

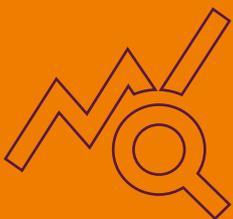
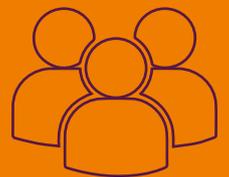
ORDEM  
DOS  
PSICÓLOGOS



08.2025

# PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL AO LONGO DO CICLO DE VIDA

CIÊNCIA E PRÁTICA PSICOLÓGICAS



DOCUMENTOS DE APOIO À PRÁTICA PROFISSIONAL

Documento de Apoio à Prática Profissional: Promoção da Saúde Sexual ao longo do Ciclo de Vida, publicado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses.

A informação que consta deste documento, elaborado em Agosto de 2025, e na qual se baseia foi obtida a partir de fontes que os autores consideram fiáveis. Esta publicação ou partes dela podem ser reproduzidas, copiadas ou transmitidas com fins não comerciais, desde que o trabalho seja adequadamente citado, conforme indicado abaixo.

**Sugestão de citação:**

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2025). Promoção da Saúde Sexual ao longo do Ciclo de Vida. Lisboa.

**Para mais esclarecimentos contacte Ciência e Prática Psicológicas:**

[andresa.oliveira@ordemdospsicologos.pt](mailto:andresa.oliveira@ordemdospsicologos.pt)

**Ordem dos Psicólogos Portugueses**

Av. Fontes Pereira de Melo 19 D, 1050-116 Lisboa

+351 213 400 250  
[ordemdospsicologos.pt](http://ordemdospsicologos.pt)

# Enquadramento

**A Saúde Sexual é parte indissociável do direito humano à Saúde e uma dimensão central do Bem-Estar.** Para a Organização Mundial da Saúde, não se trata apenas da ausência de doença ou disfunção, mas de uma vivência sexual segura, livre, satisfatória, informada e consentida, baseada na dignidade e nos direitos de cada pessoa.

No entanto, apesar dos avanços legislativos e sociais registados nas últimas décadas, **persistem desigualdades, estigmas e barreiras** que comprometem a concretização plena deste direito — também em Portugal, refletindo e reforçando um contexto social em que a **desinformação, o estigma e o silêncio continuam a moldar negativamente** a forma como a **sexualidade** é vivida, comunicada e cuidada. Onde o **prazer sexual ainda é tabu**, a diversidade sexual e de género é alvo de discriminação, sendo o acesso a cuidados de Saúde Sexual desigual.

Perante esta realidade, os **Psicólogos/as têm um papel incontornável na promoção da Saúde Sexual** — contribuindo para mudar mentalidades, reduzir desigualdades, garantir acesso à informação e aos cuidados, e defender o prazer, a diversidade e os direitos sexuais como pilares da Saúde e do Bem-Estar.

---

## Saúde Sexual | Estatísticas Portuguesas

- Cerca de **metade da população apresenta um baixo nível de satisfação com a vida sexual.**

**1 em cada 3 pessoas** relata que as **dificuldades sexuais causam sofrimento emocional** (Nobre, 2024).

- **1 em cada 7 mulheres e 1 em cada 25 homens** refere ter sido **vítima de violência sexual** (Nobre, 2024).

- Quase **40% das pessoas LGBTQIA+** reportam ter sido **alvo de discriminação** (Nobre, 2024).

- Entre 2013 e 2023, Portugal registou um **aumento de cerca de 11 vezes** no número de **novos casos de infeções sexualmente transmissíveis** entre jovens, refletindo uma tendência preocupante também observada a nível europeu (Público, 2025).

# 01. Saúde e Sexualidade

A **Saúde Sexual** é um conceito amplo, multidimensional e profundamente ligado ao modo como vivemos e expressamos a nossa sexualidade. Para perceber o que está em causa quando se fala de Saúde Sexual, é essencial começar por explorar o conceito de **sexualidade**, reconhecendo que esta não se reduz ao comportamento sexual, mas abrange emoções, relações, identidade, **prazer**, intimidade, valores e **direitos**.

## Sexualidade

A **Sexualidade** é um aspeto central da experiência humana ao longo da vida. Inclui o sexo, as identidades e os papéis de género, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade, a reprodução e os comportamentos. A sexualidade expressa-se e é vivida através dos pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações (Organização Mundial da Saúde, 2006).

Nem todas estas dimensões estão presentes ou são vividas da mesma forma por todas as pessoas. A sexualidade é influenciada pela interação de múltiplos fatores – biológicos, psicológicos, socioeconómicos, políticos, culturais, éticos, jurídicos, históricos, religiosos e espirituais. **A forma como cada pessoa vive a sua sexualidade** – com liberdade, segurança, prazer, ou pelo contrário, com medo, dor ou estigma – pode contribuir para o Bem-Estar, para a Saúde em sentido mais amplo e para a construção de sociedades mais saudáveis e inclusivas (OMS, 2006).

## Saúde Sexual

É neste enquadramento, que reconhece a **sexualidade** como dimensão fundamental da **Saúde** e como um **Direito Humano**, que surge o conceito de **Saúde Sexual**. **A sua definição tem evoluído ao longo do tempo**, refletindo um reconhecimento crescente da Saúde Sexual para a **Saúde (Física e Psicológica)**, **dignidade individual, justiça social e desenvolvimento socioeconómico** das comunidades e dos países (Narasimahn et al., 2023; Starss et al., 2018).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2006), a **Saúde Sexual** é um **estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade**; não é a mera ausência de doença

ou disfunção. A Saúde Sexual abrange uma **visão afirmativa e respeitosa da sexualidade** e das relações sexuais, assim como a possibilidade de ter **experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação e violência**. A **garantia do direito à Saúde Sexual** passa pelo respeito, proteção e realização dos direitos sexuais de todas as pessoas (OMS, 2006).

## Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos

A **Saúde Sexual** é uma dimensão central do conceito mais abrangente de **Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos**, que engloba:

- Os **Direitos Sexuais**. São **Direitos Humanos**, baseados na liberdade, dignidade e igualdade de todas as pessoas e incluem um comprometimento com a proteção contra a discriminação, coerção e violência (World Association for Sexual Health, 2014). O cumprimento dos Direitos Sexuais envolve, por exemplo, **o direito a atingir o nível mais elevado possível de Saúde Sexual**; **o direito a receber Educação para a Sexualidade Abrangente e baseada em evidência científica**; **o direito ao respeito e integridade corporal**; e **o direito a viver uma vida sexual satisfatória segura e prazerosa** (Starrs et al., 2018).
- A **Saúde Reprodutiva**. Estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspetos relacionados com o **sistema reprodutivo**, as suas funções e processos (Nações Unidas, 2015). O **direito à Saúde Reprodutiva** inclui receber **informação adequada** sobre o sistema reprodutivo e sobre os cuidados necessários para manter a Saúde Reprodutiva; **dispor de condições dignas e seguras** para a gestão da menstruação; **poder escolher e utilizar métodos de contraceção** seguros, eficazes, acessíveis e aceitáveis, entre outros direitos (Starrs et al., 2018).
- Os **Direitos Reprodutivos**. Assentam no reconhecimento dos **Direitos Humanos** de todas as pessoas e casais para **decidirem responsável e livremente** sobre o número de filhos/as que desejam ter, o espaçamento entre eles e o momento em que os/as querem ter, bem como terem **acesso à informação e aos meios necessários** para o fazerem, e ao **direito de alcançar o nível mais elevado possível de Saúde Reprodutiva** (Nações Unidas, 1995). Assumir o compromisso de cumprir os Direitos Reprodutivos obriga à **defesa do direito a tomar decisões relativas à reprodução livres de discriminação, coerção e violência**; a **respeitar o direito à privacidade, confidencialidade, respeito e consentimento informado**; e **o direito a relações de género equitativas e respeitadoras** (Starrs et al., 2018).

## Prazer e Bem-Estar Sexual

Durante muito tempo a Saúde Sexual foi encarada a partir de uma **perspetiva biomédica, centrada quase exclusivamente na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, na contraceção ou no controlo da fertilidade**. Contudo, nos últimos anos, tem-se assistido a uma valorização crescente das **dimensões afirmativas da Saúde Sexual**. É neste contexto que ganham destaque dois elementos essenciais, interligados e indivisíveis da Saúde Sexual - o **Prazer Sexual** e o **Bem-Estar Sexual**. O reconhecimento do Prazer e do Bem-Estar Sexual tem sido fundamental para uma viragem conceptual e prática, focada na promoção de uma **abordagem afirmativa à sexualidade**, reconhecadora do prazer e do bem-estar como aspetos naturais, desejáveis e essenciais da vida humana (Gruskin et al., 2019; Sladden et al., 2021; Mitchell et al., 2021).

O **Prazer Sexual**, tal como definido na **Declaração do Prazer Sexual da World Association for Sexual Health (2019)**, é a **satisfação e/ou prazer físico e/ou psicológico derivados de experiências eróticas partilhadas ou solitárias, incluindo pensamentos, sonhos e autoerotismo**.

A **Ciência Psicológica tem investigado os fatores psicossociais que possibilitam e promovem o Prazer Sexual**. A expressão sexual livre e consensual, autodeterminação, consentimento, afeto, autoestima, segurança, privacidade, equidade, confiança e capacidade de comunicação potencia a experiência do prazer. Adicionalmente, **o respeito pelos direitos sexuais também promove a vivência de uma sexualidade prazerosa**, em particular quando os direitos à igualdade e não-discriminação, autonomia, integridade, são reforçados (Coleman et al., 2021; Sladden et al., 2021).

Para além do Prazer Sexual, o **Bem-Estar Sexual** é uma componente relevante do Bem-Estar global e reflete uma **experiência positiva, segura e satisfatória da sexualidade**. O Bem-Estar Sexual é composto por (Mitchell et al., 2021):

- **Segurança e proteção sexual**. A percepção de que a pessoa se sente protegida de riscos quando vive a sexualidade e se sente confortável a expressar a sua sexualidade de forma livre.
- **Respeito sexual**. A percepção de que a pessoa é valorizada e respeitada na sua identidade e expressão sexual, sentindo-se aceite pelos outros, mesmo quando existem diferenças.

- **Autoestima sexual**. A percepção de que a pessoa se sente bem consigo própria enquanto ser sexual, valorizando-se e reconhecendo-se como merecedora de prazer, respeito e satisfação nas suas experiências sexuais.
- **Resiliência sexual**. A capacidade de manter o equilíbrio e recuperar o bem-estar após experiências negativas, problemas de Saúde Sexual, traumas ou adversidades relacionadas com a sexualidade.
- **Perdão em relação a experiências sexuais passadas**. A percepção de que a pessoa conseguiu interromper padrões internos de culpa, vergonha, evitamento, agressividade ou arrependimento associados a vivências sexuais anteriores, promovendo a redução do sofrimento e a melhoria do bem-estar e da qualidade das relações.
- **Autodeterminação sexual**. A percepção de que a pessoa tem liberdade para escolher ou rejeitar parceiros/as, comportamentos, contextos e momentos para viver a sua sexualidade, sem pressão, obrigação ou coerção, o que reforça o Bem-Estar Sexual e a capacidade de tomar decisões respeitadoras dos próprios limites e dos limites das outras pessoas.
- **Conforto com a sexualidade**. A percepção de que a pessoa se sente à vontade com a sua sexualidade — ao pensá-la, comunicá-la ou vivê-la —, o que facilita a exploração de identidades e experiências sexuais, promove a confiança e a comunicação com parceiros/as e contribui para relações mais conscientes e satisfatórias.

## Diversidade na Saúde Sexual

Reconhecer a Saúde Sexual, incluindo o papel do Prazer e o Bem-Estar sexual, implica também compreender que **nem todas as pessoas têm as mesmas oportunidades para os viver de forma plena**.

As **pessoas com orientação sexual e identidade de género não hegemónicas** enfrentam desafios acrescidos relacionados com **estigma, discriminação e preconceito**, que **atentam contra os seus direitos e liberdades fundamentais**, nomeadamente no que ao **direito à Saúde Sexual** diz respeito. Por estas razões, estas pessoas vivem muitas vezes a sexualidade como uma fonte adicional de stresse,

insatisfação e dificuldades.

**A diversidade é natural e não patológica**, refletindo formas distintas de ser, estar e de relação. Esta diversidade inclui diferentes conceitos que importa clarificar, uma vez que **o uso rigoroso e consciente da terminologia é essencial para construir uma compreensão inclusiva e rica da Saúde Sexual**:

- O **Sexo** é atribuído na altura do nascimento, através da observação dos órgãos genitais do/a bebé (observação do fenótipo) que transmitem uma possibilidade de aquele ser se tratar de um macho ou de uma fêmea. Em função da anatomia, ou forma dos genitais (pénis e testículos ou vulva, ou formas mais ambíguas), atribui-se de imediato um género (masculino ou feminino), tornando sexo e género categorias equivalentes. Os indivíduos considerados intersexo são/foram muitas vezes submetidos a intervenções várias, por forma a caberem na dicotomia “masculino ou feminino”. Esta atribuição adquire um carácter legal e social. A componente genotípica não é, habitualmente, aqui considerada, uma vez que apenas em casos excecionais é feito e analisado o cariótipo.
- O **Género** (habitualmente conhecido por sexo cultural ou social) é uma construção social decorrente das expectativas criadas em torno da pertença sexual. Assim, ser do sexo feminino ou ser do sexo masculino parece pressupor, do ponto de vista social, uma associação a um determinado conjunto de características, papéis e normas pré-determinadas. Por ser uma construção social, o género varia de cultura para cultura, ainda que preservando na sua base um regime restritivo e prescritivo de possibilidades de se ser mulher ou homem. Quando os indivíduos ou grupos não se comportam em conformidade com as normas de género culturalmente estabelecidas podem enfrentar situações de estigma, discriminação e exclusão social.
- Os **Papéis de Género** constituem os papéis, comportamentos, atividades e outros atributos que são socialmente construídos numa determinada sociedade e que são entendidos como femininos, masculinos ou andróginos.
- A **Expressão de Género** é qualquer forma de expressão através da qual cada pessoa manifesta a sua pertença de género, por exemplo, através da sua estética (e.g., ves-

tuário, penteado, barba) ou da linguagem que usa para se referir a si próprio/a (e.g., pronomes e nomes).

- A **Identidade de Género** refere-se ao autorreconhecimento pessoal e profundo enquanto homem ou mulher, enquanto ambos, nenhum ou enquanto trans. É ainda possível que não exista identificação com nenhum género.
- A **Orientação Sexual** é relativa à atração sexual e emocional de uma pessoa em relação a outra e os comportamentos ou a afiliação social que podem resultar dessa atração. Corresponde a um envolvimento no plano emocional, amoroso e/ou da atração sexual por homens, mulheres ou por ambos os sexos. Pode, por isso, ser classificada em quatro dimensões: heterossexualidade, homossexualidade/lesbianismo, bissexualidade e assexualidade.
- **Pessoa cisgénero** refere-se a uma pessoa cuja identidade de género corresponde ao sexo que lhe foi atribuído à nascença. Ou seja, uma pessoa cisgénero identifica-se e comporta-se de acordo com os papéis e normas de género tradicionalmente associados ao seu sexo atribuído (e.g., uma pessoa a quem foi atribuído o sexo feminino e que se identifica como mulher) (APA, 2021).
- **Pessoa transgénero** é uma pessoa cuja identidade de género e/ou papel de género não corresponde às normas culturalmente associadas ao sexo que lhes foi atribuído à nascença. O termo “transgénero” é utilizado como um conceito amplo que abrange uma diversidade de vivências e identidades, incluindo, por exemplo, pessoas que se identificam como homens *trans*, mulheres *trans* ou não binárias. Apesar de amplamente utilizado, nem todas as pessoas cuja vivência de género desafia as normas cis-heteronormativas se identificam como transgénero (APA, 2021).
- **Pessoa não binária** refere-se a uma pessoa cuja identidade ou expressão de género não se enquadra nas categorias tradicionais de mulher/rapariga ou homem/rapaz. Este termo pode descrever vivências de género múltiplas, fluidas, entre géneros, ou fora do binómio masculino/feminino. Algumas pessoas não binárias identificam-se como parte da comunidade transgénero, enquanto outras não. As experiências não binárias são diver-

sas e válidas, podendo envolver ou não alterações na expressão de gênero, pronomes ou características corporais. Estes termos incluem, por vezes, identidades como gênero fluido ou gênero *queer* (Diamond, 2020).

