

UNIVERSIDADE DE LISBOA



**PROMOÇÃO DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO
DOS ADOLESCENTES: A EDUCAÇÃO SEXUAL EM
CONTEXTO ESCOLAR**

Ermelinda do Carmo Valente Caldeira

Programa de Doutoramento em Enfermagem

2015



Com a colaboração da



**PROMOÇÃO DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO
DOS ADOLESCENTES: A EDUCAÇÃO SEXUAL EM
CONTEXTO ESCOLAR**

Ermelinda do Carmo Valente Caldeira

**Tese Orientada pelo Professor Doutor Manuel José Lopes,
especialmente elaborada para a obtenção do grau de Doutor no
ramo de Enfermagem**

2015

À minha filha Madalena, luz da minha vida.
Aos meus pais...os melhores pais do mundo.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor Manuel José Lopes, um agradecimento especial pela confiança, apoio, sabedoria, disponibilidade e contributos fundamentais neste percurso. Sem ele não teria sido possível.

Ao Professor Doutor Nuno Amado, pelo rigor e clareza no apoio na análise estatística dos dados.

Ao professor Agostinho Arranca, Diretor da Escola EB2 D. João IV, pelo desafio, pelo acolhimento e disponibilidade proporcionados ao longo de todo o processo...pela amizade criada.

Aos estudantes da Escola EB2 D. João IV, pedra basilar da investigação.

Aos professores da Escola EB2 D. João IV e às enfermeiras do Centro de Saúde de Vila Viçosa, pelo envolvimento, disponibilidade, contributos e compromisso com este projeto. Em particular: aos professores, Maria da Conceição Gonçalves, Helena Diogo, Nazaré Castanho, Sandra Gomes, Jorge Pinto, Paula Nascimento, Maria Clara nogueira, Manuela Favita, Joaquim Cravo, Paula Caldeira, Ana Silva, Elisabete Machado, Ana Serrano, Maria de Jesus Coelho, Cristina Rosado e Celina Roque; às enfermeiras, Vanda falcato, Telma Caeiro e Antónia Gonçalves.

Aos pais/encarregados de educação, na pessoa da sua representante, Manuela Lopes, pela participação no estudo.

Às assistentes operacionais da ação educativa, pelo interesse, empenho e disponibilidade demonstrados.

À Universidade de Évora, em particular ao Diretor da Escola Superior de Enfermagem, Professor Doutor Manuel Lopes, pelos apoios proporcionados.

Aos meus colegas e amigos pelo apoio. À Dulce e à Fátima, pela aprendizagem proporcionada ao longo de caminhos cruzados.

À minha amiga Vitória, pelo apoio e disponibilidade incondicionais ao longo deste percurso...pelo caminho percorrido lado a lado.

À minha filha Madalena, pela força do seu sorriso.

Ao meu irmão, pela amizade.

Aos meus pais, pelo carinho.

Resumo:

O presente estudo teve como finalidade desenvolver um projeto de investigação e de ação com o intuito de construir, implementar e avaliar um programa de educação sexual (ES), dirigido aos alunos do 2º ciclo do ensino básico, em que fosse possível integrar contributos distintos na construção de um conhecimento socialmente útil, concomitantemente resultado de práticas coletivamente geradas e instigador de mudança dessas mesmas práticas.

O desenho do estudo, tendo por base a investigação ação, centrou-se numa dinâmica de envolvimento e participação dos diversos atores do processo educativo na conceção de um programa de ES estruturado, facilitador da aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências nos adolescentes. A exploração do fenómeno em estudo percorreu o diagnóstico de situação, o planeamento da ação, o desenho e concretização dos eixos estruturantes da ação e a avaliação.

A partir da caracterização da comunidade educativa de uma escola do 2º ciclo do ensino básico, assim como dos registos escritos (questionários) e discursos dos enfermeiros, professores, pais/encarregados de educação e assistentes operacionais sobre as suas práticas de educação sexual com os alunos/filhos, emergiu, resultado da reflexão sobre a ação, a co-construção, operacionalização e avaliação de um programa de ES, como plano de ação para a mudança.

A construção do programa de ES, tendo por base as necessidades e oportunidades identificadas pelos e com os diversos atores do processo educativo, validado pelas suas tomadas de decisão, constituiu-se como um processo de reflexão/ação, na e com a prática, contribuindo para a aprendizagem dos alunos, manifestada na evolução positiva nos conhecimentos, na autoestima e nas competências de cooperação.

A avaliação do impacto da mudança, pela perspetiva da direção da escola, das enfermeiras e dos professores legitima a relevância do programa de educação sexual “Ser & Saber” na criação de soluções práticas para um problema concreto e na (re)construção das próprias práticas, assim como evidencia benefícios relacionados com mudanças na comunidade educativa, nomeadamente o envolvimento e motivação dos diversos atores, o trabalho de parceria e a intencionalidade pedagógica.

Palavras-chave: Educação sexual, contexto escolar, adolescentes, investigação ação.

