente no âmbito nacional com o objetivo de levantar dados sobre as reais necessidades do currículo médico em sexualidade.

A disseminação de conceitos distorcidos sobre o tema, que são produtos de fatores externos, como religião, cultura, mídia e sociedade, prejudica as ações em saúde sexual. Assim, o conhecimento sobre sexualidade e a participação de vários especialistas das mais diversas áreas na educação sexual dos futuros profissionais médicos são essenciais para combater preconceitos e credices que são responsáveis por dificultar o exercício da sexualidade saudável. Os resultados deste estudo poderão servir como base para melhorar o ensino em sexualidade na Universidade possibilitando a formação de profissionais preparados para lidarem com as questões sexuais dos pacientes.

A pesquisa em questão foi o seguimento de um projeto que visa dar maior importância às questões da sexualidade no meio acadêmico. Espera-se que com os dados obtidos nele possamos avaliar outros aspectos relacionados ao tema e que este estudo sirva também como um alerta aos responsáveis pelas grades curriculares dos cursos médicos na intenção de que se discutam os seus achados em sala de aula

e que, à partir daí, sejam elaboradas medidas visando melhora do ensino da sexualidade.

Este estudo integra a linha de pesquisa do grupo CNPq sobre sexualidade dentro do grupo de pesquisa NEPE/SEX (Núcleo de Estudos e Pesquisa em Sexualidade do Rio Grande do Sul. Através dele, o cenário atual de ensino em sexualidade dentro da FAMED/UFRGS é mostrado, bem como também são evidenciadas as crenças sobre sexualidade entre estudantes de medicina. Os dados encontrados podem auxiliar no planejamento de ações futuras com vistas a melhorar esta realidade.

ANEXO 1: QUESTIONÁRIO DE CRENÇAS SOBRE SEXUALIDADE ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA

PARTE1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIAIS E CULTURAIS:

1) Idade (em anos)

2) Semestre que está cursando na faculdade:

- a. 1º semestre
- b. 2º semestre
- c. 3º semestre
- d. 4º semestre
- e. 5º semestre
- f. 6º semestre
- g. 7º semestre
- h. 8º semestre
- i. 9º semestre
- j. 10º semestre
- k. 11º semestre
- l. 12º semestre

3) Sexo designado ao nascimento (biológico):

- a. Feminino
- b. masculino

4. Está em um relacionamento?

- a. Não
- b. Namorando em um relacionamento fechado (monogâmico)
- c. Namorando em um relacionamento enrolado
- d. Namorando em um relacionamento aberto
- e. Morando junto em um relacionamento fechado (monogâmico)
- f. Morando junto em um relacionamento enrolado

- g. Morando junto em um relacionamento aberto
- h. Casado (a)
- i. Viúvo (a)
- j. Separado (a)
- l. Divorciado (a)

5. Tem filhos?

- a. Não
- b. Um
- c. Dois
- d. Três
- e. Mais de três

6. Em Porto Alegre, com quem você mora?

- a. Pais
- b. Outros familiares
- c. Parceiro (a)
- d. Amigos
- e. Sozinho (a)

7. Você pratica a sua religião?

- a. Não tenho religião
- b. Não frequento, mas pratico (rezo, oro e/ou acredito)
- c. Frequento e Pratico
- d. Não frequento e não pratico

8. Sua religião é:

- a. Não tenho religião
- b. Católica
- c. Espírita
- d. Evangélica / protestante
- e. Muçulmana
- f. Judaica
- g. Outras

10. Qual a renda mensal da sua família, considerando o valor do salário mínimo R\$ 937,00 (somando todos aqueles que lhe ajudam a pagar suas despesas):

- a. até 1 salário mínimo
- b. de 2 a 5 salários mínimos
- c. de 6 a 10 salários mínimos
- d. de 10 a 12 salários
- e. de 12 a 15 salários
- f. mais de 15 salários
- g. nenhuma renda

11. Qual o grau de escolaridade de seu pai?

- a. Ensino Fundamental incompleto

- b. Ensino Fundamental completo
- c. Ensino Médio incompleto
- d. Ensino Médio completo
- e. Ensino superior incompleto
- f. Ensino superior completo
- g. Pós-graduação

12. Qual o grau de escolaridade de sua mãe?

- a. Ensino Fundamental incompleto
- b. Ensino Fundamental completo
- c. Ensino Médio incompleto
- d. Ensino Médio completo
- e. Ensino superior incompleto
- h. Ensino superior completo
- h. Pós-graduação