Apesar dos avanços das últimas décadas, as **pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans, Queer e Intersexo (LGBTQIA+)** continuam a enfrentar **discriminação, exclusão e violência**, com profundas consequências na sua Saúde Sexual e Psicológica. Estes impactos são agravados por **políticas públicas, contextos institucionais e culturais nos quais a diversidade é silenciada, invisibilizada ou tratada como desviante** (Hatzenbuehler et al., 2024).

Em muitas sociedades, **a sexualidade e o gênero são vividos através de normas sociais que não contemplam a totalidade da diversidade e riqueza da experiência humana**. As normas sociais são sistemas normativos moldam as crenças e atitudes individuais, as práticas culturais e institucionais, os sistemas de Saúde e educativos (Morgenroth et al., 2021).

Perduram as **normas de gênero binárias**. Assente nesta ideia está a crença de que existem apenas dois gêneros – masculino e o feminino –, e que cada pessoa se deve conformar numa dessas categorias de forma estável e coerente com o sexo atribuído à nascença. Esta visão reduz a diversidade de experiências de gênero e exclui, invalida ou marginaliza identidades que não se enquadram nessa dicotomia (Morgenroth et al., 2021).

Continua a existir **heterossexismo**, definido como o sistema ideológico que valoriza a heterossexualidade como mais natural do que e/ou superior à homossexualidade e que nega, denigre e estigmatiza qualquer forma não heterossexual de comportamento, identidade, relacionamento ou comunidade. Neste sistema de crenças, a orientação sexual heterossexual é considerada a única psicologicamente adequada e moralmente correta (OPP, 2020).

A **heteronormatividade** continua a ser percebida como a norma organizadora da vida social, afetiva e relacional e diz respeito à manutenção da heterossexualidade como norma para pensar o comportamento de todos os indivíduos, envolvendo, portanto, a assunção de que todas as pessoas são heterossexuais. Compreende, assim, todo um conjunto de instituições, normas e práticas sociais (incluindo a linguagem), que se organiza em torno de certas diferenças entre homens e mulheres e da sua atração

sexual mútua (OPP, 2020).

Persiste, ainda, a **cisnormatividade** – que é a suposição de que todas as pessoas têm uma identidade cisgênero, ou seja, que vivem uma experiência de congruência socialmente reconhecida entre o sexo atribuído à nascença e a identidade de gênero.

**Estas normas dominantes sustentam diferentes formas de estigmatização e preconceito**. Por exemplo:

- A **Homofobia** é o preconceito, a estigmatização e o tratamento discriminatório com base na orientação sexual de uma pessoa para pessoas do mesmo sexo. A Homofobia pode assumir diversas formas, incluindo atitudes e crenças negativas, aversão ou preconceito contra pessoas que sentem atração por outras do mesmo sexo e/ou identidade de gênero, incluindo pessoas lésbicas, gays e bissexuais.
- A **Bifobia** é o preconceito, estigmatização e o tratamento discriminatório dirigido a pessoas bissexuais. Ocorre tanto dentro como fora da comunidade LGBTQIA+. As pessoas bissexuais pode experimentar bifobia por parte de pessoas heterossexuais, mas também podem ser excluídas nos próprios espaços LGBTQIA+ (OMS, 2024a).
- A **Transfobia** é o preconceito, estigmatização e o tratamento discriminatório dirigido a pessoas trans, ou seja, pessoas cuja identidade não corresponde às concepções convencionais de gênero e/ou pessoas que não se identificam com o sexo que lhes foi atribuído à nascença. Isto inclui as pessoas com diversidade de gênero que se identificam como gênero não-binário, gênero fluido, entre outras (OMS, 2024a).

No seu todo, a homofobia, bifobia e a transfobia são reações adversas às pessoas que não se enquadram dentro das normas sociais dominantes em relação à sexualidade e identidade de gênero. À semelhança de outras formas de discriminação, estas podem ser individuais ou sistêmicas, intencionais ou involuntárias, diretas ou indiretas (OMS, 2024a).

Assim, **promover a Saúde Sexual implica necessariamente uma mudança nos sistemas normativos vigentes**, favorecendo a vivência da sexua-

lidade e da diversidade de gênero de forma livre, inclusiva e respeitadora dos Direitos Humanos.

## 02. Desenvolvimento Psicosexual e Saúde Sexual

A compreensão e a promoção da Saúde Sexual implicam, necessariamente, o entendimento da sexualidade como um **processo dinâmico que se desenvolve ao longo de toda a vida**. Por isso, é fundamental integrar uma **perspetiva de ciclo de vida**, reconhecendo que as experiências, necessidades e prioridades em matéria de Saúde Sexual se transformam nas diferentes fases do desenvolvimento psicosexual (Sladden et al., 2021).

O **desenvolvimento psicosexual** refere-se ao processo contínuo e multifatorial pelo qual a pessoa constrói a sua sexualidade, a sua identidade sexual, papéis de género, vínculos e relações afetivo-sexuais ao longo da vida. Envolve as dimensões biológica, física e psicológica, mas também aspetos sociais, culturais e políticos, refletindo-se na forma como se estabelece a relação com o prazer, a intimidade, a identidade e com as outras pessoas.

Cada **etapa desenvolvimental** (infância, adolescência, adultez e adultez tardia) **apresenta tarefas desenvolvimentais específicas e desafios próprios**, com impacto na esfera da sexualidade.

Compreender a trajetória desenvolvimental é essencial para promover uma **abordagem afirmativa da sexualidade** e **prevenir leituras redutoras, marcadas por preconceitos ou determinismos culturais**.

### Infância

O **desenvolvimento da sexualidade começa desde o nascimento**, com as crianças curiosas e interessadas em explorar o mundo que as rodeia através da observação e dos sentidos. Desde cedo, as crianças iniciam a exploração do corpo, a construção da sua identidade de género, o estabelecimento de vínculos afetivos e a integração de normais socioculturais associadas à sexualidade (e.g., UCLA Prevention Center of Excellence, 2023; Kar et al. 2016).

O **bebé começa a reconhecer o próprio género por volta dos 2-3 anos de idade** (e.g., Kar et al. 2016). Até aos 6 anos (em média), é comum e natural o surgimento de **comportamentos exploratórios e curiosidade sexual**, baseados na exploração do próprio corpo, toque físico e brincadeira. Estes comportamentos permitem que se comecem a observar diferenças no corpo entre sexo masculino e feminino, bem como a desenvolver uma consciência de género (e.g., Cacciatore et al., 2020). Incluem, por exemplo, ausência de inibição em relação à nudez, tocar nos órgãos genitais, falar abertamente sobre partes do corpo e sobre os órgãos genitais, demonstrar curiosidade sobre os corpos nus de outras pessoas ou brincar com os pares assumindo papéis (por exemplo, “brincar aos pais e às mães”).

Estas expressões são **parte do desenvolvimento normal e saudável**, pelo que podem e devem ser estimuladas em ambientes seguros e acompanhadas de abertura para conversar sobre o corpo e respostas adequadas à idade. A forma como as mães e pais, cuidadores/as e outras pessoas adultas de referência respondem aos primeiros comportamentos exploratórios influencia a construção da atitude das crianças perante o corpo e a sexualidade e é essencial para proporcionar uma base sólida para a consciência de direitos sexuais – algo que influenciará a Saúde Sexual ao longo de todo o ciclo de vida (Cacciatore et al., 2020).

À medida que crescem, as crianças começam a desenvolver um entendimento do que é considerado *sexual*. Dos 6 anos até ao início da adolescência (em média), o leque de comportamentos exploratórios expande-se e passa a incluir, por exemplo, brincadeiras e jogos de natureza sexual (do tipo “verdade ou consequência”), manipulação genital ainda sem intenção de obter satisfação, interesse por conteúdos de natureza sexual (por exemplo, na televisão), perguntas sobre sexualidade (por exemplo, “de onde vêm os bebés?”) ou reprodução de linguagem sexualmente explícita. Nestas idades, as crianças começam também, a adquirir as noções de *intimidade* e *privacidade*.

### Puberdade e Adolescência

Em virtude das profundas transformações biológicas, cognitivas e psicossociais que ocorrem nesse período, **a adolescência é um período fundamental para o desenvolvimento psicosexual**. Estas transformações iniciam-se com a entrada na **puberdade** (que ocorre, em média, entre os 8 e os 15 anos). Nesta fase, a ativação do eixo hipotálamo-hipófise-ovário (HHO) desencadeia a **produção de**

**hormonas sexuais** (estrogénio e progesterona) que serão responsáveis pelo surgimento de caracteres sexuais secundários e preparação do corpo para a capacidade reprodutiva (e.g., Kar et al. 2016).

Na puberdade, ambos os sexos experienciam um aumento do crescimento ósseo e da massa muscular, bem como um aumento do volume dos órgãos genitais e crescimento dos pelos púbicos e axilares, bem como alterações na pele (provocadas pelo aumento da atividade das glândulas sebáceas e sudoríparas) e na voz (mais marcadas nos rapazes, provocadas pelo crescimento da laringe e pelo espessamento das cordas vocais). As meninas experienciam ainda o crescimento mamário e a primeira menstruação (*menarca*)<sup>1</sup>.

As flutuações hormonais não são apenas responsáveis por mudanças físicas, mas impactam significativamente o desenvolvimento cognitivo, psicológico e social, produzindo alterações no pensamento, comportamento e relações interpessoais e influenciando e moldando a personalidade. Podem produzir ansiedade, hipersensibilidade e alterações de humor, bem como alterações na autoimagem e problemas de autoestima. Estes aspetos impactarão a **atitude face à sexualidade e comportamentos sexuais** durante toda a adolescência, à medida que o/a adolescente desenvolve a capacidade de pensamento abstrato e de reflexão sobre si mesmo/a e sobre o mundo. Neste contexto, os/as adolescentes começam a refletir sobre a sua identidade de género, orientação sexual e expressão sexual, observando as suas preferências, desejos e limites.

Do ponto de vista comportamental, a adolescência apresenta subfases com desafios distintos. Na **fase inicial (10–13 anos)**, é comum observar-se um aumento da curiosidade sexual e alguma experimentação associada à perceção do corpo em mudança (por exemplo, beijos, *dating* inicial, masturbação). Numa **fase seguinte (14-16 anos)**, os impulsos tendem a ser mais fortes e podem mesmo ocorrer comportamentos de risco, na ausência de orientação adequada sobre sexualidade (por exemplo, sexo desprotegido). Já na **adolescência tardia (17–19 anos)**, a maturação da capacidade de reflexão, crítica e autocontrolo produz uma maior capacidade de integração de valores pessoais e de avaliação das consequências dos comportamentos assumidos. É nessa fase que aspetos da identidade sexual são consolidados (nomeadamente, a orientação sexual) e hábitos e atitudes com impacto na Saúde Sexual

são delineados.

No plano social, a relação com os pares passa a assumir um papel preponderante na adolescência. O grupo de amigos converte-se num espaço de experimentação e validação e podem surgir conflitos relacionados com a pressão para a conformidade e desejo de pertença. Paralelamente, os vínculos familiares reconfiguram-se, em virtude de uma maior necessidade de autonomia e independência. Conflitos geracionais são comuns neste período.

Assim, do ponto de vista sexual, a adolescência é palco de uma exploração crescente da sexualidade que pode gerar muitas dúvidas e inseguranças. É uma **fase de descoberta da intimidade, dos afetos, do desejo e do prazer**, bem como de formação dos **primeiros vínculos românticos e/ou sexuais** (que podem, nesta fase, ter um carácter mais intenso e simbólico). Entender as especificidades desta fase de desenvolvimento psicossocial é, pois, crucial para intervenções educativas e clínicas.

## Idade Adulta

Na idade adulta, a sexualidade tende a expressar-se de forma mais madura e integrada nas demais esferas da vida. As pessoas podem estabelecer relações íntimas e sexuais com diferentes configurações e níveis de compromisso – desde relações casuais a vínculos afetivos duradouros como o casamento, a união de facto ou outras formas de parceria. Neste contexto, a sexualidade está frequentemente ligada não apenas ao prazer, mas a objetivos como o vínculo emocional, a construção de intimidade e a reprodução.

Por tal, **nesta fase da vida, os fatores sociais e relacionais influenciam fortemente a sexualidade** – por exemplo, a escolha de parceiros/as, a qualidade da comunicação nas parcerias estabelecidas e a chegada dos filhos/as, mas também a vida profissional e estabilidade económica. Estes aspetos, entre muitos outros, podem moldar várias dimensões da sexualidade, como a frequência, a satisfação e o prazer sexual.

De modo geral, a vida sexual permanece ativa ao longo da vida adulta, embora com variações individuais. Estudos indicam que, apesar de um eventual declínio gradual na intensidade da atividade sexual após os 30-40 anos, a sexualidade pode continuar

<sup>1</sup> Para mais informações, sugere-se a consulta do documento Prevenção e Intervenção Psicológica na Saúde Menstrual.

a ser vivida de forma gratificante, com o desenvolvimento progressivo de aspetos como o autoconhecimento e a autoconfiança (Thomas et al., 2018).

Ao longo do tempo, **mudanças biológicas e psicossociais podem afetar a função e o comportamento sexual**. Nas **mulheres**, a transição para a menopausa pode ser particularmente desafiante, já que as alterações frequentemente observadas nesta fase da vida podem ter impacto na esfera sexual – por exemplo, trazendo sintomas como secura vaginal ou, redução do interesse/desejo sexual<sup>2</sup>. Porém, existem diferenças individuais consideráveis. Cada mulher é uma menopausa. Um estudo recente (Thomas et al., 2018) observou mudanças negativas e positivas em mulheres nesta fase da vida, salientando, entre estas últimas, um aumento da autoconfiança, um melhor conhecimento do próprio corpo e maior capacidade de comunicação sexual com o/a parceiro/a, aspetos responsáveis por melhorias percebidas na experiência sexual (Thomas et al., 2018). Já nos **homens**, pode observar-se uma diminuição gradual dos níveis de testosterona e maior incidência de disfunção erétil (que não se deve diretamente à idade, mas a condições médicas e respetivos tratamentos que a idade mais avançada traz).

De forma geral, as pessoas adultas tendem a adaptar-se às mudanças que impactam a sua sexualidade. Face ao surgimento de dificuldades sexuais, muitas parcerias ajustam os seus comportamentos (por exemplo, explorando novas formas de intimidade ou dando mais ênfase a outras práticas, para além da penetração) e redefinem expectativas, de modo a manter a vida sexual satisfatória ao longo dos anos (Thomas et al., 2018). Estes dados evidenciam a **natureza dinâmica da sexualidade na vida adulta, que se modifica em resposta às mudanças físicas e contextuais, mas permanecendo uma fonte de prazer, intimidade e bem-estar até muito tarde na vida**.

## Velhice

Embora a **sexualidade** continue a ser uma componente significativa da vida para muitas pessoas mais velhas, esta dimensão é **frequentemente negligenciada ou cercada de atitudes negativas e mitos** nesta fase da vida. Prevalece ainda a noção de que as pessoas mais velhas se vão tornando assexuadas, no entanto, esta ideia não é sustentada pela evidência científica.