Abstract:

The aim of this study is to develop a research and action project that has the goal of implement and evaluate a sexual education (SE) course for students from grade 5 and grade 6. The aim was also that this study could integrate different contributions on the construction of a socially useful knowledge, that is simultaneously the result of collectively created practices and a trigger for changing these practices.

The study design, based on research action, focused on a dynamic of participation and engagement by several actors from the educational process involved in the design a structured SE course, that would function also as a facilitator for acquiring knowledge and developing skills in adolescents. The analysis of the researched phenomena comprised the situation diagnosis, the action planning, the development and the implementation of structural axes of action and evaluation.

The co-development, implementation and evaluation of a SE course as an action plan for change arose, as a result of the reflection on the action and based on the characterization of an educational community from a school with grade 5 and 6, written records (questionnaires) and testimonials by nurses, teachers, parents/caretakers and staff about the practices used with their children/students concerning sexual education.

Based on needs and opportunities identified by and with the various actors on the educational process and validated by their decision making, the development of a SE course was a process of reflection/action, that in practice contributed for the students' learning, considering the positive evolution of their knowledge, self-esteem and cooperation skills.

The evaluation and impact of this change, taking into account the schools board, nurses and teachers' perspective, justifies the relevance of the sexual education course "Ser & Saber" in what concerns the creation of practical solutions for a specific problem and the (re)construction of the practices. Moreover, it points out the benefits related to the changes within the educational community, particularly the engagement and motivation of different actors, the collaborative work and pedagogic intention.

Key Words: Sexual Education, school context, adolescents, research action

Abreviaturas e Siglas

AC – Atividades de Consolidação

AL – Atividades de Ligação

AP – Atividades Preliminares

APF – Associação para o Planeamento da Família

CCPES - Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde

CE – Comunidade educativa

CRD - Centre for Reviews and Dissemination

CVEDT-INSA - Centro de Vigilância das Doenças Sexualmente Transmissíveis -
Instituto Nacional de Saúde

DGIDC - Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular

DGS – Direção Geral de Saúde

DSP - Departamento de Saúde Pública

EpS – Educação para a Saúde

ES – Educação Sexual

FNUAP - Fundo das Nações Unidas para a População

GTES - Grupo de Trabalho da Educação Sexual

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

ME – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG - Organização Não Governamental

PICOD - Participantes, Intervenções, Comparação, Resultados (outcomes) e Desenho
do estudo)

PNSE - Plano Nacional de Saúde Escolar

PPES - Programa de Promoção e Educação para a Saúde

PRESSE - Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar

QAAPES – Questionário de Avaliação de Atitudes dos Professores face à Educação
Sexual

QAAS – Questionário de Avaliação de Aptidões Aociais

QACS – Questionário de Avaliação de Conhecimentos acerca da Sexualidade

QPAES – Questionário de Perceção dos Alunos acerca da Educação Eexual

REEPS - Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde

RNEPS - Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde

S&S – Ser & Saber

SD – Sessões Dirigidas

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SIECUS - Sexuality Information and Education Council of the United States

SSRS – Social Skills Rating System

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UNAIDS - Joint United Nations Program on HIV/AIDS

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
(acrónimo de United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO - World Health Organization

Índice

	<i>Pág.</i>
INTRODUÇÃO	15
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
CAPÍTULO I - EDUCAÇÃO SEXUAL: DA RESPONSABILIDADE INDIVIDUAL À INTERVENÇÃO DA COMUNIDADE EDUCATIVA	26
1. ADOLESCÊNCIA: UMA ABORDAGEM GLOBAL	26
2. EDUCAÇÃO SEXUAL NAS ESCOLAS PORTUGUESAS	38
3. INFORMAÇÃO <i>VERSUS</i> EDUCAÇÃO SEXUAL	46
3.1 MODELOS DE EDUCAÇÃO SEXUAL	57
4. EDUCAÇÃO E SAÚDE: DOIS CONCEITOS UMA PARCERIA	62
CAPÍTULO II – DAS EVIDÊNCIAS À CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO SEXUAL	67
1. REVISÃO SISTEMÁTICA	68
2. PROGRAMAS DE ES EM CONTEXTO ESCOLAR: CARATERIZAÇÃO INTERNACIONAL E NACIONAL	72
PARTE II: CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA	80
CAPÍTULO 1 - ROTEIROS DE UMA AÇÃO INVESTIGATIVA - OPÇÕES METODOLÓGICAS	81
CAPÍTULO 2 – DO DIAGNÓSTICO À AVALIAÇÃO: O PROCESSO CICLÍCO	90
FASE I: DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO - CARATERIZAÇÃO E ANÁLISE DO FENÓMENO DA ES NOS ESTUDANTES DO 2º CICLO DO ENSINO BÁSICO	90
1. INTRODUÇÃO	90
2. O CONTEXTO	92
3. PARTICIPANTES	95
4. INSTRUMENTOS	99
5. PROCEDIMENTOS	104
6. RESULTADOS	106
7. SÍNTESE	136