13. Seus pais/padrastos vivem:

- a. Juntos, com bom relacionamento.
- b. Juntos, com relacionamento regular/ruim.
- c. Separados, com bom relacionamento.
- d. Separados, com relacionamento regular/ruim.
- e. Pai ou mãe falecidos.
- f. não se aplica

14. Qual é a sua Etnia:

- a. branco
- b. preto
- c. pardo
- d indígena
- e outro

15. você morou a maior parte do tempo:

- a. Fora do País
- b. Norte
- c. Sul
- d. Sudeste
- e. Nordeste

16. Você morou a maior parte da vida:

- a. capital
- b. interior
- c. zona rural

PARTE 2. CRENÇAS SOBRE SEXUALIDADE

1. A habilidade de fazer amor é inata.

Com relação a sexualidade, responda à questão acima

- a. Sim, com certeza.
- b. Não, com certeza.
- c. Acho que sim.
- d. Acho que não.
- e. Não sei.

2. As pessoas que sofrem de desajustes sexuais conseguem melhorar com tratamento destes problemas.

Com relação a sexualidade, responda à questão acima.

- a. Sim, com certeza.
- b. Não, com certeza
- c. Acho que sim
- d. Acho que não
- e. Não sei.

3. A mulher tem a mesma necessidade de sexo que o homem.

Com relação a sexualidade, responda à questão acima.

- a. Sim, com certeza.
- b. Não, com certeza
- c. Acho que sim
- d. Acho que não
- e. Não sei.

4. Há dois tipos de orgasmos na mulher: o clitoriano e o vaginal.

Com relação a sexualidade, responda à questão acima.

- a. Sim, com certeza.
- b. Não, com certeza
- c. Acho que sim
- d. Acho que não
- e. Não sei.

5. Para um homem satisfazer-se sexualmente, ele precisa de mais de uma parceira.

Com relação a sexualidade, responda à questão acima.

- a. Sim, com certeza.
- b. Não, com certeza
- c. Acho que sim
- d. Acho que não
- e. Não sei.

6. Um homem de pênis grande proporciona mais prazer em uma relação sexual.

Com relação a sexualidade, responda à questão acima.

- a. Sim, com certeza.
- b. Não, com certeza
- c. Acho que sim

- d. Acho que não
- e. Não sei.

7. O sexo com a introdução do pênis na vagina é a única prática de relação sexual normal.

Com relação a sexualidade, responda à questão acima.

- a. Sim, com certeza.
- b. Não, com certeza
- c. Acho que sim
- d. Acho que não
- e. Não sei.

8. O homossexualismo é uma doença.

Com relação a sexualidade, responda à questão acima.

- a. Sim, com certeza.
- b. Não, com certeza
- c. Acho que sim
- d. Acho que não
- e. Não sei.

9. A maioria dos problemas sexuais é de origem psicológica.

Com relação a sexualidade, responda à questão acima.

- a. Sim, com certeza.
- b. Não, com certeza
- c. Acho que sim
- d. Acho que não
- e. Não sei.

10. A pornografia estimula as pessoas a cometer atos sexuais criminosos.

Com relação a sexualidade, responda à questão acima.

- a. Sim, com certeza.
- b. Não, com certeza
- c. Acho que sim
- d. Acho que não
- e. Não sei.

11. Em termos de prazer proporcionado, um pênis grande exerce apenas uma influência psicológica.

Com relação a sexualidade, responda à questão acima.

- a. Sim, com certeza.
- b. Não, com certeza
- c. Acho que sim
- d. Acho que não
- e. Não sei.

12. Um orgasmo tem de ocorrer simultaneamente para que a relação sexual seja gratificante.

Com relação a sexualidade, responda à questão acima.

- a. Sim, com certeza.
- b. Não, com certeza
- c. Acho que sim
- d. Acho que não
- e. Não sei.

13. Um homem ou uma mulher heterossexual dificilmente contrairá o vírus da AIDS por via sexual.

Com relação a sexualidade, responda à questão acima.

- a. Sim, com certeza.
- b. Não, com certeza
- c. Acho que sim
- d. Acho que não
- e. Não sei.

14. É perigoso manter relações sexuais durante a menstruação.

Com relação a sexualidade, responda à questão acima.

- a. Sim, com certeza.
- b. Não, com certeza
- c. Acho que sim
- d. Acho que não
- e. Não sei.

15. Um feto de sete meses tem mais chance de sobreviver que um de oito meses.

- a. Sim, com certeza.
- b. Não, com certeza
- c. Acho que sim
- d. Acho que não
- e. Não sei.