Na verdade, **a sexualidade nesta fase da vida prevalece, embora com adaptações resultantes de fatores biológicos** (e.g., estado de saúde, tratamentos/fármacos, alterações hormonais, capacidade funcional), **psicológicos** (e.g., atitudes em relação ao envelhecimento, imagem corporal, motivação, saúde mental) e **sociais/culturais** (e.g., disponibilidade de parceiro/a, normas culturais, preconceitos etários).

Deste modo, **muitas pessoas mais velhas não deixam de ter interesse e desejo ou de manter atividade sexual**, embora possam ajustar a forma como vivem a sua sexualidade, em função de alterações fisiológicas (Steckenrider, 2023). Os estudos mostram que, apesar da frequência da atividade sexual tender a diminuir com a idade, uma percentagem considerável de pessoas mais velhas continua sexualmente ativa e interessada. Por exemplo, um estudo recente mostra que, num inquérito realizado no Reino Unido, 60% das mulheres e 86% dos homens, entre 60-69 anos, relataram ser sexualmente ativos/as; entre 70-79 anos, 34% das mulheres e 59% dos homens mantinham atividade sexual; acima dos 80 anos, uma percentagem significativa – 31% dos homens e 14% das mulheres – continua sexualmente ativa (Steckenrider, 2023).

No entanto, **várias alterações associadas ao processo de envelhecimento** – por exemplo, redução da lubrificação vaginal nas mulheres ou diminuição da frequência das ereções nos homens, bem como **condições de Saúde ou limitações funcionais** observadas em ambos os sexos – podem exigir **adaptações nas práticas sexuais**. Frequentemente, as parcerias de pessoas mais velhas privilegiam intimidade e a qualidade da relação (nomeadamente, carícias, conexão emocional, toque, masturbação mútua) em detrimento da *performance* sexual e/ou o coito propriamente dito (Steckenrider, 2023).

Refira-se que o **preconceito social em torno da sexualidade na fase tardia da vida**, mesmo entre profissionais de Saúde, produz **efeitos práticos negativos na vida sexual das pessoas mais velhas**. Por exemplo, questões e dificuldades sexuais são pouco abordadas em consultas de rotina (em virtude de insegurança ou receio de julgamento), potencialmente inviabilizando o aconselhamento sobre adaptação de práticas sexuais a limitações decorrentes de situações de Saúde ou a intervenção em disfunções sexuais tratáveis. Estes aspetos podem privar as pessoas mais velhas de uma vivência plena, se-

<sup>2</sup> Para informações mais detalhadas sobre as características e impactos da transição para a menopausa, sugere-se a consulta do documento Prevenção e Intervenção Psicológica na Saúde Menstrual.

gura e prazerosa da sua sexualidade (Steckenrider, 2023).

É imperativo afirmar o direito à sexualidade nesta fase da vida, desmistificando a ideia de que a idade avançada é incompatível com vida sexual. **A sexualidade pode acompanhar a pessoa até o fim da vida, ainda que com adaptações às mudanças do seu corpo e contexto.** Os estudos mostram que a manutenção da atividade sexual na fase mais tardia da vida tem inúmeros benefícios para a Saúde e bem-estar das pessoas mais velhas, favorecendo a sua autoestima e sentimento de conexão (Vieira et al., 2016). Logo, atender a necessidades sexuais nessa fase contribui para um envelhecimento mais saudável e satisfatório (e.g., Penhollow, 2024). No entanto, é importante salvaguardar a possibilidade da pessoa abdicar da sexualidade, mas que seja uma escolha livre e não baseada em medos, inibições ou crenças negativas e disfuncionais.

### 03. Determinantes e Fatores de Risco para a Saúde Sexual

A possibilidade de usufruir plenamente de uma vivência sexual e afetiva saudável não está igualmente distribuída (Conley & Klein, 2022). A concretização do **Direito à Saúde Sexual** é moldada por **determinantes sociais que afetam de forma desigual diferentes pessoas e grupos**, produzindo assimetrias significativas na vivência da sexualidade e no Bem-Estar sexual.

A própria **Saúde Sexual** é influenciada por **múltiplos fatores que se interligam** de forma complexa, moldando a forma como cada pessoa vive a sua sexualidade ao longo da vida. Entre estes fatores incluem-se **determinantes sociais, económicos, culturais, educacionais, psicológicos e clínicos**, que podem favorecer ou dificultar o acesso ao prazer, à intimidade, à informação e a cuidados adequados.

Para responder às diferentes realidades da população, com uma abordagem integrada da Saúde Sexual, é necessário compreender o impacto de cada um dos determinantes e fatores de risco que podem comprometer uma sexualidade livre, prazerosa e segura.

### Determinantes da Saúde Sexual

A Saúde Sexual é influenciada por um conjunto vasto de determinantes, que podem favorecer ou dificultar a sua realização plena. Entre os principais determinantes incluem-se:

#### Educação e socialização sexual

As evidências mostram de forma consistente que um **maior nível de escolaridade está associado a melhores indicadores de Saúde Sexual**. Por exemplo, nas mulheres, uma maior escolarização reflete-se num melhor acesso a serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva, maior capacidade de exercer controlo sobre o próprio corpo, redução da taxa de nascimentos não planeados e filhos/as mais saudáveis e com maior sucesso educativo. No caso dos homens, níveis mais elevados de escolaridade aparecem associados a maior envolvimento nos cuidados parentais e atitudes mais igualitárias em relação aos papéis de género (Starrs et al., 2018).

A par da educação formal, a **socialização sexual** — as mensagens implícitas e explícitas que moldam a compreensão das pessoas sobre o seu corpo, o género, o prazer, os limites, o consentimento e os afetos —, é **um dos maiores determinantes da Saúde Sexual. Esta socialização começa em casa**, nas respostas parentais à curiosidade infantil, à nudez, ao toque, às diferenças entre sexos e ao uso da linguagem sexual, refletindo os valores e normas da família — independentemente de estarem ou não alinhados com os da sociedade dominante (Sh-tarkshall et al., 2007).

**Fora de casa, a socialização sexual continua** através da observação das normas comunitárias, da participação em práticas culturais e religiosas e do consumo de *media*. Por exemplo, as crianças e adolescentes são expostas a visões diversas sobre papéis de género, sexualidade, contraceção, interrupção da gravidez ou casamento, muitas vezes não abordadas na escola por receios de conflito com crenças familiares ou religiosas (Shtarkshall et al., 2007).

**Modelos de socialização repressivos** ou a **ausência de diálogo** podem conduzir à **desinformação, perpetuando normas sexuais desiguais e prejudiciais**. Um exemplo disso é o **duplo padrão sexual**, segundo o qual os comportamentos sexuais são julgados de forma diferente consoante o género. Enquanto os rapazes são muitas vezes incentivados à iniciativa e à atividade sexual, as raparigas são socializadas para a passividade e contenção, sendo

mais frequentemente alvo de julgamento moral (por exemplo, *slut-shaming*). Este padrão contribui para desigualdades no prazer sexual, menor assertividade no uso do preservativo por parte das mulheres, e maiores riscos de coação sexual. Além disso, associa-se a fenômenos como sexismo, homofobia e desigualdade de gênero, com impacto negativo no desenvolvimento da Saúde Sexual ao longo da vida (Endendijk et al., 2021).

### **Pertença a um grupo em situação de exclusão social**

As **peessoas em situação de exclusão social** enfrentam **barreiras sistemáticas** que limitam o seu **acesso a uma Educação para a Sexual, aos cuidados de Saúde Sexual e à autodeterminação nas suas vidas afetivas e sexuais**. As situações de exclusão social cruzam-se frequentemente com situações de estigma, discriminação e violência, interferindo negativamente no exercício dos direitos sexuais e reprodutivos (Starrs et al., 2018).

**A pobreza é uma das expressões mais persistentes da exclusão social**, além de ser um **dos determinantes sociais mais poderosos** da saúde em geral e da Saúde Sexual, em particular. **Famílias a viver em situação de pobreza enfrentam maiores barreiras no acesso a cuidados de Saúde Sexual**, incluindo contraceção, exames preventivos, Educação para a Sexualidade e acompanhamento especializado. A falta de rendimento disponível **reduz a capacidade de evitar riscos**, procurar ajuda atempada ou tomar decisões informadas e autónomas sobre a vida sexual e reprodutiva (Starrs et al., 2018). Mais, a pobreza **impacta diretamente o Bem-Estar Sexual**, incluindo a satisfação, o prazer e a capacidade de experimentar orgasmos ou envolvimento íntimo (Higgins et al., 2022).

A **exclusão social** pode estar associada a outras condições como a **pertença à comunidade LGBTQI+**, a **deficiência, migração ou a pertença a minorias étnico-raciais**. As pessoas nestas condições **veem o seu potencial de Bem-Estar e Prazer Sexual limitado**. Ao enfrentar a homofobia, a transfobia, o racismo, a xenofobia, a exclusão institucional, as barreiras ao acesso, as pessoas pertencentes a grupos minoritários vão acumulando situações de stresse crónico, que interferem na autodeterminação e na Saúde Sexual (Higgins et al., 2022).

Por exemplo, no caso concreto das **peessoas com deficiência**, estas têm vindo a reivindicar os seus direitos à Sexualidade e à Saúde Sexual, sobretudo porque prevalecem **situações de discriminação** que afetam negativamente as suas interações rela-

cionais e sexuais. Estas situações **comprometem o seu acesso à Educação para a Sexualidade, aos cuidados de Saúde Sexual e, em casos de violência sexual, ao próprio sistema de Justiça** (Benoit et al., 2023).

O estigma associado à deficiência resulta, em grande parte, da prevalência de **crenças erróneas sobre o corpo e a sexualidade, nomeadamente de que as pessoas com deficiência são assexuadas ou incapazes de se controlar ao nível sexual**. Entre os diferentes tipos de deficiência, as pessoas com deficiências cognitivas tendem a ser mais estigmatizadas, prevalecendo crenças de que não têm capacidade para dar consentimento ou de controlar os seus desejos e comportamentos sexuais. Por sua vez, as pessoas com deficiência física são percebidas como assexuadas, incapazes de manter relações afetivo-sexuais ou, ainda que menos comum, tendo um desejo sexual aumentado (Peddani & Tashjian, 2022).

Na população geral, diferentes atitudes (e.g., infantilização, negação da capacidade de consentimento) e comportamentos discriminatórios (e.g., evitar discussões sobre sexualidade, omitir informação sexual relevante, não adaptar serviços ou materiais informativos) persistem, inclusivamente, entre pais/mães, cuidadores/as e profissionais de Saúde, especialmente aqueles/as com menor contacto com os domínios da deficiência e da sexualidade (Esmail et al., 2010; Peddani & Tashjian, 2022).

Ainda, as pessoas com deficiência apresentam **maior risco de ser vítimas de violência sexual**, assim como de ter um acesso dificultado a mecanismos de proteção (Amborski et al., 2021).

Independentemente do grupo minoritário a que pertencem, muitas pessoas continuam a enfrentar dificuldades na vivência da sua sexualidade, sendo que estas dificuldades resultam, geralmente, de normas sociais discriminatórias, da falta de reconhecimento institucional e de práticas parentais ou profissionais pouco inclusivas.

### **Saúde (Física e Psicológica)**

**A Saúde Sexual influencia e é influenciada pela Saúde Física e Psicológica**. Elas não são separáveis, mas por razões de sistematização do conhecimento tende-se a falar de cada uma delas separadamente. Por um lado, a vivência de uma **sexualidade saudável** está associada a uma **melhor percepção da Saúde geral, com indicadores positivos de Saúde Física e Psicológica**. Por outro, **diversos problemas de Saúde podem afetar negativamente a**

**Saúde Sexual**, inclusivamente o desejo, o envolvimento na intimidade ou a capacidade de aceder a informação sobre Saúde (Vasconcelos et al., 2024).

**A Saúde Sexual tem benefícios diretos para a Saúde Física.** Uma sexualidade vivida de forma satisfatória e livre de dor está associada a uma melhor saúde cardiovascular, menor pressão arterial (Curtis, 2020). Para além da atividade sexual, comportamentos de intimidade ou proximidade afetiva - como abraçar, beijar ou acariciar - promovem o relaxamento, reduzem a dor e contribuem para a saúde músculo-esquelética (Cohen et al., 2014; Goldstein et al., 2017).

**Os problemas físicos podem interferir com a Saúde Sexual.** Doenças como artrite, diabetes, hipertensão ou cancro estão associadas a dificuldades sexuais e na satisfação sexual, muitas vezes não pela doença em si, mas pelos tratamentos e terapia farmacológicas usadas. A transição para a menopausa, por exemplo, pode causar fadiga e insónias, reduzindo o desejo sexual. A alteração da imagem corporal após uma mastectomia pode impactar negativamente a autoestima e a autoimagem. Também o medo de que uma atividade sexual desencadeie um evento cardíaco pode limitar a vivência da intimidade após um enfarte (Curtis, 2020; Sánchez-Fuentes et al., 2014; Vasconcelos et al., 2024).

Adicionalmente, a **Saúde Sexual pode ser promotora da Saúde Psicológica.** As pessoas que percebem positivamente a sua vivência sexual reportam níveis mais elevados de Bem-Estar, qualidade de vida, satisfação conjugal, melhor comunicação conjugal e assertividade sexual (Sánchez-Fuentes et al., 2014).

**A Saúde Psicológica, por sua vez, tem um papel fundamental na forma como cada pessoa percebe a sua Saúde Sexual.** Pessoas com uma maior autoestima, autoconhecimento e aceitação tendem a experienciar mais prazer e liberdade sexual (Mitchell et al., 2021). Relações em que os limites são negociados e comunicados com segurança e clareza promovem maior Bem-Estar Sexual (Hannier et al., 2018; Malone et al., 2018).

No entanto, dificuldades de Saúde Psicológica, como sentimentos de insegurança, vergonha, rejeição ou medo **diminuem a autoconfiança sexual e aumentam o risco de vivências negativas da sexualidade** (Mitchell et al., 2021). **Problemas de Saúde Psicológica**, como depressão, ansiedade, stresse, entre outros, **podem dificultar o desejo sexual, a vivência prazerosa da sexualidade e o estabelecimento de intimidade** (Montejo, 2019; Sánchez-Fuentes et al., 2014).

Ou, ainda, **pessoas com problemas de Saúde Psicológica graves** (e.g., esquizofrenia) **enfrentam barreiras significativas à realização da sua Saúde Sexual.** Têm menos acesso a literacia em Saúde Sexual, enfrentam mais dificuldades em aceder a serviços de Saúde de forma atempada, apresentam maior risco de infeções sexualmente transmissíveis, menor uso de contraceção e menor envolvimento em relações sexuais satisfatórias (Brown et al., 2025).

A vivência plena da sexualidade contribui para o Bem-Estar geral, mas exige, por sua vez, condições de Saúde favoráveis. Quando estas condições são comprometidas, os impactos na Saúde Sexual podem ser significativos e duradouros.

### **Interseccionalidade**

**A Saúde Sexual deve, também, ser pensada a partir de uma perspetiva interseccional.** A **interseccionalidade** refere-se à forma como a **intersecção de diferentes categorias sociais** e/ou funcionais (e.g., sexo, género, classe, pertença comunitária, orientação sexual ou religiosa, deficiência, neurodivergência), cada uma correspondendo a um sistema específico de discriminação, produz **experiências cumulativas de discriminação** (Crenshaw, 1990; Cole, 2009).

Pessoas que se situam na **confluência de múltiplas identidades socialmente marginalizadas** — por exemplo, uma mulher lésbica em situação de pobreza ou um homem transgénero migrante — **enfrentam frequentemente múltiplas camadas de discriminação**, que **agravam as barreiras** no acesso à informação, aos serviços e ao exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos. Esta **acumulação de desigualdades traduz-se em riscos acrescidos, maior vulnerabilidade e menor possibilidade de viver uma sexualidade segura, prazerosa e autónoma.**

Uma **abordagem interseccional à Saúde Sexual** é, por isso, essencial para compreender como os determinantes socioeconómicos se acumulam e afetam de forma diferenciada grupos diversos da população.