FASE II: PLANEAMENTO DA AÇÃO	140
1. DA CONSENSUALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO AO PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DA AÇÃO	141
2. DO INVESTIGADOR PRINCIPAL AOS CO-INVESTIGADORES	143
FASE III: IMPLEMENTAÇÃO DA AÇÃO	145
1. O PROCESSO FORMATIVO	145
2. DESENHO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA "SER & SABER" (S&S) – PROGRAMA DE ES EM CONTEXTO ESCOLAR151	
2.1. INDICADORES	153
2.2. PARTICIPANTES	158
2.3. INSTRUMENTOS	164
2.4. PROCEDIMENTOS	170
2.4.1. <i>Procedimentos Prévios à Construção do Programa</i>	170
2.4.2. <i>Procedimentos Relativos à construção e implementação do Programa S&S</i>	172
2.4.3. <i>Procedimentos Relativos à Avaliação do Efeito do Programa</i>	174
2.4.4. <i>Procedimentos de Análise de Dados</i>	175
2.5. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO "SER & SABER" (S&S) – PROGRAMA DE ES EM CONTEXTO ESCOLAR.....	175
2.5.1. <i>Eixos estruturantes do programa</i>	176
2.5.2. <i>Organização do programa</i>	178
2.5.3. <i>Operacionalização do programa</i>	181
2.5.4. <i>Avaliação do programa "ser & saber" S&S</i>	182
FASE IV – AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA MUDANÇA	197
1. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	198
2. PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO	200
3. DISCURSOS DA DIREÇÃO DA ESCOLA, DOS PROFESSORES E DAS ENFERMEIRAS SOBRE A MUDANÇA NA ORGANIZAÇÃO E NA CE	202
4. AVALIAÇÃO FACE À EVIDÊNCIA	219
CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES	236
BIBLIOGRAFIA	241
ANEXOS	274
<i>Anexo 1 - Revisão sistemática da literatura</i>	274
<i>Anexo 2 - Dados de caracterização sociodemográfica - amostra da fase I do estudo</i>	297

INSTRUMENTOS DE MEDIDA UTILIZADOS NA FASE I DO ESTUDO	301
<i>Anexo 3 - Questionário de Avaliação de Atitudes dos professores face á Educação sexual (QAAPES - construído e validado por Reis e Vilar, 2002).....</i>	<i>302</i>
<i>Anexo 4 - Questionário Concepções e práticas da educação sexual em contexto escolar – Versão para professores (Lourenço, 2007).....</i>	<i>307</i>
<i>Anexo 5 - Questionário concepções e práticas da educação sexual em contexto escolar - versão para pais (Lourenço, 2007).....</i>	<i>311</i>
<i>Anexo 6 - Questionário Percepção dos alunos acerca da educação sexual (QPAES).....</i>	<i>314</i>
<i>Anexo 7 – Guião de tópicos - Entrevista individual a assistentes operacionais</i>	<i>318</i>
<i>Anexo 8 – Guião de tópicos - Entrevista Individual a Enfermeiras</i>	<i>320</i>
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO.....	323
<i>Anexo 9 – Pedido de autorização, à Escola EB2 D. João IV, para realização do Estudo</i>	<i>324</i>
<i>Anexo 10 – Autorização da Escola para realização do Estudo.....</i>	<i>326</i>
<i>Anexo 11 - Pedidos de autorização formal aos autores dos questionários aplicados na Fase I do Estudo</i>	<i>327</i>
<i>Anexo 12 - Termos de consentimento livre e esclarecido dos participantes</i>	<i>329</i>
GRELHAS DE APOIO À CODIFICAÇÃO DOS DADOS DA FASE I DO ESTUDO	332
<i>Anexo 13 - Grelha de apoio à codificação dos dados - Entrevista individual a assistentes operacionais</i>	<i>333</i>
<i>Anexo 14 - Grelha de apoio à codificação dos dados - Entrevista individual às enfermeiras.....</i>	<i>341</i>
<i>Anexo 15 - Quadro resumo percepção dos vários atores acerca da ES.....</i>	<i>346</i>
PLANO DE FORMAÇÃO.....	347
<i>Anexo 16 - Acções de Formação/ Sensibilização Desenvolvidas.....</i>	<i>348</i>
<i>Anexo 17 - Ficha de avaliação da Formação/ Sensibilização</i>	<i>349</i>
INSTRUMENTOS DE MEDIDA UTILIZADOS NA FASE III DO ESTUDO	350
<i>Anexo 18 – Diário de bordo</i>	<i>351</i>
<i>Anexo 19 - Questionário de Avaliação de Conhecimentos Acerca da Sexualidade (QACS)</i>	<i>352</i>
<i>Anexo 20 – Dimensões do questionário de avaliação de conhecimentos acerca da sexualidade</i>	<i>355</i>
<i>Anexo 21 - Questionário de Avaliação de Aptidões Sociais (QAAS/SSRS - versão para professores)</i>	<i>356</i>
<i>Anexo 22 – Itens e estrutura da escala de Avaliação de Aptidões Sociais (QAAS/SSRS - versão para professores).....</i>	<i>360</i>
<i>Anexo 23 - Escala de Autoconceito e de auto-estima de Susan Harter.....</i>	<i>362</i>
<i>Anexo 24 – Estrutura da Escala de Autoconceito e de auto-estima de Susan Harter.....</i>	<i>367</i>
<i>Anexo 25 - Pedidos de autorização formal aos autores dos questionários aplicados na Fase III do Estudo</i>	<i>371</i>