16. Durante a gravidez a mulher pode manter relações sexuais sem risco para o bebê.

Com relação a sexualidade, responda à questão acima.

- a. Sim, com certeza.
- b. Não, com certeza
- c. Acho que sim
- d. Acho que não
- e. Não sei.

17. A masturbação provoca consequências ruins à saúde.

Com relação a sexualidade, responda à questão acima.

- a. Sim, com certeza.

- b. Não, com certeza
- c. Acho que sim
- d. Acho que não
- e. Não sei.

18. A virgindade é um fator importante para o êxito de um casamento.

Com relação a sexualidade, responda à questão acima.

- a. Sim, com certeza.
- b. Não, com certeza
- c. Acho que sim
- d. Acho que não
- e. Não sei.

19. Uma lésbica preferiria um homem, se fosse um "homem de verdade" e usasse a técnica correta.

Com relação a sexualidade, responda à questão acima.

- a. Sim, com certeza.
- b. Não, com certeza
- c. Acho que sim
- d. Acho que não
- e. Não sei.

20. As mulheres têm o ponto G, uma região específica e extremamente sensível no interior da vagina.

Com relação a sexualidade, responda à questão acima.

- a. Sim, com certeza.
- b. Não, com certeza
- c. Acho que sim
- d. Acho que não
- e. Não sei.

21. Existem substâncias afrodisíacas

- a. Sim, com certeza.
- b. Não, com certeza
- c. Acho que sim
- d. Acho que não
- e. Não sei.

PARTE 3: EDUCAÇÃO SEXUAL E SEXUALIDADE EM GERAL

1. Qual sua principal fonte de conhecimento sobre sexualidade?

Com relação a sexualidade, responda à questão acima.

- a. Pais/irmãos
- b. Outros parentes

- c. Namorado(a)
- d. Amigos/colegas
- e. Internet
- f. Aulas durante a faculdade
- g. Mentor religioso (Padre, Pastor...)
- h. Profissionais da Área da Saúde
- a. Outros

2. Teve algum tipo de educação sexual na escola?

- a. Sim
- b. Não
- c. Não lembro.

3. Com que idade começou a ter relações sexuais?

4. Sua vida sexual é:

- a. Ativa, satisfatória.
- b. Ativa, insatisfatória.
- c. Não tenho vida sexual e estou satisfeito(a).
- d. Não tenho vida sexual e estou insatisfeito(a).
- e. Não tenho relações sexuais

5. Qual foi o número de parceiros(as) no último ano?

- a. Nenhum
- b. Um Parceiro fixo
- c. Um Parceiro ocasional
- d. 2-5 parceiros
- e. 6-10 parceiros
- f. Mais de 10 parceiros

6. Qual método anticoncepcional você usa?

- a. Não uso.
- b. Camisinha
- c. Contraceptivo Hormonal (injetável, pílula, implante,DIU hormonal)
- d. DIU ou diafragma
- e. Outro

7. Você já teve relação sexual com pessoas do mesmo sexo?

- a. Nunca
- b. Uma vez
- c. Várias vezes
- d. Quase todas as vezes
- e. Todas as vezes

8. Você e seu parceiro usam preservativo?

- a. Nunca
- b. Quase nunca
- c. Às vezes
- d. Quase sempre
- e. Sempre

9. Quantas/horas aula sobre sexualidade você teve durante sua formação acadêmica (incluindo atividades extracurriculares):

- a. nenhuma
- b. 1
- c. 2
- d. de 3 a 5h
- e. de 6 a 10h
- f. mais de 10 horas

10. Onde ocorreram predominantemente tais horas/aula?

- a. Ao longo do curso, como parte do currículo oficial
- b. Em cursos extracurriculares na UFRGS
- c. Fora da faculdade
- d. Não tive aulas

11. Sobre o que você gostaria de conversar a respeito de sexualidade ao longo da formação (é possível assinar mais de uma alternativa)?

- a. sexualidade em geral
- b. parafilias
- c. homoafetividade
- d. políticas LGBT
- e. disfunções sexuais
- f. transexualidade

12. Durante a faculdade, você acha que os professores abordam o tema sexualidade nas diferentes disciplinas?

- a. sim
- b. não
- c. às vezes

13. Você considera que o conhecimento em sexualidade adquirido durante sua formação é suficiente para o exercício da profissão Médica?

- a. sim
- b. não
- c. não sei