### **Fatores de Risco para a Saúde Sexual**

A Saúde Sexual pode ser comprometida por múltiplos **fatores que aumentam o risco de doença, violência estigma, exclusão** e, de uma forma global, **resultados mais negativos para a Saúde**

(Física e Psicológica). Entre os principais riscos incluem-se:

### **Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST)**

As Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST) continuam a representar um importante desafio para a Saúde Pública. **Mais de um milhão de novas infeções são adquiridas, diariamente, em todo o mundo.** Os oito agentes patogénicos transmitidos por via sexual mais comuns dividem-se em duas categorias: **curáveis** (sífilis, gonorreia, clamídia e tricomoníase) e **infeções viráveis incuráveis, mas com tratamento** (Vírus da Imunodeficiência Humana - VIH, hepatite B, herpes simplex e Vírus do Papiloma Humano – HPV) (Starrs et al., 2018).

Destaque-se o HPV (Vírus do Papiloma Humano) - a IST mais comum – que afeta **cerca de 85% das mulheres e homens sexualmente ativos em algum momento das suas vidas.** Trata-se de uma infeção muitas vezes assintomática, mas com consequências relevantes para a Saúde Sexual, incluindo a **associação com quase 100% dos casos de cancro do colo do útero.** Apesar da sua elevada prevalência, o desconhecimento sobre o HPV é uma grave lacuna – num estudo com 17 000 cidadãos/ãs europeus, **um em cada quatro acreditava que o HPV era raro/extremamente raro.** A falta de informação entre os/as mais jovens, tem levado a dúvidas frequentes sobre vias de contágio, prevenção, vacinação e tratamento (European Cancer Organization, 2020).

**Além dos riscos diretos para a Saúde** (e.g., doença inflamatória pélvica, infertilidade, cancro do colo do útero ou complicações na gravidez), **várias ISTs aumentam significativamente o risco de contrair o VIH.** A **transmissão de IST** como a sífilis ou o VIH **continua a ser uma causa de mortalidade neonatal, baixo peso à nascença, parto pré-termo e deformações congénitas** (Starrs et al., 2018).

Entre os impactos das ISTs, observam-se, também, **consequências para a Saúde Psicológica** – vergonha, (auto)estigma e sofrimento psicológico – que podem afetar as relações interpessoais e resultar em dificuldades com parceiros/as sexuais, parceiros/as ou cônjuges (Schnitzler et al., 2023). Neste ponto, o HPV é particularmente desafiante, porque perduram crenças de culpabilização e vergonha de que uma pessoa tem uma infeção por HPV devido a um “comportamento imprudente” como ter múltiplos parceiros sexuais, por infidelidade ou não realizar rastreios. A par disto, em especial no caso das mulheres, em caso de diagnóstico de HPV há um risco mais elevado autculpabilização e sentir responsa-

bilidade pela infeção (Peterson et al., 2021).

**As ISTs afetam pessoas de todas as idades, embora as pessoas mais jovens enfrentem um risco mais elevado.** Além disso, pessoas pertencentes a minorias, pessoas que consomem drogas injetáveis, trabalhadores/as do sexo constituem grupos particularmente vulneráveis (HIV Gov, 2025; Starrs et al., 2018)

**Na última década houve um ressurgimento das ISTs na Europa** – os casos de sífilis duplicaram e os de gonorreia escalaram 300% (European Centre for Disease Prevention and Control, 2025). **Portugal tem atingido novos máximos de casos, não escapando a esta tendência, tendo subido as infeções registadas entre os mais jovens cerca de 11 vezes,** entre 2013 e 2023. Estes números representam um grave problema de Saúde Pública, e um retrocesso a nível da prevenção das ISTs, estando, anteriormente, parte destas doenças quase controladas (Público, 2025).

### **Falta de literacia sobre métodos contraceptivos**

**Uma vivência segura da sexualidade inclui a utilização consciente e informada de métodos contraceptivos.** Pelo contrário, entre as práticas sexuais não seguras é possível incluir a não utilização ou a utilização inconsistente ou inadequada de métodos contraceptivos.

A contraceção permite às pessoas ter o número de filhos/as que desejam, no momento que consideram adequado, e previne gravidezes não intencionadas, partos não planeados e abortos inseguros. Mais, os métodos contraceptivos de barreira contribuem para prevenir ISTs, incluindo o HPV e HIV (Starrs et al., 2018).

**Portugal destaca-se como o segundo país da Europa onde os jovens mais usam contraceptivos,** atrás apenas de Espanha. De forma geral, **quase 70% dos/as jovens estão a usar um método contraceptivo** ou pelo menos o seu parceiro/a está (Lusa, 2025).

Apesar da elevada taxa de utilização de contraceptivos entre os/as jovens em Portugal, o **conhecimento sobre métodos contraceptivos alternativos continua a ser limitado.** A maioria parece conhecer bem a pílula e o preservativo, **mas o grau de familiaridade com outros métodos** — como o DIU, o implante, o anel vaginal, o adesivo ou a injeção — **é consideravelmente mais baixo.** Esta lacuna na literacia em Saúde Sexual pode levar à **escolha de métodos menos adequados a cada situação**

ou menos eficazes na prática, como é o caso dos contraceptivos orais, que apesar de amplamente utilizados, apresentam maiores taxas de falha em contextos de uso inconsistente (Lusa, 2025).

Persistem, ainda, situações de risco que evidenciam fragilidades na vivência de uma sexualidade segura. Por exemplo, as **gravidezes não-planeadas em Portugal cifram-se nos 41%** dos casos de gravidez. As **gravidezes não-planeadas** afetam sobretudo **mulheres mais jovens, em situação de não-conjugalidade e, frequentemente, ainda estudantes**. Estes fatores parecem estar na base de menor utilização de métodos contraceptivos ou da sua utilização menos consistente (Oliveira, 2024).

Estas gravidezes estão associadas, em algumas circunstâncias, a **consequências adversas para as mães, pais e bebês** (Oliveira, 2024). O não-planeamento está associado à obtenção de menores níveis de escolaridade, situações de vulnerabilidade socioeconómica, piores situações profissionais e/ou de rendimento, entre outros fatores (Associação para o Planeamento da Família, 2025a; Oliveira, 2024).

## Violência Sexual

A **violência sexual** — seja no contexto de relações íntimas ou fora delas — **é uma das mais graves violações da Saúde Sexual e dos Direitos Humanos**. Tem **consequências físicas e psicológicas que podem ser profundas e duradouras**, afetando desproporcionalmente raparigas, mulheres, pessoas na comunidade LGBTQIA+, mas também homens em todo o mundo. As vítimas de violência sexual enfrentam maiores riscos de problemas de Saúde Psicológica, ISTs, gravidezes não-planeadas e complicações na gravidez (Starrs et al., 2018).

**Os dados mostram que a maior parte dos atos de violência sexual são perpetrados por homens** (OMS, 2021), mas estes também sofrem violência sexual. Ao mesmo tempo, sublinhe-se: **a maioria dos homens não são perpetradores de violência sexual**. Pelo contrário, os homens podem ser aliados na prevenção da violência sexual, contribuindo para relações mais igualitárias, o combate a crenças que normalizam o controlo ou a violência, e na rutura com padrões de masculinidade que toleram ou incentivam comportamentos abusivos (Cook, 2018; Starrs et al., 2018).

## Dificuldades e Disfunções Sexuais

A resposta sexual resulta de uma interação complexa entre fatores psicológicos, interpessoais, sociais, culturais e fisiológicos — e qualquer um desses fatores pode afetar uma ou várias fases dessa resposta (OMS, 2022b).

Nem todas as dificuldades sexuais são disfunções. Todas as pessoas têm alguma dificuldade sexual nalgum momento da vida. **Para que uma dificuldade seja considerada uma disfunção sexual**, é necessário que: 1) ocorra com determinada frequência e esteja presente há vários meses; 2) se verifiquem um conjunto de critérios de diagnóstico (por exemplo, de acordo com o DSM-5 ou a ICD; e 3) cause sofrimento clinicamente significativo (OMS, 2022b).

As disfunções podem ser classificadas como **primárias** (i.e., quando existem desde o início da vida sexual), **secundárias** (i.e., quando surgem após um período de funcionamento sexual satisfatório), **generalizadas** (i.e., quando ocorrem em todas as situações) e **situacionais** (i.e., quando ocorrem apenas em certas circunstâncias (Associação para o Planeamento da Família, 2025b)).

As disfunções sexuais inserem-se em quatro categorias: **desejo e excitação sexual, orgasmo, ejaculação e dor**. Estas dificuldades podem surgir em qualquer fase do ciclo de resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução), afetando tanto homens como mulheres (OMS, 2022b).

## Perturbação do interesse/excitação sexual

A **perturbação do interesse/excitação sexual** é a ausência ou redução persistente do interesse ou da excitação sexual. Na sua etiologia, podem encontrar-se (1) **fatores biológicos** como a alterações hormonais, estados de doença e alguns fármacos usados no tratamento, (2) **fatores psicológicos** como a depressão, ansiedade, (3) **fatores socio-culturais**, como a socialização repressiva, crenças sexuais disfuncionais e atitudes negativas internalizadas, e (4) **fatores relacionais** como conflitos e dificuldades na relação. Pode acontecer tanto em homens como mulheres (Carvalheira, 2023).

## Orgasmo

A **Perturbação do Orgasmo (Anorgasmia)** é caracterizada pela ausência ou atraso acentuado na ocorrência do orgasmo, mesmo na presença de excitação sexual adequada e estimulação suficiente (OMS, 2022b).

## Ejaculação

A **Ejaculação Prematura** corresponde à dificuldade em controlar a ejaculação, que em alguns casos pode ocorrer antes, no momento da penetração ou logo após a penetração, limitando a satisfação sexual. É uma das disfunções sexuais mais comuns, sobretudo entre os homens mais jovens (OMS, 2022b).

### **Perturbação da dor genitopélvica/penetração**

As disfunções sexuais relacionadas com dor englobam condições em que a **dor ocorre de forma persistente ou recorrente durante a atividade sexual**, podendo comprometer o Bem-Estar, o prazer sexual e a intimidade. Estas condições podem afetar mulheres e homens e assumir diversas formas clínicas, que devem ser avaliadas cuidadosamente. A dor sexual pode estar associada a **uma condição médica ou doença; a medicamentos e substâncias**; fatores psicológicos, socio-culturais e comportamentais (e.g., atitudes negativas face à sexualidade, experiências traumáticas); **fatores relacionais** (e.g., conflitos de casal, ausência de intimidade); **fatores culturais** (e.g., crenças inibidoras, mitos sobre o corpo); e **falta de conhecimento sobre o corpo e funcionamento sexual** (Reed et al., 2016).

Em suma, estas disfunções podem deixar impactos profundos na Saúde Física, Psicológica e nos relacionamentos interpessoais. Apesar da sua prevalência em diferentes fases do ciclo de vida, estes problemas são muitas vezes negligenciados ou desvalorizados no acompanhamento clínico. **Esta falta de intervenção atempada contribui para um risco acumulado e agravado ao longo do tempo, comprometendo de forma crescente a Saúde Sexual.**

### **Incongruência de Género**

A **diversidade de género** é uma **expressão natural da experiência humana** e abrange múltiplas identidades, expressões e vivências que não se limitam à dicotomia homem/mulher. Entre estas vivências incluem-se as das pessoas transgénero. Esta diversidade deve ser reconhecida e respeitada como parte da pluralidade do desenvolvimento humano ao longo da vida<sup>3</sup>.

A **incongruência de género** — isto é, a **vivência persistente de uma identidade de género diferen-**

**te do sexo atribuído à nascença** — pode representar um **risco significativo para a Saúde Sexual**, sobretudo quando não é reconhecida ou validada pelos contextos sociais, familiares ou clínicos em que vivem. Historicamente, a identidade trans foi erroneamente tratada como um problema de Saúde Psicológica, contribuindo para estigmatização, discriminação e exclusão (Reed et al., 2016).

Nas últimas décadas, no entanto, esta perspetiva tem vindo a ser corrigida. A Classificação Internacional de Doenças (ICD-11) da Organização Mundial da Saúde **retirou a “incongruência de género” do capítulo das perturbações mentais, realocando-a no domínio das condições relacionadas com a Saúde Sexual**. Esta mudança reconhece que não é a identidade de género em si que é problemática, mas sim o sofrimento e as barreiras que muitas pessoas trans enfrentam em sociedades que não respeitam a sua identidade. A nova definição sublinha que comportamentos ou preferências de género divergentes, por si só, não justificam qualquer diagnóstico (Reed et al., 2016).

A incongruência de género, tanto em crianças como em adolescentes e adultos, pode envolver o desejo de transição social e/ou médica para alinhar o corpo com a identidade vivida. Este processo pode incluir intervenção hormonal, cirurgias ou outras formas de cuidado em saúde sexual e reprodutiva. Quando as **pessoas trans não têm acesso a cuidados afirmativos, ou enfrentam contextos hostis, os riscos para a sua Saúde Sexual** — e também para a Saúde Psicológica — agravam-se significativamente (Hsieh et al., 2016; Scheim et al., 2022).

### **Infertilidade**

A **infertilidade** - definida pela Organização Mundial da Saúde como a **incapacidade de alcançar uma gravidez clínica após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares desprotegidas** - afeta milhões de pessoas em todo o mundo — estima-se **uma em cada seis pessoas em idade reprodutiva**, em todo o mundo (Starrs et al., 2018; OMS, 2024b).

Assiste-se a um **aumento da procura por cuidados relacionados com a fertilidade**, impulsionado por vários fatores: o adiamento da parentalidade, alterações no estilo de vida, e exposição a substâncias que afetam negativamente a saúde reprodutiva. Apesar dos avanços tecnológicos, os tratamentos

<sup>3</sup> Para saber mais sobre o acompanhamento e intervenção nos cuidados de Saúde de Pessoas Transgénero, pode consultar o documento *Intervenção e Acompanhamento, nos Cuidados de Saúde das Pessoas Transgénero – O Papel dos Psicólogos e Psicólogas*.

continuam a ser dispendiosos, desigualmente acessíveis e nem sempre eficazes, o que contribui para profundas desigualdades no acesso ao apoio à fertilidade (Starrs et al., 2018).

A infertilidade tem impactos significativos na Saúde Sexual e Psicológica, sendo frequentemente associada a sofrimento psicológico, estigma, conflitos relacionais e, até, comportamentos sexuais de risco. Em muitos contextos, embora a infertilidade possa afetar qualquer pessoa, são sobretudo as mulheres que enfrentam a culpa, a exclusão e a pressão social — mesmo quando não são a causa da infertilidade no casal (Starrs et al., 2018). A infertilidade tem habitualmente um impacto na relação do casal e leva frequentemente a ruturas.

### Impacto de outras condições na Saúde Sexual

Diversas condições de saúde —como a [Saúde Menstrual](#) ou [Doenças Crônicas](#) (e.g., cancro, doenças cardiovasculares) — podem ter um impacto profundo na Saúde Sexual. Estas condições podem afetar diretamente o funcionamento sexual (através de alterações hormonais, dor, fadiga, disfunção erétil ou lubrificação vaginal reduzida), bem como o desejo sexual, a imagem corporal, a autoestima ou a intimidade no casal. Além disso, alguns tratamentos — como a quimioterapia, radioterapia, cirurgia pélvica ou certos medicamentos — podem interferir com a resposta sexual ou causar efeitos adversos significativos.

Apesar do impacto conhecido destas condições na vivência da sexualidade, a Saúde Sexual continua a ser pouco abordada na maioria dos contextos clínicos, sendo frequentemente invisibilizada nas consultas, tanto pelos/as profissionais como pelos próprios/as utentes. Esta omissão pode intensificar as dificuldades de Saúde Psicológica, alimentar o estigma e dificultar o acesso a estratégias de adaptação e reabilitação.