INSTRUMENTOS DE MEDIDA UTILIZADOS NA FASE IV DO ESTUDO374

Anexo 26 - Guião de tópicos - Entrevista Individual à Direção da Escola..... 375

Anexo 27 – Questionário de pontos fortes e pontos fracos 376

Anexo 28 – Dados da entrevista individual à direção da escola – modelo resultante da base de dados

Nvivo8..... 378

APÊNDICE

Apêndice: Programa de Educação Sexual “Ser & Saber”

Índice de Quadros

Quadro 1 - Análise da consistência interna QAAPES.....	100
Quadro 2 – Distribuição das questões/itens dos professores segundo as categorias de análise.....	101
Quadro 3 – Distribuição das questões/itens dos pais/encarregados de educação segundo as categorias de análise.....	102
Quadro 4 - Medidas descritivas observadas para as dimensões da escala de avaliação de atitudes dos professores face à educação sexual.....	107
Quadro 5 - Correlação entre atitudes dos professores face à educação sexual, conhecimentos e conforto na abordagem dos temas.....	108
Quadro 6 - Envolvimento das estruturas da escola nas ações de educação sexual.....	109
Quadro 7 – Professores: respostas aos itens pertencentes à dimensão das concepções da educação sexual.....	110
Quadro 8 – Professores: respostas aos itens pertencentes à dimensão das concepções da educação sexual.....	111
Quadro 9 – Professores: respostas aos itens pertencentes à dimensão das concepções da educação sexual.....	112
Quadro 10 – Professores: respostas aos itens pertencentes à dimensão das concepções da educação sexual.....	113
Quadro 11 – Professores: respostas aos itens pertencentes à dimensão das concepções da educação sexual.....	114
quadro 12 – Professores: respostas aos itens pertencentes à dimensão das concepções da educação sexual.....	115
Quadro 13 – Pais: respostas aos itens pertencentes à dimensão das concepções da educação sexual.....	115
Quadro 14 – Pais: respostas aos itens pertencentes à dimensão das concepções da educação sexual.....	116
Quadro 15 – Pais: respostas aos itens pertencentes à dimensão das concepções da educação sexual.....	117
Quadro 16 – Pais: respostas aos itens pertencentes à dimensão das concepções da educação sexual.....	117

Quadro 17 – Pais: respostas aos itens pertencentes à dimensão das concepções da educação sexual.....	118
Quadro 18 – Pais: respostas aos itens pertencentes à dimensão das concepções da educação sexual.....	119
Quadro 19 - Informação sobre sexualidade.....	119
Quadro 20 – Onde obtiveram mais informação sobre sexualidade.....	120
Quadro 21 – Como consideram que a es deveria ser abordada na escola.....	120
Quadro 22 – Quem consideram mais adequado para abordar a ES.....	121
Quadro 23 – Professores: respostas aos itens pertencentes à dimensão das práticas (formação, interesse e motivação).....	126
Quadro 24 – Professores: respostas aos itens pertencentes à dimensão das práticas (contributo dos documentos da política educativa).....	127
Quadro 25 – Professores: respostas aos itens pertencentes à dimensão das práticas (o que fazem intencionalmente).....	127
Quadro 26 – Professores: respostas aos itens pertencentes à dimensão das práticas (o que fazem quando são abordados pelos alunos).....	128
Quadro 27 – Professores: respostas aos itens pertencentes à dimensão das práticas (como fazem intencionalmente).....	129
Quadro 28 – Pais: respostas aos itens pertencentes à dimensão das práticas.....	130
Quadro 29 – Pais: respostas aos itens pertencentes à dimensão das práticas (como fazem intencionalmente).....	130
Quadro 30 – Pais: respostas aos itens pertencentes à dimensão das práticas.....	131
Quadro 31 - Estudantes quanto às características sociodemográficas.....	163
Quadro 32 – Análise da consistência interna da escala de habilidades sociais.....	167
Quadro 33 - Consistência interna da escala de autoestima.....	170
Quadro 34 - Síntese das atividades que integram o programa “s&s”.....	180
Quadro 35 - Comparação quanto à evolução dos conhecimentos acerca da sexualidade.....	183
Quadro 36 - comparação quanto à evolução dos conhecimentos nas várias dimensões.....	184
Quadro 37 - Comparação quanto à evolução dos conhecimentos de acordo com o sexo.....	185
Quadro 38 - Autoconceito global.....	186