## 04. Desigualdades na Saúde Sexual

**As desigualdades de género são uma das principais forças modeladoras da Saúde Sexual.** As mulheres enfrentam **obstáculos persistentes** — desde o acesso a cuidados e informação até à forma como o seu prazer é social e culturalmente

desvalorizado. Por outro lado, os **homens têm sido frequentemente excluídos das políticas e práticas de promoção da Saúde Sexual, perpetuando estereótipos nocivos e dinâmicas de poder assimétricas.** Compreender como estas desigualdades afetam de forma diferenciada mulheres e homens é essencial para promover uma vivência sexual mais equitativa, segura e respeitadora para todas as pessoas.

### A Saúde da Mulher

A formulação e desenvolvimento do **conceito de Saúde Sexual têm estado historicamente ligados à promoção da Saúde da Mulher**, sendo especialmente relevantes neste domínio. Tal como referido por Starrs et al. (2018), esta centralidade resulta tanto de **fatores biológicos** — como a capacidade reprodutiva, as especificidades anatómicas e fisiológicas, ou o impacto de doenças sexualmente transmissíveis —, **como de papéis de género socialmente atribuídos** que tendem a **limitar a autodeterminação das mulheres**, expondo-as a formas específicas de violência, controlo e desigualdade.

As mulheres, em particular, enfrentam desafios singulares relacionados com **barreiras no acesso à contraceção** (UNPF, 2022); **acesso à interrupção voluntária da gravidez segura** (O’Shea et al., 2020); **a experiência de dor sexual** associada a contextos de vergonha, silêncio e desinformação (Kingsberg et al., 2019; Sævik & Konijberg, 2023); **estigma e desconhecimento associados ao desejo sexual** (Klein et al., 2024); e expectativas irrealistas em torno dos ideais do corpo feminino (Quinn-Nilas et al., 2016).

**A Saúde Sexual é moldada por normas e desigualdades de género**, que condicionam a segurança, comportamentos, oportunidades e as experiências sexuais ao longo da vida (Starrs et al., 2018; Laan et al., 2021). Por exemplo, persiste, ainda, o **mito de que as mulheres têm menos interesse ou desejo sexual do que os homens**, assentando esta crença mais em preconceitos acerca do género do que em diferenças reais (Conley & Klein, 2022).

As **diferenças anatómicas e sociais no conhecimento do corpo** também afetam mais as mulheres, por exemplo, a invisibilidade do clitóris em relação ao pénis pode dificultar o contacto e o conhecimento ou, ainda, a dor sexual, mais prevalente nas mulheres, pode influenciar o prazer sexual (Conley & Klein, 2022).

O duplo padrão ainda persiste. A **sexualidade das mulheres continua a ser alvo de mensagens**

**mais negativas.** A comunicação sobre a sexualidade feminina é mais centrada no risco, vergonha e na contenção, enquanto a sexualidade masculina é incentivada. As mulheres são julgadas de forma mais severa por terem múltiplos parceiros/as ou por explorarem a sua sexualidade de forma autónoma (Conley & Klein, 2022).

**Todos estes elementos contribuem para uma cultura centrada no prazer masculino,** nomeadamente na **centralidade do orgasmo masculino.** Existe uma discrepância grande na frequência com que numa relação o orgasmo é atingido; os homens atingem com muito maior frequência do que as mulheres (Conley & Klein, 2022; Laan et al., 2021). Por exemplo, numa investigação com mais de 50 000 pessoas, os homens diziam atingir o orgasmo quase sempre/sempre 95% das vezes, ao passo que apenas 65% das mulheres afirmava o mesmo (Frederick et al., 2018). Além disso, continua a ser dada **primazia ao coito vaginal heterossexual em detrimento de outras práticas sexuais prazerosas** para as mulheres (Conley & Klein, 2022).

**A desigualdade no trabalho doméstico e na prestação de cuidados é outro dos fatores que penaliza a Saúde Sexual das mulheres.** Apesar da crescente participação das mulheres no mercado de trabalho, a distribuição das tarefas domésticas e dos cuidados continua profundamente desigual. As mulheres acumulam frequentemente jornadas múltiplas, com impacto direto no tempo, energia e disponibilidade para a vivência da sexualidade (Harris et al., 2022).

**Outras das dimensões da Saúde Sexual marcada pelo género é a da violência.** A **violência sexual** corresponde a qualquer ato sexual, tentativa de ato sexual ou outro ato dirigido contra a sexualidade de uma pessoa, utilizando a coerção, por qualquer pessoa, independentemente da sua relação com a vítima e do contexto em que ocorre. Inclui a violação, definida como a penetração física forçada ou coagida, da vulva ou do ânus, com um pénis, outra parte do corpo ou objeto (OMS, 2022a).

**A violência sexual pode acontecer tanto em contextos de intimidade como fora deles.** A **violência por parceiro íntimo** — perpetrada por um marido, companheiro/a ou outro parceiro/a próximo — é a forma mais comum de violência contra mulheres em todo o mundo, podendo ser física, sexual ou psicológica. Por outro lado, a **violência sexual por não-parceiros/as**, cometida por familiares, amigos, conhecidos ou desconhecidos, é também uma forma frequente de violência vivida por mulheres (OMS, 2021).

As mulheres têm **maior risco de sofrer violência sexual.** Estima-se, a nível global, que 1 em cada 3 mulheres será vítima de agressão sexual em algum momento da sua vida (OMS, 2021). Tendo em consideração estes dados, é natural que as mulheres associem com maior frequência a sexualidade a experiências de violência, abuso ou coerção (Conley & Klein, 2022).

Assim, compreender a Saúde Sexual exige, **reconhecer a influência no campo da Saúde da Mulher e dos Direitos Sexuais e Reprodutivos,** sem ignorar as múltiplas intersecções com o género, orientação sexual, classe social, etnia, problemas de Saúde e idade. É este reconhecimento que permite alargar o olhar e integrar, de forma ética e fundamentada, **a diversidade de vivências humanas em torno da sexualidade, do género e do corpo.**

## *Masculinidade Hegemónica*

**A promoção da Saúde Sexual exige o envolvimento ativo de todas as pessoas.** Durante décadas, o foco das políticas públicas, da investigação e intervenções tem recaído quase exclusivamente sobre as raparigas, mulheres e pessoas de género diverso — por serem aquelas que enfrentam mais riscos para a Saúde Sexual.

No entanto, **os rapazes e os homens não podem ficar num lugar secundário ou de desresponsabilização.** Esta exclusão contribui para **perpetuar desigualdades, práticas de risco, desinformação e relações de poder assimétricas no campo da sexualidade** (Starrs et al., 2018).

Os **comportamentos sexuais e reprodutivos dos rapazes e homens** podem colocar em **risco a sua própria saúde e a das suas parceiras/os**, nomeadamente em casos de gravidezes não planeadas, infeções sexualmente transmissíveis ou ausência de corresponsabilidade nos cuidados. No entanto, muitos continuam sem acesso a informação, serviços ou oportunidades de reflexão crítica que os ajudem a prevenir comportamentos de risco ou a assumir um papel ativo e responsável (Brennan-Wilson et al., 2024; Starrs et al., 2018).

**É importante fazer uma reflexão crítica sobre a masculinidade.** As ideias dominantes sobre o que significa “*ser rapaz/homem*” — muitas vezes associadas à **força, ao controlo, à invulnerabilidade emocional e ao domínio sobre os outros** — moldam comportamentos, relações íntimas e dinâmicas sociais, com impacto direto na Saúde e no Bem-Estar de todas as pessoas (Jewkes et al., 2015).

Este ideal de masculinidade ou masculinidade hegemónica é pernicioso para a Saúde Psicológica dos rapazes e homens. Começam a surgir evidências de que as normas e papéis tradicionalmente associados à masculinidade hegemónica podem ser um fator que contribui para o risco de suicídio de rapazes e homens. Conformer-se com ideais inatingíveis ou sentir que se falha em corresponder às expectativas sociais do que é ser “*um homem de verdade*” pode levar a sentimentos de vergonha, isolamento e desespero. Em alguns casos, o suicídio pode ser uma resposta à sensação de inadequação (Coleman et al., 2020; King et al., 2020).

Além das consequências para os próprios rapazes e homens, a **associação entre masculinidade e violência**, enraizada em muitas sociedades, **pode contribuir para a insegurança e desigualdade das mulheres**. Em muitos contextos, a violência, a dominação sobre as mulheres e a competição agressiva entre homens são vistas como formas legítimas — e até desejáveis — de afirmar a masculinidade. O resultado é a **reprodução de normas de género que perpetuam desigualdades e comprometem a vivência de uma sexualidade saudável, respeitosa e segura para todos/as** (Starrs et al., 2018; Jewkes et al., 2015).

**A masculinidade não é um conceito único ou fixo. Existem múltiplas formas de ser rapaz/homem, e privilegiar o cuidado, a empatia, o diálogo e a corresponsabilidade. Promover formas alternativas de masculinidade**, desafiando os modelos que naturalizam o poder, o silêncio emocional e o controlo sobre os outros, **é essencial para criar contextos de maior equidade de género e para melhorar a Saúde Sexual de todas as pessoas** — homens, mulheres e pessoas de género diverso (Starrs et al., 2018; Jewkes et al., 2015).

Assim, envolver rapazes e homens na promoção da Saúde Sexual exige **criar espaços seguros de reflexão sobre o género e oferecer modelos de masculinidade livres de violência** e baseados no respeito, na equidade e na dignidade. Apenas desta forma será possível avançar a igualdade de género, a Saúde Sexual de todas as pessoas e construir sociedades mais justas (Starrs et al., 2018; Jewkes et al., 2015).

## 05. O Papel dos Psicólogos/as na Prevenção, Promoção e Intervenção da Saúde Sexual

**A Saúde Sexual é uma componente fundamental da Saúde e bem-estar ao longo da vida.** Contém aspetos físicos e psicológicos que exigem uma abordagem à sexualidade e ao comportamento sexual, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais agradáveis e seguras, sem medo, vergonha, culpa, crenças falsas e outros fatores que possam comprometer a função sexual ou prejudicar as relações.

**Para promover Saúde, é imperativo promover a Saúde Sexual**, prevenindo riscos, dificuldades e problemas e potenciando uma vivência saudável da sexualidade ao longo do tempo e **nos diversos contextos de vida – educativos, comunitários, de Saúde e laborais.**

A promoção da **Saúde Sexual** passa por assegurar que todas as pessoas (Starrs et al., 2018; World Association for Sexual Health, 2024):

- Têm possibilidade de **fazer escolhas** livres informadas, autónomas e éticas sobre a sua Saúde Sexual;
- Têm **acesso a aconselhamento e cuidados relacionados com a sexualidade**, identidade sexual e relações sexuais;
- Beneficiam de **Políticas Públicas que protejam a Saúde Sexual e os direitos de todas as pessoas**;
- Têm possibilidade de recorrer a **serviços de prevenção e gestão de infeções sexualmente transmissíveis**, incluindo o VIH/SIDA, entre outras doenças; recebam **intervenção psicológica em problemas de Saúde Sexual**;
- Recebem **Educação para a Sexualidade ao longo de todo o ciclo de vida** (Starrs et al., 2018; World Association for Sexual Health, 2024).

As evidências demonstram que a Educação para a Sexualidade precária é um problema urgente de Saúde Pública, com custos sociais e económicos (Abrams et al., 2023). Enquanto profissionais especializados/as no comportamento humano, detento-

res/as de uma compreensão aprofundada dos fatores desenvolvimentais que o influenciam e dos seus determinantes (sociais, económicos, culturais e também políticos), **os Psicólogos/as possuem conhecimentos e competências essenciais para contribuir de forma multidimensional e cientificamente alicerçada para a promoção da Saúde Sexual**, nos diversos contextos em que atuam e com população de diferentes idades e características.

## Contextos Educativos

As evidências demonstram que **a Educação para a Sexualidade tem resultados positivos para a Saúde das crianças e jovens, com enormes benefícios ao longo da vida e para a sociedade como um todo**. Através da Educação para a Sexualidade, é possível transmitir conhecimentos, competências, atitudes e valores que capacitem para um melhor entendimento da Saúde, bem-estar e dignidade; para relações sociais e sexuais respeitadas; para escolhas que impactam o próprio bem-estar e o dos outros; e para a compreender e garantir a proteção de seus direitos ao longo da vida (UNESCO, 2018).

Assim, a **Educação para a Sexualidade** pretende “ensinar e aprender sobre os aspetos cognitivos, emocionais, físicos e sociais da sexualidade” (UNESCO, 2018) – logo, a Educação para a Sexualidade implica ensinar e aprender sobre Saúde Sexual, ou seja, **a Saúde Sexual é parte integrante da Educação para a Sexualidade**.

A **literacia em Saúde Sexual** é uma combinação de competências críticas em várias dimensões da Saúde e da sexualidade, cujo desenvolvimento é relevante ao longo da vida, e particularmente na adolescência (e.g., Dehghankar et al., 2022) – um período da vida em que a curiosidade sexual aumenta, as primeiras experiências sexuais geralmente ocorrem e a identidade sexual é moldada (e.g., Unis & Sällström, 2020).

Nos contextos educativos (escolas, universidades), **uma Educação para a Sexualidade sólida e consistente desempenha um papel crucial na formação das crianças e jovens** (e.g., OMS, 2015) – estes são palcos privilegiados de educação e literacia, capazes de ligar crianças e jovens, pais, mães e comunidades a outros serviços (por exemplo, serviços de saúde).

Desta forma, de modo a potenciar os seus benefícios, **a Educação para a Sexualidade deve iniciar-se desde cedo, em ambientes informais (em casa), mas também na escola**, recomendando-se que seja **integrada nos currículos escolares a**

**partir dos 5 anos de idade** (OMS, 2021).

A ausência ou insuficiência de Educação para a Sexualidade nas escolas parece afetar particularmente grupos vulneráveis. Por exemplo, estudos recentes mostram que **jovens LGBTQIA+** enfrentam maiores níveis de desinformação e beneficiam de menos apoio escolar, o que compromete o seu bem-estar e direitos sexuais (Formby & Donovan, 2020). Ainda, **as crianças e jovens com deficiência**, sobretudo cognitiva, parecem ser excluídas de ações de Educação para a Sexualidade, sobretudo porque os processos de ensino e a aprendizagem não são mediados pelas adaptações necessárias (e.g., linguagem acessível, materiais visuais, apoio individualizado) – aumentando o risco de gravidezes não desejadas, contração de ISTs e situações de violência sexual (Isler et al., 2009; Michielsen & Brockshmidt, 2021)

**A integração de conteúdos inclusivos é essencial para garantir que todos os/as alunos/as, independentemente da sua orientação sexual, identidade de género ou condição física/cognitiva, tenham acesso a uma Educação para a Sexualidade cientificamente informada e adaptada às suas necessidades.**

Contudo, observa-se ainda **resistência à implementação de programas de Educação para a Sexualidade em contextos educativos**. Em Portugal, pese embora a Educação para a Sexualidade seja legalmente obrigatória em todos os níveis de ensino básico e secundário desde 2009 (devendo estar integrada no Projeto Educativo de Escola), prevalecem desigualdades territoriais e institucionais, bem como falta de formação dos corpos docentes em temas de sexualidade, uma articulação insuficiente com os serviços de Saúde e ainda uma baixa intervenção dos Psicólogos/as escolares nesta matéria (em virtude de falta de profissionais e/ou sobrecarga). Este cenário traduz uma abordagem à Saúde Sexual pontual, fragmentada e redutora. Traduz ainda, não raras vezes, uma **obstaculização à plena realização dos direitos sexuais de grupos específicos** (em particular, as mulheres e a comunidade LGBTQIA+).

Há quem defenda que a Educação para a Sexualidade em contextos educativos é prejudicial e constitui uma forma velada de propaganda e de disseminação de “ideologia de género”. No entanto, a investigação indica o contrário. **Diversos estudos mostram que a Educação para a Sexualidade produz benefícios claros** (Goldfarb & Lieberman, 2021), entre os quais: início mais tardio da vida sexual; maior consciência sobre direitos sexuais; redução de comportamentos de risco e maior segurança (por exemplo, uso de contraceptivos); atitudes mais positivas face à Saúde Sexual e Reprodutiva. A Educação para a Sexualida-

de é ainda essencial na preparação para o impacto das mudanças físicas e psicológicas associadas à puberdade e adolescência, no desenvolvimento de consciência cívica (educando para a igualdade de género e respeito pela diversidade), na promoção de relações interpessoais saudáveis e positivas (educando para o respeito mútuo, o consentimento, a resolução não violenta de conflitos) e ainda na redução do risco de doenças, violência sexual e de género, discriminação, estigma e preconceito (por exemplo, homofobia ou transfobia), exploração ou abuso (OMS, 2021). Sublinhe-se ainda que a Educação para a Sexualidade pode prevenir o impacto da desinformação a que as crianças e jovens estão expostos na Internet e redes sociais.

Em suma, **promover a Saúde Sexual em contextos educativos é central ao desenvolvimento de competências para tomar decisões informadas e seguras, proteger direitos e construir relações saudáveis ao longo da vida.**

Os/as Psicólogos/as que atuam em contextos educativos (escolas, universidades ou outros) podem desempenhar um papel central no desenho e implementação de programas de Educação para a Sexualidade, baseados na evidência científica, assim contribuindo para a concretização plena dos seus objetivos e resultados documentados. As suas tarefas neste âmbito podem incluir:

- **Desenvolvimento curricular.** Os/as Psicólogos/as podem apoiar a elaboração de conteúdos de educação e literacia para uma sexualidade abrangente, adequados às diferentes fases do desenvolvimento e baseadas na garantia da proteção dos direitos humanos (UNESCO, 2018), garantindo a sua adequação às idades e níveis de desenvolvimento cognitivo, emocional e social, bem como às necessidades de grupos vulneráveis e/ou estigmatizados (por exemplo, crianças e jovens com deficiência, pertencentes a minorias étnicas, culturais ou LGBTQI+). Os currículos devem contemplar não apenas conteúdos educativos para a prevenção de riscos e doenças, mas para valores de igualdade e respeito pela diversidade, competências de comunicação e atitudes em relação à Saúde Sexual.
- **Desenvolvimento de atividades e recursos.** Os/as Psicólogos/as podem desenvolver e implementar ações pedagógicas práticas promotoras de competências como a comunicação, o pensamento crítico, a assertividade, a negociação do consentimento e a

tomada de decisões autónomas e informadas em matéria de Saúde Sexual, incentivando a participação ativa das crianças e jovens no seu planeamento, facilitando processos de escuta ativa que garantam intervenções vocacionadas para as suas realidades, dúvidas e preocupações. Podem também colaborar no **desenvolvimento de recursos digitais seguros e acessíveis** (por exemplo, plataformas online, jogos educativos ou outras ferramentas) que permitam alcançar crianças e jovens fora do sistema escolar ou em contextos mais isolados.

- **Desenvolvimento de recursos de comunicação adaptada.** Os/as Psicólogos/as podem contribuir para identificar ou desenvolver recursos adaptados que ajudem na comunicação e nos processos de aprendizagem de crianças e jovens com deficiência física e/ou cognitiva, incluindo linhas orientadoras de comunicação adaptada, práticas de modelagem, materiais visuais representativos do corpo, de métodos contraceptivos ou, por exemplo, de situações associadas à sexualidade (e.g., utilizar bonecos anatomicamente corretos para explicitar situações de consentimento) (NASP, 2021).
- **Monitorização e avaliação de programas de Saúde Sexual.** Os/as Psicólogos/as podem monitorizar e avaliar continuamente as ações e programas para uma Educação para a Sexualidade implementados, criando e aplicando ferramentas (quantitativas e qualitativas) que permitam mensurar o alcance das aprendizagens, o impacto na diminuição de comportamentos de risco e a mudança nas normas sociais, apoiando a identificação de aspetos a melhorar e práticas a ajustar, com base em resultados.
- **Formação contínua.** Os/as Psicólogos/as podem desenvolver ações de formação dirigidas a professores/as e outros/as agentes educativos, que promovam conhecimentos relevantes nesta matéria (e.g., sobre desenvolvimento humano e sexualidade, comunicação, gestão de conflitos e promoção do bem-estar emocional), bem como propor metodologias participativas, fornecendo ainda supervisão e feedback para acompanhamento no desenvolvimento de práticas em sala de aula.
- **Apoio de pais, mães e educadores/as.** Os/as Psicólogos/as podem promover a literacia sobre sexualidade e Saúde Sexual junto das

famílias, esclarecendo dúvidas sobre temas recorrentes em cada idade, recomendando estratégias de informação e comunicação e envolvendo as famílias no processo educativo (por exemplo, promovendo ações de sensibilização e informação que esclareçam os objetivos, conteúdos e benefícios da Educação para a Sexualidade, e mediando possíveis resistências).

- **Ações de desconstrução do estigma associado a minorias.** Os/as Psicólogos/as podem promover iniciativas que contribuam para a redução do estigma social associado a minorias sexuais, culturais, étnicas ou relacionadas com a deficiência, desafiando estereótipos e preconceitos. Por exemplo, no caso específico da deficiência, é relevante desmistificar ideias erradas sobre a sexualidade, como a ideia de que as pessoas com deficiência são assexuadas, incapazes de sentir desejo ou de ter relações sexuais. Estas ações podem incluir debates, exposições e outras formas de visibilidade positiva, com enfoque na diversidade dos corpos e das formas de viver a sexualidade.
- **Intervenção Psicológica.** Os/as Psicólogos/as podem intervir junto de crianças e jovens em questões de sexualidade, individualmente ou em grupo, criando espaços seguros de diálogo (por exemplo, grupos de discussão) onde os/as alunos/as possam esclarecer dúvidas sobre sexo, contraceção, prazer, desejo, identidade de género ou outras preocupações. Quando necessário, podem encaminhar para serviços de Saúde ou outros recursos.

## Contextos Comunitários

Existem evidências de que **estratégias baseadas na comunidade são eficazes na mudança de comportamentos e atitudes face à sexualidade**, promovendo o conhecimento e a autonomia face à Saúde Sexual (Khalesi et al., 2016). Atuar na comunidade permite intervir junto de grupos fora do sistema educativo (incluindo jovens fora da escola, pessoas adultas de todas as idades e grupos vulneráveis ou estigmatizados).

Iniciativas organizadas na comunidade podem ajudar a desmistificar questões de sexualidade, promover o uso de métodos contraceptivos, incentivar a realização rastreios de ISTs ou divulgar os direitos sexuais e reprodutivos enquanto direitos humanos

universais (Khalesi et al., 2016). A **promoção de literacia sobre sexualidade e Saúde Sexual** tem resultados positivos na redução do estigma face às questões da sexualidade e de comportamentos de risco, na remoção de barreiras de acesso a serviços e a expansão da disponibilidade de recursos (por exemplo, o acesso gratuito a contraceptivos), em particular, em meios mais desfavorecidos e instituições de apoio social continuado, que, geralmente, acolhem populações mais estigmatizadas (e.g., pessoas migrantes; pessoas em situação de sem-abrigo; pessoas com deficiência).

Os/as Psicólogos/as podem contribuir de múltiplas formas para promover Saúde Sexual na comunidade, nomeadamente:

- **Identificação e avaliação de necessidades.** Os/as Psicólogos/as podem contribuir para a recolha de dados (qualitativos e quantitativos) sobre as preocupações e vulnerabilidades das pessoas da comunidade (por exemplo, jovens em risco, com deficiência, refugiados, reclusos) (NFPA, UNESCO & OMS, 2020).
- **Promoção da literacia em sexualidade e Saúde Sexual** através de ações e campanhas de educação psicológica deliberada, cientificamente informadas e intervenções culturalmente sensíveis, em diversos meios (associações comunitárias, rádio, redes sociais). Neste âmbito, podem apoiar a desconstrução de mitos e a disseminação de informação confiável sobre temas como prevenção de ISTs, métodos contraceptivos, direitos sexuais e reprodutivos ou combate à violência sexual. Podem ainda apoiar o desenvolvimento de atividades participativas (por exemplo, teatro comunitário, conversas, etc.) cujo impacto na mudança de atitudes face à sexualidade está documentado (Khalesi et al., 2016).
- **Formação de agentes comunitários ou religiosos.** Os/as Psicólogos/as podem desenvolver ações de formação dirigidas a estes agentes, apoiando-os no desenvolvimento de abordagens à Saúde Sexual dentro das suas comunidades e na promoção de climas comunitários de aceitação e segurança para discutir a Saúde Sexual de forma aberta e promover o acesso a serviços de Saúde.
- **Colaboração com outros profissionais.** Os/as Psicólogos/as podem colaborar com outros profissionais que atuem em organiza-

ções comunitárias (e.g., Médicos/as, Enfermeiros/as, Assistentes Sociais) para integrar a promoção da Saúde Sexual nos serviços disponibilizados, garantindo a privacidade e o acesso a materiais informativos adequados.

## Contextos de Saúde

**Nos hospitais, centros de saúde, clínicas e outros contextos de Saúde, a promoção da Saúde Sexual é frequentemente subvalorizada e negligenciada.**

Muitos **problemas de Saúde Física** (e.g., doença crónica, diabetes, cancro, doenças cardiovasculares) e **Psicológica** (e.g., depressão, ansiedade), bem como a medicação utilizada no tratamento de diversos quadros clínicos, têm **impactos diretos na função sexual**. Por outro lado, dificuldades sexuais (e.g., disfunções, falta de desejo, dor sexual) podem ser sintomas ou consequências de condições de Saúde subjacentes e impactar significativamente o bem-estar psicológico, a autoestima e as relações. **É necessário garantir que, em contextos clínicos, os/as utentes sejam tratados de forma holística, considerando a Saúde Sexual enquanto parte integrante da Saúde e Bem-Estar.** Tal implica que os serviços de Saúde ofereçam orientação e intervenções (Médicas e/ou Psicológicas) que considerem questões de Saúde Sexual – estando estas ou não no centro do quadro clínico em causa.

Neste contexto, os/as Psicólogos/as desempenham um papel vital na promoção de resultados positivos em Saúde Sexual, apoiando uma abordagem abrangente à interação de fatores psicológicos, sociais e biológicos relacionados com a sexualidade, bem como apoiando a adoção de práticas para integrar a promoção da Saúde Sexual nos atendimentos:

- **Promoção de uma abordagem holística à Saúde.** Os/as Psicólogos/as podem promover uma visão integral da Saúde que considere as questões da sexualidade, nomeadamente, alertando para a necessidade de avaliação de questões de Saúde Sexual

em cuidados de saúde primários (Palaiodimos et al., 2020). Este aspeto é fundamental para transformar os contextos clínicos em espaços seguros, onde os utentes abordem questões sobre a sua sexualidade sem constrangimentos, assim favorecendo a deteção precoce de problemas de Saúde Sexual.

- **Integração da avaliação da Saúde Sexual na avaliação psicológica.** Os/as Psicólogos podem (e devem) incluir questões sobre Saúde Sexual na avaliação psicológica inicial dos/as utentes que acompanham, através da entrevista clínica e instrumentos validados para avaliar aspetos como a satisfação sexual, desejo, excitação, orgasmo, dor sexual e bem-estar relacional, contextos de violência, bem como identificando fatores psicológicos (e.g., ansiedade, depressão) ou contextuais (dificuldades relacionais, eventos traumáticos, crenças culturais/religiosas) que possam afetar a função sexual.
- **Intervenção Psicológica.** Os/as Psicólogos/as intervêm em queixas sexuais específicas (e.g., questões relacionadas com o desejo, excitação, orgasmo, dor, trauma sexual ou problemas relacionais que afetam a função sexual), através de aconselhamento sexual, educação psicológica deliberada ou intervenções terapêuticas (e.g., aconselhamento psicosssexual, terapia individual e terapia de casal). Podem ainda apoiar pessoas cujos diagnósticos impactam a sexualidade (e.g., cancro, HIV, cirurgias pélvicas, etc.), apoiando a redefinição/adaptação da sua sexualidade após mudanças físicas ou funcionais. Em todos os casos, desenvolvem intervenções adequadas às problemáticas concretas e necessidades específicas das pessoas em causas, nomeadamente, quanto aquelas pertencentes a grupos vulneráveis ou estigmatizados (e.g., pessoas LGBTQI+<sup>4</sup>).
- **Desenvolvimento de competências de comunicação adaptada.** Os/as Psicólogos/as podem contribuir para melhorar a qualidade da comunicação entre profissionais de Saúde e pessoas com deficiência, promovendo práticas que respeitem o seu ritmo, linguagem e formas de expressão. Entre tais competências incluem-se a adaptação da linguagem, o uso de materiais de apoio visuais ou alter-

<sup>4</sup> A este propósito, sugere-se a consulta das Linhas de Orientação para a Prática Profissional no âmbito da Intervenção Psicológica com Pessoas LGBTQI e o do documento Intervenção e Acompanhamento nos Cuidados de Saúde das Pessoas Transgénero: O Papel dos Psicólogos e Psicólogas.

nativos e a garantia de acessibilidade física e informacional das consultas. A formação de equipas de Saúde nestas competências contribui para desconstruir crenças capacitistas nos serviços e a garantir que todas as pessoas têm acesso equitativo a cuidados de Saúde Sexual (Herrman et al., 2024).

- **Colaboração com outros profissionais.** Os/as Psicólogos/as podem colaborar com outros profissionais dos serviços (e.g., Médicos/as, Enfermeiros/as, Fisioterapeutas) na identificação de causas físicas ou farmacológicas de problemas de Saúde Sexual, bem como integrar equipas multidisciplinares no acompanhamento de quadros clínicos (e.g., cancro, diabetes, esclerose múltipla) onde a Saúde Sexual pode ser afetada.
- **Referenciação para consulta pública de sexologia clínica.** Estas consultas com profissionais de Saúde especialistas em Sexologia Clínica existem em hospitais públicos desde 1975 e podem ser consultadas [aqui](#).
- **Investigação.** Os/as Psicólogos/as podem criar linhas de investigação sobre questões de Saúde Sexual, usando metodologias qualitativas e quantitativas, recolhendo dados junto da população que acompanham por forma a melhor compreender as suas necessidades e problemáticas, avaliar o impacto das intervenções realizadas e fundamentar futuras ações e políticas de Saúde Pública.

## Contextos Laborais

À primeira vista, a esfera laboral pode não parecer um lugar óbvio para a promoção da Saúde Sexual. Porém, **a sexualidade influencia não só a Saúde Física e Psicológica, mas também o desempenho laboral, as relações interpessoais e a qualidade de vida no trabalho.** Questões como a prevenção de ISTs, planeamento familiar, igualdade de género e prevenção do assédio sexual têm impacto, quer na vida pessoal dos/as trabalhadores/as, quer no desempenho e no clima organizacional.

**Promover a Saúde Sexual em contextos laborais significa, fundamentalmente, fomentar um ambiente de trabalho seguro, respeitoso e informativo.** Isto envolve **políticas claras contra o assédio e discriminação** no local de trabalho (por exemplo,

assegurando que ninguém é prejudicado em função do seu género, orientação sexual ou de uma gravidez) ou **iniciativas de Educação para a Sexualidade** (por exemplo, campanhas internas sobre prevenção de HIV/IST, saúde reprodutiva, parentalidade, menopausa).