Quadro 39 - Comparação quanto à evolução do autoconceito nas várias dimensões.....	186
Quadro 40 - Comparação quanto à evolução do autoconceito de acordo com o sexo.....	187
Quadro 41 - Comparação quanto à evolução da autoestima global.....	188
Quadro 42 - Comparação quanto à evolução da auto-estima de acordo com o sexo.....	189
Quadro 43 - Média, desvio-padrão, e comparação entre a primeira e a segunda aplicação, relativamente às subescalas do questionário de susan harter “qual é para ti a importância destas coisas?” (n=92).....	190
Quadro 44 - Competência percebida, importância atribuída e discrepância - comparação entre a primeira e a segunda aplicação, relativamente às subescalas do questionário de susan harter (n=92).....	191
Quadro 45 - Comparação quanto à evolução das aptidões sociais globais (score global).....	192
Quadro 46 - Comparação quanto à evolução das aptidões sociais de acordo com o sexo.....	192
Quadro 47 - Comparação quanto à evolução das aptidões sociais de cooperação.....	193
Quadro 48 - Comparação quanto à evolução das aptidões sociais de assertividade.....	193
Quadro 49 - Comparação quanto à evolução das aptidões sociais de autocontrolo.....	194
Quadro 50 - Correlação entre conhecimentos /habilidades sociais/realização académica/problemas de comportamento.....	195
Quadro 51 - Correlação entre autoestima/conhecimentos/habilidades sociais/autoconceito.....	195
Quadro 52 - Matriz de análise swot – avaliação do projeto.....	218

Índice de Figuras e Diagramas:

Figura 1- Espiral autorreflexiva lewiniana	88
Diagrama 1 – Desenho do estudo	89
Diagrama 2 - Participantes e instrumentos utilizados na fase i do estudo.....	105
Diagrama 3 - Problemas identificados e condições desejáveis	142
Diagrama 4 - Esquematização da metodologia de formação, em que as setas representam a espiral de ciclos da investigação ação.....	149
Diagrama 5 - Etapas na construção/reconstrução do programa	173
Diagrama 6 - Aspectos organizativos do programa	182
Diagrama 7- Plano organizador das categorias e subcategorias emergentes nos discursos da direção da escola.....	202

INTRODUÇÃO

A escola, ao assumir a responsabilidade na formação intelectual, afetiva e emocional dos seus alunos, tornou-se um espaço de promoção da saúde e lugar de eleição para intervenções efetivas de educação para a saúde. Os adolescentes encontram na escola um ambiente favorável ao seu desenvolvimento...um lugar que acompanha o sonho indo ao encontro das suas expectativas.

Enquanto espaço de vivência da sexualidade do adolescente, envolta nas primeiras paixões e no primeiro namoro, a educação sexual deverá ser uma das dimensões do processo educativo, cabendo à escola programar uma ação intencional e sistemática para o seu desenvolvimento.

A sexualidade na adolescência é um ponto fulcral. De facto, enquanto os adolescentes experimentam alterações do desenvolvimento físico, durante a puberdade, provavelmente a área mais estimulante é o seu desenvolvimento psicossocial, uma vez que a partir deste momento se consideram no caminho para a idade adulta. É também neste período da vida que se adquirem e afinam atitudes e competências para uma efetiva participação social, bem como para uma eficaz gestão do bem-estar pessoal.

Existem diversas conceções de compreensão da adolescência, mas todas elas referem a importância dos fatores biológicos e psicossociais relacionados com a fase do ciclo vital em que os adolescentes se encontram. Verifica-se que há importantes domínios de homogeneidade neste campo, nomeadamente quanto às tarefas psíquicas a cumprir, como o estabelecimento duma identidade, todavia a heterogeneidade decorrente do ambiente social e cultural não pode ser negada. Os adolescentes influenciam e são influenciados por vários contextos como a família, a sociedade, a cultura, a economia, o ambiente, a educação e o próprio sistema político.

É uma etapa do desenvolvimento que tem sido alvo de grande reflexão. Das ciências da saúde às da educação, da psicologia à sociologia, são raras as áreas do conhecimento que não dediquem uma parte da sua atenção à adolescência. Existe assim, não só ao nível do nosso país como mesmo a nível mundial um movimento crescente no sentido de se considerar os adolescentes como grupo vulnerável com necessidades de saúde particulares e, como tal, necessitando de cuidados de saúde específicos e acessíveis.

Em termos de saúde global, os adolescentes têm congregado algumas preocupações, não só porque o tipo de sociedade e qualidade de vida futura assentam nos jovens de hoje, mas porque nestes foram observadas evidências do aumento e generalização dos comportamentos comprometedores da saúde (Frasquilho, 1996). Os principais problemas de saúde estão ligados em larga medida, não só aos comportamentos individuais como de grupo (Prazeres, 2002).

Deste modo a promoção da saúde dos adolescentes é essencial, uma vez que o investimento e a adoção de estilos de vida saudáveis perspetiva ganhos em saúde, a médio e longo prazo.

No presente relatório serão usados os conceitos adotados pelas organizações de referência, Organização Mundial de Saúde (OMS) e Direção Geral de Saúde (DGS). A OMS define a população juvenil como o conjunto dos indivíduos de idade compreendida entre os 10 e os 24 anos. Designa de adolescentes e de jovens os indivíduos que têm entre 10 e 19 anos e entre 15 e 24 anos, respetivamente (DGS, 2006: 6). Definindo a DGS o conceito de desenvolvimento nestas idades, como sendo “um processo contínuo através do qual os indivíduos adquirem capacidade de satisfazer as suas necessidades e de incrementar as habilidades e competências pessoais, alargando as redes sociais de pertença” (idem: 11).