A investigação sugere que **organizações que investem em programas de Saúde que incluem a Saúde Sexual colhem benefícios em produtividade** – reduzindo o absentismo, as baixas médicas e a rotatividade (Holden, 2018) – valorizando a Saúde integral dos/as trabalhadores/as e fortalecendo o seu envolvimento com a organização. Em suma, **a promoção da Saúde Sexual no trabalho relaciona-se com a promoção e proteção de direitos (criando uma cultura de respeito e equidade), bem como com o cuidado com a Saúde dos/as trabalhadores/as**, com benefícios para estes e para a organização.

**Os/as Psicólogos/as podem desempenhar um papel estratégico** na implementação de iniciativas que promovam culturas organizacionais mais saudáveis, inclusivas e informadas sobre questões sexuais e de Saúde Sexual. Algumas das ações possíveis que podem desenvolver incluem:

- **Integração da Saúde Sexual nos programas de Saúde Ocupacional.** Os/as Psicólogos/as podem sensibilizar líderes e gestores/as para a importância da Saúde Sexual como parte integrante do bem-estar físico psicológico dos/as trabalhadores/as, bem como integrar a Saúde Sexual em ações de Saúde Ocupacional (por exemplo, promovendo campanhas internas com foco na Saúde Sexual e Reprodutiva, no equilíbrio entre vida pessoal e profissional ou no impacto do stress e *burnout* na função sexual).
- **Promoção da literacia em sexualidade e Saúde Sexual no local de trabalho.** Os/as Psicólogos/as podem implementar ações de educação psicológica deliberada dirigidas/as a trabalhadores/as, gestores/as e líderes organizacionais, por exemplo, elaborando materiais informativos (e.g., sobre direitos sexuais e reprodutivos, métodos contraceptivos, ISTs, sexualidade e envelhecimento) ou realizando conversas ou workshops conduzidos por especialistas em Saúde Sexual (por exemplo, Psicólogos/as com especialidade avançada em Sexologia), adaptando as

mensagens às necessidades específicas da força de trabalho (sexo, idade, cultura, contexto laboral).

- **Promoção de ambientes laborais seguros e de um clima organizacional de diálogo sobre questões de Saúde e Bem-Estar.** Os/as Psicólogos/as podem colaborar no desenvolvimento e implementação de políticas claras de prevenção e combate ao assédio sexual no local de trabalho, bem como na criação de canais de denúncia. Podem ainda realizar ações de formação sobre o tema dirigidas/os a trabalhadores/as, gestores/as e líderes organizacionais e apoiar os/as trabalhadores/as na garantia de espaços seguros de escuta e encaminhamento adequado, sempre que necessário.
- **Colaboração na criação e revisão de políticas organizacionais inclusivas.** Os/as Psicólogos/as podem criar e rever sistematicamente políticas organizacionais que reconheçam e respeitem a diversidade de orientações sexuais, identidades de género ou especificidades de natureza sexual e reprodutiva, por exemplo, incluindo medidas de apoio a trabalhadores/as relacionadas com questões sexuais e reprodutivas (e.g., flexibilidade para consultas médicas de pré-natal ou tratamentos de fertilidade).

## Políticas Públicas

De uma forma mais abrangente, os Psicólogos e Psicólogas podem ainda, em todos os seus contextos de atuação, **advogar pelo reconhecimento da Educação para a Sexualidade e da Saúde Sexual como direitos humanos fundamentais.** O seu papel é fundamental na defesa e definição de **políticas públicas** nesta matéria e para o desenvolvimento saudável, seguro e responsável das pessoas. Para a concretização desta tarefa, podem:

- **Atuar junto de decisores/as políticos/as, meios de comunicação e sociedade civil na defesa da Saúde Sexual e Direitos Sexuais e Reprodutivos** (afirmando-os como valores universais, que transcendem divisões religiosas, partidárias e culturais), encorajando o seu enquadramento enquanto preocupações comuns de Saúde, desenvolvimento e direitos humanos, e não como questões sociais marginais.

- **Desenhar e implementar metodologias de vigilância** (como inquéritos escolares, comunitários ou de Saúde), particularmente em contextos marginalizados, participando na sua análise estatística e interpretação e colaborando na garantia de monitorização contínua da Saúde Sexual de toda a população (Ford et al., 2023).
- **Colaborar na seleção de indicadores qualitativos e quantitativos** que reflitam conhecimentos, atitudes, comportamentos, acesso a serviços e outros resultados adversos, conjugando-os com normas culturais, políticas existentes e dados populacionais relevantes.
- **Colaborar na elaboração de relatórios e/ou painéis informativos** que permitam avaliar tendências longitudinais, apoiando a transformação dos dados recolhidos em diretrizes práticas, alimentando o desenho de políticas públicas promotoras de uma abordagem de Saúde Sexual que vá além da prevenção de riscos e doenças.
- **Implementar estudos de avaliação das políticas existentes** e propor adaptações com base em resultados adversos/lacunas/insuficiências.
- **Colaborar com outros profissionais numa abordagem integrada e multisectorial para a Saúde Sexual** envolvendo diferentes áreas do saber e setores da sociedade (por exemplo, participar em comissões de Saúde Pública ou grupos de trabalho), contribuindo com propostas de estratégias, metodologias e planos de ação informados pela evidência científica.

## 06. Recomendações para a Prática Profissional

Enquanto profissionais comprometidos com a promoção do Bem-Estar e dos Direitos Humanos, os/as Psicólogos/as têm um papel central na **valorização e promoção da Saúde Sexual, ao longo de todo o ciclo de vida**. Este papel implica o reconhecimento da sexualidade como dimensão estruturante da Saúde (Física e Psicológica), bem como a integração de uma perspetiva ética, informada e inclusiva nas suas práticas de prevenção, promoção, avaliação e intervenção.

Apresentam-se, de seguida, algumas recomendações práticas, baseadas na evidência científica e nos princípios éticos consagrados no [Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses](#), com o objetivo de contribuir para contextos de vida mais justos, informados e respeitadores dos direitos sexuais das pessoas, bem como para uma resposta mais eficaz em Saúde Pública.

- **Reconhecer a Saúde Sexual como um Direito Humano**

Os/as Psicólogos/as reconhecem que a Saúde Sexual é um direito humano e um determinante essencial da Saúde Física e Psicológica. A sexualidade é uma dimensão central da experiência humana, associada ao Bem-Estar, à qualidade de vida e à auto-determinação.

- **Defender a vivência de uma sexualidade saudável**

Os/as Psicólogos/as reconhecem o prazer sexual e o Bem-Estar sexual como componentes essenciais da Saúde e do desenvolvimento humano. Promovem uma vivência da sexualidade que vá além da ausência de disfunção, valorizando a intimidade segura, o consentimento mútuo, a liberdade de expressão dos desejos e a satisfação pessoal. Apoiam o desenvolvimento da autoestima sexual, da comunicação aberta e da capacidade para estabelecer limites e negociar as experiências sexuais de forma respeitadora.

- **Valorizar a diversidade nas experiências sexuais e afetivas e relacionais**

A prática dos/as Psicólogos/as segue o imperativo ético da inclusão. Como tal, os/as profissionais de Psicologia respeitam a diversidade das expressões de género, orientações sexuais, identidades e configurações relacionais, evitando estigmatizações ou normatividades que limitem a autonomia e o Bem-Estar das pessoas.

- **Incluir uma perspetiva de género na Saúde Sexual**

O trabalho com mulheres, homens e pessoas de género diverso exige atenção às experiências específicas de exclusão, violência ou poder. Como tal, é necessário que a prática psicológica integre uma leitura crítica das desigualdades de género e dos seus impactos na Saúde Sexual, reconhecendo o papel das normas sociais na experiência de prazer, desejo, culpa ou vergonha.

- **Integrar a Saúde Sexual na avaliação e intervenção psicológicas**

É importante que a avaliação psicológica inclua, de forma sensível, respeitosa e não intrusiva, a exploração de temas ligados à vivência da sexualidade, do prazer, da intimidade e do corpo, bem como o impacto de eventuais dificuldades sexuais na Saúde Psicológica. Além disso, as intervenções psicológicas devem considerar as necessidades específicas associadas à Saúde Sexual, incluindo o apoio em processos de dor, vergonha, rejeição, trauma ou disfunção sexual.

- **Atuar na prevenção e redução dos impactos das disfunções sexuais**

Os/As profissionais de Psicologia estão capacitadas para reconhecer os sinais destas dificuldades, incluir rotinas de rastreio e avaliação da Saúde Sexual nas suas práticas clínicas, e contribuir para a despatologização e normalização de experiências sexuais diversas, sempre que apropriado. A nível da intervenção, quer em formato individual, conjugal ou familiar, quer em articulação com outros profissionais de Saúde (ex. ginecologia, urologia, fisioterapia pélvica), podem apoiar a gestão da disfunção, facilitar a comunicação e a adaptação positiva a condições médicas, envelhecimento ou eventos de vida (e.g., pós-parto, menopausa, doença crónica, luto).

- **Promover a Literacia em Saúde Sexual em todos os contextos de vida**

Os/as Psicólogos/as têm um papel fundamental na promoção da Literacia em Saúde Sexual, contribuindo para uma compreensão informada e crítica da sexualidade ao longo de todo o ciclo de vida. Podem intervir em contextos escolares, clínicos, comunitários e organizacionais, adaptando a linguagem, os conteúdos e os formatos às características de cada público. Promovem o acesso a informação científica rigorosa, clara e acessível, desmistificando mitos, crenças desinformadas e mensagens estigmatizantes sobre sexualidade. Em particular, quando feita de forma continuada e adaptada a cada fase do desenvolvimento, a Educação para a Sexualidade permite reforçar aprendizagens e conhecimentos sobre consentimento e comunicação, prazer, autonomia corporal, diversidade sexual e de género, prevenção de violência e abusos, métodos contraceptivos, alterações do corpo e Saúde Sexual ao longo da vida, entre outros.

- **Trabalhar em equipas multidisciplinares para respostas integradas em Saúde Sexual**

A complexidade das questões em torno da Saúde Sexual exige uma resposta coordenada entre diferentes áreas do saber e da prática. Em articulação com outros profissionais (e.g., enfermeiros/as, médicos/as, professores/as e educadores/as), os/as Psicólogos/as contribuem com o seu conhecimento sobre Saúde Psicológica, relações saudáveis, comportamento sexual, estigma e direitos sexuais.

- **Advogar por políticas públicas e práticas institucionais que promovam a Saúde Sexual**

Os/as Psicólogos/as podem assumir um papel ativo na defesa de políticas públicas e práticas institucionais que integrem a Saúde Sexual como parte central da Saúde e dos Direitos Humanos. Podem trabalhar na defesa de leis e medidas que assegurem o acesso a serviços de Saúde Sexual acessíveis, informados e baseados em evidência – incluindo acesso a contraceção e a interrupções voluntárias da gravidez seguras e legalmente protegidas. Podem, também, combater normas e práticas sociais que perpetuam o estigma ou a discriminação de pessoas LGBTQIA+, de pessoas com deficiência ou de outras populações historicamente marginalizadas. A sua ação pode igualmente contribuir para prevenir e responder adequadamente à violência de género e sexual, garantindo que as vítimas têm acesso a cuidados adequados.

- **Investir na investigação sobre Saúde Sexual e Saúde Psicológica**

É essencial reforçar a produção científica interdisciplinar, com base em quadros teóricos sólidos, metodologias rigorosas e instrumentos de avaliação que integrem todas as dimensões da Saúde Sexual — incluindo o prazer, o consentimento, a satisfação e o Bem-Estar. A investigação deve refletir a diversidade de experiências sexuais e a sua relação com a Saúde Psicológica ao longo do ciclo de vida.

Documento elaborado com a colaboração de  
**Sónia Duarte Lopes | CP 1468**  
**Ana Carneiro | CP 7998**

# Referências Bibliográficas

Abrams, R., Nordmyr, J., & Forsman, A. K. (2023). Promoting sexual health in schools: A systematic review of the European evidence. *Frontiers in Public Health*, 11, 1193422. <https://shre.ink/xjFy>.

Amborski, A., Bussi eres, E.-L., Vaillancourt-Morel, M.-P., & Joyal, C. C. (2021). Sexual violence against persons with disabilities: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(4), 1330–1343.

Associação para o Planeamento da Família (2025a). *Gravidez na adolescência*. Retirado de <https://apf.pt/informacao-tematica/sexualidade/dificuldades-e-disfuncoes-sexuais-homens-e-mulheres/#disfuncoes-sexuaisfemininas>.

American Psychological Association (2021). *APA Guidelines for Psychological Practice with Sexual Minorities*. Retirado de [www.apa.org/about/policy/psychological-practice-sexual-minority-persons.pdf](http://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-sexual-minority-persons.pdf).

Associação para o Planeamento da Família (2025b). *Dificuldades e disfunções sexuais nos homens e mulheres*. Retirado de <https://apf.pt/informacao-tematica/gravidez-e-parentalidade/gravidez-na-adolescencia/>.

Benoit, C., Mellor, A., & Premji, Z. (2023). Access to sexual rights for people living with disabilities: Assumptions, evidence, and policy outcomes. *Archives of Sexual Behavior*, 52(6), 3201–3255.

Brennan-Wilson, A., Marques, M., Coates, A., ... & Lohan, M. (2024). Masculinities and sexual and reproductive health and rights: a global research priority setting exercise. *Lancet Glob Health*, 12, 882-890.

Brown, M., Tassie, E., Carlisle, S., ... & Heslin, M. (2025). Barriers and facilitators to accessing sexual and reproductive health services for people with severe mental illness: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 60, 1283–1295.

Cacciatore, R.S., Ingman-Friberg, S.M., Lainiala & L.P., Apter, D.L. (2020). Verbal and Behavioral Expressions of Child Sexuality Among 1-6-Year-Olds as Observed by Daycare Professionals in Finland. *Archives of Sexual Behavior*, 49(7):2725-2734. doi: 10.1007/s10508-020-01694-y.

Carvalheira, A. (2023). Perturbação do Interesse/Excita  o Sexual (Feminino). In P. M. Pascoal (Ed.), *Intervenção Psicológica em Sexologia Clínica* (pp. 57-77). Lisboa: Pactor.

Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Turner, R. B. & Doyle, W. J. (2014). Does Hugging Provide Stress-Buffering Social Support? A Study of Susceptibility to Upper Respiratory Infection and Illness. *Psychological Science*, 26(2), 135-147.

Cole, E. (2009). Intersectionality and research in psychology. *American Psychologist*, 64, 170–180.

Coleman, D., Feigelman, W. & Rosen, Z. (2020). Association of High Traditional Masculinity and Risk of Suicide Death Secondary Analysis of the Add Health Study. *JAMA Psychiatry*, 77(4), 434-437.

Coleman, E., Coronva-Vargas, E. & Ford, J. (2021). Advancing Sexual Pleasure as a Fundamental Human Right and Essential for Sexual Health, Overall Health and Well-Being: An Introduction to the Special Issue on Sexual Pleasure. *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 473-477.

Conley, T. & Klein, V. (2022). Women Get Worse Sex: A Confound in the Explanation of Gender Differences in Sexuality. *Perspectives on Psychological Science*, 17(4), 960-978.

Cook, J. (2018). *Most men do not perpetrate sexual violence against women*. Retirado de <https://theconversation.com/most-men-do-not-perpetrate-sexual-violence-against-women-104189>.

Crenshaw, K. (1990). Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of colour. *Stanford Law Review*, 43, 1241-1299.

Curtis, L. (2020). Sex saves lives. *European Journal of Preventive Cardiology*, 29, 38.

Dehghankar, L., Panahi, R., Khatooni, M., ... & Siboni, F. (2022). The association between sexual health literacy and sexual function of women in Iran. *Journal of Education and Health Promotion*, 11, 11. doi: 10.4103/jehp.jehp\_414\_21.

Diamond, L. (2020). Gender fluidity and nonbinary gender identities among children and adolescents. *Child Development Perspectives*, 1-6.

Endendijk, J., Dekovic, M., Vossen, H., van Baar, A. & Reitz, E. (2021). Sexual Double Standards: Contributions of Sexual Socialization by Parents, Peers, and the Media. *Archives of Sexual Behavior*, 51, 1721–1740.

- European Centre for Disease Prevention and Control (2025). *STI cases continue to rise across Europe*. Retirado de <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/sti-cases-continue-rise-across-europe>.
- Esmail, S., Darry, K., Walter, A., & Knupp, H. (2010). Attitudes and perceptions towards disability and sexuality. *Disability and Rehabilitation*, 32(14), 1148–1155.
- Ford, J.V., Ivankovich, M.B. & Coleman, E. (2023). Sexual health indicators for the United States: Measuring progress and documenting public health needs. *Frontiers in Public Health*, 10. doi:10.3389/fpubh.2022.1040097.
- Formby, E. & Donovan, C. (2020). Sex and relationships education for LGBT+ young people: Lessons from UK youth work. *Sexualities*, 23(7), 1155- 1178. <https://shre.ink/xjFA>.
- Frederick, D., John, H., Garcia, J. & Lloyd, E. (2018). Differences in Orgasm Frequency Among Gay, Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Men and Women in a U.S. National Sample. *Archives of Sexual Behavior*, 47, 273-288.
- Goldfarb, E. & Lieberman, L. (2021). Three Decades of Research: The Case for Comprehensive Sex Education. *Journal of Adolescent Health*, 68(1), 13-27. <https://shre.ink/xGeN>.
- Goldstein, P., Weissman-Fogel, I. & Shamay-Tsoory, S. (2017). The role of touch in regulating inter-partner physiological coupling during empathy for pain. *Scientific Reports*, 7(3252), 1-12.
- Gruskin, S., Yadav, V., Castellanos-Usigli, A., Khizanishvili, G. & Kismodi, E. (2019). Sexual health, sexual rights and sexual pleasure: meaningfully engaging the perfect triangle. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 21(1), 29-40.
- Hannier, S., Baltus, A. & De Sutter, P. (2018). The role of sexual satisfaction in women's sexual self-esteem. *Sexologies*, 1-12.
- Harris, E., Gormezano, A. & van Anders, S. (2022). Gender Inequities in Household Labor Predict Lower Sexual Desire in Women Partnered with Men. *Archives of Sexual Behavior*, 51, 3847-3870.
- Hatzenbuehler, M., Lattaner, M., McKetta, S. & Pachankis, J. (2024). Structural stigma and LGBTQ+ health: a narrative review of quantitative studies. *Lancet Public Health*, 9, 109-127.
- Herrman, D., Sharp, A., Smith, C. N. W., ... & Berg, K. (2024). Dismantling ableism in interprofessional medical education to promote health equity for people with disabilities. In E. Bonilla-Silva, E. A. Hatzous, G. Kayingo, ... & J. Sukhera (Eds.), *Reimagining medical education: The future of health equity and social justice* (pp. 63–73). Elsevier.
- Higgins, J., Kramer, R., Senderowicz, L., Everett, B., Turok, D. & Sanders, J. (2022). Sex, poverty, and public health: Connections between sexual well-being and economic resources among US reproductive health clients. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 54, 25-28.
- HIV Gov (2025). *Who Is at Risk for HIV?* Retirado de <https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/about-hiv-and-aids/who-is-at-risk-for-hiv>.
- Holden, J. (2018). Sexual and reproductive health and rights (SRHR) interventions in the workplace and women's economic empowerment (WEE): A review of the evidence (WOW Helpdesk Query No. 5). Department for International Development; Work and Opportunities for Women. <https://shre.ink/xjvU>.
- Hsieh, N. & Ruther, M. (2016) Sexual minority health and health risk factors: Intersection effects of gender, race, and sexual identity. *American Journal of Preventative Medicine*, 50(6), 746-755.
- Isler, A., Tas, F., Beytut, D., & Conk, Z. (2009). Sexuality in adolescents with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability*, 27, 27–34.
- Jewkes, R., Flood, M. & Lang, J. (2015). From work with men and boys to changes of social norms and reduction of inequities in gender relations: a conceptual shift in prevention of violence against women and girls. *Lancet*, 385, 1-10.
- Kar, S.K., Choudhury, A. & Singh, A.P. (2016). Understanding normal development of adolescent sexuality: A bumpy ride. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 8(2), 70-74. doi: 10.4103/0974-1208.158594.
- Khalesi, Z. B., Simbar, M., Azin, S. A. & Zayeri, F. (2016). Public sexual health promotion interventions and strategies: A qualitative study. *Electron Physician*. 8(6), 2489-96. doi: 10.19082/2489.
- King, T., Shields, M., Sojo, V., ... & Milner, A. (2020). Expressions of masculinity and associations with suicidal ideation among young males. *BMC Psychiatry*, 20(228), 1-10.

- Kingsberg, S., Schaffir, J., Faught, B., ... & Simon, J. (2019). Female Sexual Health: Barriers to Optimal Outcomes and a Roadmap for Improved Patient–Clinician Communications. *Journal of Women’s Health*, 28(4), 432-443.
- Klein, V., Kosman, E. & Kahalon, R. (2024). Devaluation of Women’s Sexual Pleasure: Role of Relationship Context and Endorsement of the Madonna-Whore Dichotomy. *Sex Roles*, 90, 67-81.
- Laan, E., Klein, V., Werner, M., van Lunsen, R. & Janssen, E. (2021). In Pursuit of Pleasure: A Biopsychosocial Perspective on Sexual Pleasure and Gender. *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 51-536.
- Lusa (2025). *Portugal é o segundo país da Europa onde os jovens mais usam contraceptivos*. Retirado de <https://www.publico.pt/2025/05/05/p3/noticia/portugal-segundo-pais-europa-onde-jovens-usam-contraceptivos-2131960>.
- Malone, J., Syvertsen, J., Johnson, B., ... & Bazzi, A. (2018). Negotiating sexual safety in the era of biomedical HIV prevention: relationship dynamics among male couples using pre-exposure prophylaxis. *Cult Health Sex*, 20(6), 658-672.
- Mijatović, D. (2020). *Comprehensive sexuality education protects children and helps build a safer, inclusive society*. <https://shre.ink/xGth>.
- Michielsen, K., & Brockschmidt, L. (2021). Barriers to sexuality education for children and young people with disabilities in the WHO European region: a scoping review. *Sex Education*, 21(6), 674–692.
- Mitchell, K., Lewis, R., O’Sullivan, L. & Fortenberry, J. (2021). What is sexual wellbeing and why does it matter for public health? *Lancet Public Health*, 6, 608-613.
- Montejo, A. (2019). Sexuality and Mental Health: The Need for Mutual Development and Research. *Journal of Clinical Medicine*, 8(1794), 1-3.
- Morgenroth, T., Sendén, M., Lindqvist, A., Renstrom, E. & Morton, T. (2021). Defending the Sex/Gender Binary: The Role of Gender Identification and Need for Closure. *Social Psychology and Personality Science*, 12(5), 731-740.
- Nações Unidas (1995). *UN. Beijing declaration and platform for action*. Nova Iorque: Nações Unidas.
- Nações Unidas (2015). *Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development - A/RES/70/1*. Nova Iorque: Nações Unidas.
- NFPA, UNESCO & WHO (2020). *International technical and programmatic guidance on out-of-school comprehensive sexuality education*. United Nations Population Fund. <https://shre.ink/x32d>.
- Narasimahn, M., Gilmore, K., Murillo, R. & Allotey, P. (2023). Sexual health and well-being across the life course: call for papers. *Bull World Health Organ*, 101, 750–750A.
- National Association for School Psychologists (2021). *Position Statement: Comprehensive and Inclusive Sexuality Education*. EUA: NASP.
- Nobre, P. (2024). *Questionário SHAPE (Questionário de Avaliação das Práticas e Experiências em Saúde Sexual)*. Retirado de [https://noticias.up.pt/fpceup/wp-content/uploads/sites/14/2024/10/SHA-PE\\_1out\\_small.pdf](https://noticias.up.pt/fpceup/wp-content/uploads/sites/14/2024/10/SHA-PE_1out_small.pdf).
- Oliveira, I. (2024). Births resulting from unplanned pregnancies in Portugal. *Acta Obstet Ginecol Port*, 14(4), 279-288.
- Organização Mundial da Saúde (2004). *Reproductive health strategy: to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets*. Geneva: WHO.
- Organização Mundial da Saúde (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002*. Geneva: WHO.
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Sexual health, human rights and the law*. Geneva: World Health Organization. <https://shre.ink/xjFC>.
- Organização Mundial da Saúde (2021). *Violence against Women: Prevalence estimates, 2018*. Geneva: WHO.
- Organização Mundial da Saúde (2022a). *Sexual Violence*. Retirado de <https://apps.who.int/violence-info/sexual-violence/>.
- Organização Mundial da Saúde (2022b). *ICD-11: International classification of diseases (11th revision)*. Retirado de <https://icd.who.int/>.
- Organização Mundial da Saúde (2023). *Comprehensive sexuality education*. <https://shre.ink/xGMj>.

- Organização Mundial da Saúde (2024a). *Frequently asked questions on sexual and gender diversity, health and human rights - an introduction to key concepts*. Geneva: Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (2024b). *Infertility*. Retirado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>.
- O'Shea, L., Hawkins, J., Lord, J., ... & Cameron, I. (2020). Access to and sustainability of abortion services: a systematic review and meta-analysis for the National Institute of Health and Care Excellence—new clinical guidelines for England. *Human Reproduction Update*, 26(6), 886–903.
- Palaiodimos, L., Herman, H.S., Wood, E., Karamanis, D., Martinez-Rodriguez, C., Sanchez-Lopez, A., Ruderman, E., Jang, M., Fischer, D., Huang, H., Gadde, U. & Leider, J. (2020). Practices and Barriers in Sexual History Taking: A Cross-Sectional Study in a Public Adult Primary Care Clinic, *Journal of Sexual Medicine*, 17(8), 1509–1519. <https://shre.ink/x3QN>.
- Pebdani, R. N., & Tashjian, A. (2022). An analysis of the attitudes of the general public towards the sexuality of individuals with disabilities through a systematic literature review. *Sexuality and Disability*, 40(1), 21–55.
- Penhollow, T.M. (2024). Sexuality in Older Adults: Comprehensive Strategies for Clinicians and Patient-Centered Care. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 19(3). <https://shre.ink/xGWG>.
- Peterson, C., Silva, A., Goben, H., ... & Dykens, J. (2021). Stigma and cervical cancer prevention: A scoping review of the U.S. literature. *Preventive Medicine*, 153, 1-23.
- Público (2025). *Doenças sexualmente transmissíveis estão a aumentar, sobretudo entre os jovens*. Retirado de <https://www.publico.pt/2025/03/07/sociedade/noticia/doencas-sexualmente-transmissiveis-estao-aumentar-sobretudo-jovens-2125044>.
- Quinn-Nilas, C., Benson, L., Milhausen, R., ... & Gonçalves, M. (2016). The Relationship Between Body Image and Domains of Sexual Functioning Among Heterosexual, Emerging Adult Women. *Sexual Medicine*, 4, 182-189.
- Reed, G., Drescher, J., Krueger, R., ... & Saxena, S. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*, 15, 205-221.
- Sævik, K. & Konijnenberg, C. (2023). The effects of sexual shame, emotion regulation and gender on sexual desire. *Scientific Reports*, 13(4042), 1-7.
- Sánchez-Fuentes, Santos-Iglesias, P. & Sierra, C. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 64-75.
- Scheim, A., Baker, K., Restar, A. & Sell, R. (2022). Health and Health Care Among Transgender Adults in the United States. *Annual Review of Public Health*, 43, 503-523.
- Schnitzler, L., Paulus, A., Roberts, T., Evers, S. & Jackson, L. (2023). Exploring the wider societal impacts of sexual health issues and interventions to build a framework for research and policy: a qualitative study based on in-depth semi-structured interviews with experts in OECD member countries. *BMJ Open*, 13, 1-9.
- Shtarkshall, R., Santelli, R. & Hirsch, J. (2007). Sex Education and Sexual Socialization: Roles for Educators and Parents. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 39(2), 116-119.
- Sladden, T., Philpott, A., Braeken, D., ... & Mofokeng, T. (2021). Sexual Health and Wellbeing through the Life Course: Ensuring Sexual Health, Rights and Pleasure for All. *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 565-571.
- Starrs, A., Ezeh, A., Baker, G., ... & Ashford, L. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *Lancet*, 391, 2642-92.
- Steckenrider, J. (2023). Sexual activity of older adults: let's talk about it. *The Lancet Healthy Longevity*, 4(3), e96-e97, <https://shre.ink/xGWY>.
- Thomas, H.N., Hamm, M., Hess, R. & Thurston, R.C. (2018). Changes in sexual function among midlife women: “I’m older... and I’m wiser”. *Menopause*, 25(3), 286-292. <https://shre.ink/xGd2>.
- UCLA Prevention Center of Excellence (2023). *Normative Sexual Development*. Retirado de <https://www.wellbeing4la.org/wp-content/uploads/2023/05/Normative-Sexual-Development.pdf>.

UNESCO (2018). *International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach* (Rev. ed.). United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. <https://shre.ink/xjv1>.

UNESCO (2021). *The journey towards comprehensive sexuality education: Global status report*. <https://shre.ink/xjF5>.

Unis, B.D. & Sällström, C. (2020). Adolescents' conceptions of learning and education about sex and relationships. *American Journal of Sexuality Education*, 15, 25–52. doi: 10.1080/15546128.2019.1617816.

United Nations Population Fund (UNPF) (2022). *Relatório - Situação da População Mundial 2022: Vendendo o invisível*. Nova Iorque: UNPF.

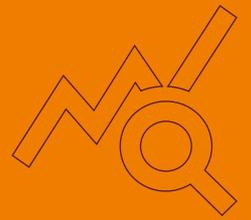
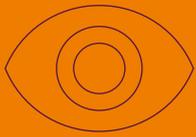
Vasconcelos, P., Carrito, M., Quinta-Gomes, A., ... & Nobre, P. (2024). Associations between sexual health and well-being: a systematic review. *Bull World Health Organization*, 102, 873-887.

Vieira, K.F.L., Coutinho, M.P.L., & Saraiva, E.R.A. (2016). A sexualidade na velhice: Representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(1), 196–209. <https://shre.ink/xGWz>.

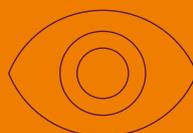
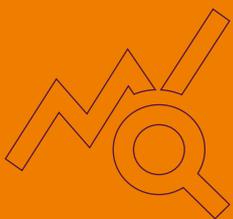
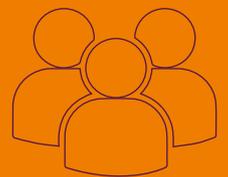
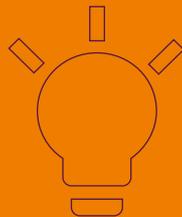
World Association for Sexual Health (2014). *Declaration of Sexual Rights*. Retirado de [https://www.worldsexualhealth.net/\\_files/ugd/793f03\\_779f193815894895b9d1480bde676c37.pdf?index=true](https://www.worldsexualhealth.net/_files/ugd/793f03_779f193815894895b9d1480bde676c37.pdf?index=true).

World Association for Sexual Health (2019). *WAS Declaration on Sexual Pleasure*. Retirado de <https://www.worldsexualhealth.net/was-declaration-on-sexual-pleasure>.

World Association for Sexual Health (2024). *WAS Theory of Change*. Retirado de <https://www.worldsexualhealth.net/about>.



ORDEM  
DOS  
PSICÓLOGOS



[ordemdospsicologos.pt](http://ordemdospsicologos.pt)