O reconhecimento progressivo das características dos adolescentes, bem como das suas necessidades e problemas tem vindo a suscitar um interesse crescente o que muito tem contribuído para o debate da educação sexual. Decorrente dos processos de desenvolvimento próprios da infância e da adolescência, os indivíduos encontram-se mais vulneráveis às influências sociais, que conseqüentemente podem ser determinantes na aquisição e consolidação de comportamentos relacionados com os estilos de vida, nomeadamente os relacionados com a sexualidade. O comportamento sexual é uma área de potencial risco para os adolescentes, o que deriva essencialmente de atividade sexual precoce, algumas vezes sem ponderação das conseqüências possíveis.

Os trabalhos publicados que abordam esta problemática confirmam e constataam a precocidade do início das relações sexuais entre os adolescentes, a inexistência de um parceiro sexual regular e a reduzida utilização sistemática do preservativo nas situações de risco acrescido.

Dos estudos realizados no nosso país, o efetuado por Simões e Matos (2010), numa amostra representativa de adolescentes portugueses do 6º ano de escolaridade (1546 estudantes), revela que 8% dos adolescentes participantes no estudo refere já ter tido relações sexuais, sendo que destes 89% são rapazes. Cerca de 12% refere que já tiveram relações sexuais porque tinham ingerido bebidas alcoólicas. Metade dos adolescentes que dizem já ter tido relações sexuais acham que a maior parte dos amigos do seu grupo também já teve. Outro estudo, realizado por Ferreira (2010), com uma amostra com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos de idade, verificou que, ao longo de 30 anos, que é o intervalo etário entre as duas gerações, a idade média da iniciação sexual masculina recuou menos de um ano, sendo a idade média da iniciação sexual na geração mais velha de 17,3 anos e na mais nova de 16,5. Esta descida contrasta fortemente com a população feminina. Neste caso a idade média diminuiu de 21,2 para 17,2 anos, ou seja, um recuo de 4 anos. Este estudo é ilustrativo da nítida diminuição da idade de iniciação sexual acompanhada de uma convergência intersexual.

Ainda um estudo realizado por Caldeira (2005) no qual participaram 281 estudantes do ensino secundário de escolas do distrito de Évora, revela que 46,8% dos rapazes e 43,2% das raparigas já tiveram relações sexuais. O início da atividade sexual foi semelhante para ambos os sexos, embora ligeiramente mais tardio nas raparigas ($X=15.36$ anos) que nos rapazes ($X=14.93$ anos). A mesma autora no seu estudo verificou ainda que, apesar da maioria dos jovens sexualmente ativos afirmar usar o preservativo como contraceção (73,4%), muitos adolescentes utilizam apenas a pílula (19,5%), considerando apenas a prevenção de uma gravidez indesejada esquecendo o risco de contágio de infeções sexualmente transmissíveis. Os métodos contraceptivos não são usados de uma forma sistemática, apenas 66,4% utiliza o contraceptivo sempre.

Os adolescentes ainda revelam pouco conhecimento sobre infeções de transmissão sexual (Brêtas, Ohara, Jardim & Muroya, 2009), e o conhecimento presente não se manifesta diretamente em práticas preventivas e relacionamentos estáveis. Também manifestam pouco conhecimento sobre o período fértil e ovulação (Anastácio, 2010), insuficiente sobre anatomia e fisiologia da reprodução, não existindo associação entre conhecimentos, a utilização de método anticoncepcional na primeira relação sexual e a intenção de ter um filho naquele momento (Carvalho, Silva & Mello, 2008).

Para além destes resultados, verifica-se ainda um aumento da percentagem de gravidez na adolescência. Referido no relatório do Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), Portugal regista 19 nascimentos por cada 1000 adolescentes entre os 15 e os 19 anos. Sendo ainda um dos maiores problemas o aumento das infeções sexualmente transmissíveis, nomeadamente do vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida, VIH/SIDA, sendo que metade de todas estas novas infeções, cerca de 6000 diariamente, acontecem entre jovens com idades entre os 15 e os 24 anos.

A 31 de Dezembro de 2009 (último relatório do CVEDT-INSA) encontravam-se notificados em Portugal 37201 casos de infeção pelo VIH/sida, nos diferentes estádios de infeção. Do total de 15685 casos notificados no estágio SIDA, 26.1% correspondem a indivíduos com idades entre os 20 e os 29 anos. Do total de 3677 notificações no estágio Portador Sintomático Não SIDA, 26.9% correspondem a idades entre os 20 e 29 anos. E de um total de 17839 notificações no estágio Portador Assintomático, 36% correspondem a notificações nessa mesma faixa etária.

Perante este panorama tornam-se relevantes as intervenções de educação sexual dirigidas aos indivíduos nesta fase da vida. Até porque é inquestionável o papel crucial que a sexualidade desempenha no crescimento e desenvolvimento do adolescente, no relacionamento interpessoal, no respeito, na comunicação, no amor, na autoestima, na assertividade e na autoconfiança. Sendo a promoção da saúde sexual e reprodutiva um importante contributo para a formação pessoal e social dos adolescentes, e uma vez que estes passam um tempo significativo na escola, esta apresenta-se como um lugar privilegiado para a concretização da educação sexual (Ramiro, Matos, Diniz e Simões, 2011). Também os resultados encontrados pela revisão da literatura dão ênfase à necessidade de intervir neste âmbito através de programas (in)formativos.

A educação sexual em meio escolar tem tido um percurso difícil e irregular, sujeita a controvérsias e debates entre os vários intervenientes do processo educativo. Esta questão teve o seu enquadramento legal através da Lei 3/84, de 24 de Março. Apesar desta lei se centrar fundamentalmente sobre o direito ao planeamento familiar, inclui a primeira menção jurídica sobre o direito à educação sexual. Assim, no seu artigo 1º reconhece-se que o Estado garante este direito, como componente do direito

fundamental à educação. E no artigo 2º responsabiliza os professores conjuntamente com os pais pela educação sexual de educandos e filhos.

Desde então, são vários os diplomas legais e documentos orientadores que contemplam a saúde dos adolescentes com enquadramento da ES. Mais recentemente a Lei nº60/2009 veio estabelecer o regime da sua aplicação em meio escolar, no ensino básico e secundário, no âmbito da educação para a saúde. Prevê o desenvolvimento de um programa sistemático, holístico, baseado na promoção de competências pessoais e sociais, centrado nas necessidades de um público-alvo específico. Com esta lei, as escolas viram-se confrontadas com uma nova realidade: a necessidade/obrigatoriedade de implementar a ES. Os atores destes contextos educativos foram assim confrontados com uma lei que lhes exigia novas competências e novos papéis, mas acima de tudo com dúvidas: Como passar do legislado à prática? Quais as alterações organizacionais que tal legislação exige?

Perante a complexidade e a consciência da pertinência da obtenção de respostas às questões levantadas bem como outras decorrentes do atual contexto da implementação da educação sexual, partindo de uma análise retrospectiva do problema, decidiu-se desenvolver um trabalho com os seguintes objetivos:

- Construir, implementar e avaliar um programa de educação sexual, para os alunos do 2º ciclo do ensino básico
- Contribuir para o debate sobre educação sexual na escola
- Promover a mobilização e o envolvimento dos vários agentes educativos (professores, pais/encarregados de educação, enfermeiros, e assistentes operacionais da ação educativa) no projeto de educação sexual.

Com o presente estudo pretendeu-se levar a cabo um projeto de investigação e de ação com o intuito de construir, implementar e avaliar um programa de educação sexual, para os alunos do 2º ciclo do ensino básico, em que fosse possível integrar contributos distintos na construção de um conhecimento socialmente útil, concomitantemente resultado de práticas coletivamente geradas e instigador de mudança dessas mesmas práticas.

O trabalho realizado, tendo por base a metodologia da investigação ação, adotou uma lógica subjacente à metodologia de projeto seguindo os vários momentos propostos por Illback et al (1990, in Menezes, 2007): identificar uma base generativa; proceder à

análise do contexto e avaliação de necessidades; definir os objetivos da intervenção; selecionar estratégias de intervenção; preparar a implementação; implementar e avaliar o processo e os resultados. Proporcionou a participação contínua dos vários atores do processo educativo, possibilitando momentos de (re)construção do processo, monitorização sistemática e reflexão contínua, indo ao encontro dos interesses e necessidades dos jovens a quem se destinou a intervenção.

O programa de educação sexual desenvolvido privilegiou metodologias ativas e participativas e a utilização de estratégias de exploração reconstrutiva (por oposição às unicamente informativas), valorando as experiências dos sujeitos, as interações e o contexto onde elas ocorrem, possibilitando a construção de significados a partir das experiências vivenciadas e refletidas pelos sujeitos (Campos, 1992). Partiu-se do princípio de que a educação sexual não se pode limitar a aspetos meramente informativos. Ela exige um debate de ideias sobre valores pessoais e sociais e deve facultar aos seus destinatários os dados necessários para que estes definam o seu próprio quadro de referências, definidor das suas opções individuais (Marques et al, 2000). A perspetiva unicamente informativa é redutora, sendo, no entanto, necessária, constitui apenas uma ínfima parte do que deverá ser realizado neste domínio. É assim pertinente proporem-se programas de intervenção formativa em contexto escolar que promovam o desenvolvimento de competências pessoais e sociais que habilitem o adolescente a identificar e resolver problemas, gerir conflitos, aperfeiçoar a comunicação interpessoal, defender os seus direitos, resistir à pressão de pares e com estas aprendizagens, otimizar as suas capacidades de escolha e manutenção de um estilo de vida saudável (Matos, 2005), concordante com o pressuposto por Mason (2010) de que os alunos de 10 e 11 anos do século XXI requerem uma educação sexual abrangente e interativa, proporcionada através de uma pedagogia flexível que permita compreenderem as mudanças que enfrentam relativamente aos seus corpos, relacionamentos e sexualidades.

A elaboração do programa teve como fio condutor a definição de objetivos amplos que preparem o adolescente para a vida adulta, promovendo o seu desenvolvimento psicossocial, e ajudando-o na construção de uma imagem positiva do seu corpo como entidade sexuada, levando a uma vivência mais esclarecida e gratificante da sexualidade. Foram assim contempladas a aquisição de conhecimentos, a

apropriação de valores e formação de atitudes e o desenvolvimento de aptidões pessoais e sociais.

Este estudo ancora na óptica do *Sexuality Information and Education Council of the United States* (SIECUS) que define a educação sexual como um processo de aquisição de informação e de formação de atitudes, crenças e valores, relacionados com a identidade, as relações interpessoais e a intimidade, que ocorre ao longo da vida (SIECUS, 2004), na aceção de Sampaio, Baptista, Matos e Silva (2007) que definem a educação sexual como um processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual e na perspectiva de Frade, Marques, Alverca e Vilar (2009) que mencionam três conjuntos de objetivos a ser tidos em linha de conta no que concerne à educação sexual, nomeadamente um primeiro conjunto referente à esfera do conhecimento sobre questões relacionadas com a sexualidade, um segundo conjunto aos sentimentos e atitudes e um terceiro relacionado com o desenvolvimento de capacidades individuais.

O estudo decorreu entre 2009-2012, tendo o programa de educação sexual sido desenvolvido nos anos letivos 2010/2011 e 2011/2012, tendo como principais destinatários os adolescentes que iniciaram o 5º ano no ano letivo de 2010 e acompanhou o seu percurso escolar até ao final do 6º ano.

O 2º ciclo do ensino básico abrange um período díspar da evolução da sexualidade dos adolescentes e do seu desenvolvimento global. Esta fase, caracterizada por mudanças rápidas e um ritmo muito diferenciado de pessoa para pessoa, revela-se um momento crucial para o desenvolvimento de ações de educação sexual, contribuindo para a (in)formação efetiva dos mais jovens. De fato, muito do que o indivíduo é, pensa e faz foi aprendido ou consolidado na segunda década da vida, o que confere uma particular importância aos programas educativos orientados para os adolescentes (Gaspar et al., 2006).

Embora de demarcação pouco definida, é possível considerar, na segunda década da vida, três períodos de desenvolvimento sexual, ocorrendo o primeiro, até cerca dos doze anos, coincidente com o 2º ciclo do ensino básico. Nesta fase, caracterizada por uma relativa estabilidade emocional e pelos primeiros sinais da puberdade, ocorre, a nível intelectual, uma evolução rápida da capacidade de construir raciocínios abstratos, de capacidade reflexiva, de construção teórica e de armazenamento de informação

(Marques et al, 2000). Ainda de acordo com os mesmos autores, assiste-se ao desenvolvimento de novos sentimentos de pudor e de vergonha face ao corpo, enquanto a nível relacional surgem as primeiras paixões. Sentem também necessidade de melhorar as suas relações pessoais e sociais através de um melhor entendimento de si próprios e dos outros. É uma etapa de aprofundamento e de treino das competências sociais e de assertividade, as quais contribuem para melhorar a autoestima e a confiança pessoal, a relação com os outros, a disciplina e o comportamento (Carvalho, 2008).

Em termos globais, nesta fase do desenvolvimento, os jovens têm uma grande capacidade de questionamento, acerca do mundo, do que os rodeia, incluindo a área da sexualidade. Existe uma vontade intrínseca de saber e aprender, a qual não deve ser menosprezada, antes utilizada em prol da (des)construção de saberes. Esta fase de desenvolvimento, pelas suas especificidades, manifesta-se como um período excepcional para o desenvolvimento de intervenções efetivas no âmbito da sexualidade.

Neste contexto, partindo do interesse da escola, do interesse dos vários agentes educativos e das motivações pessoais e profissionais da investigadora, estruturou-se o projeto de intervenção, testando a sua eficácia e efetividade.

Neste estudo assume-se a relevância do trabalho em parceria entre profissionais de saúde e educação, em termos de promoção da saúde num contexto escolar.

A investigação integrou quatro ciclos ou fases, sequenciais, interligados entre si num processo cíclico, em que a investigação nas dimensões antecedentes suportou a problematização da dimensão precedente, a saber: 1ª fase – diagnóstico de situação, envolvendo alunos, professores, pais/encarregados de educação, assistentes operacionais e enfermeiros; 2ª fase – planeamento da ação; 3ª fase – implementação da ação, contemplando, num primeiro momento, a formação de professores, pais/encarregados de educação e assistentes operacionais e, num segundo momento, a construção, implementação e avaliação do programa de ES; 4ª fase – avaliação do impacto da mudança.

No que respeita à organização geral deste relatório, estrutura-se em duas partes basilares: a primeira, que se constitui no enquadramento teórico, e a segunda nos estudos empíricos, ambas incluem dois capítulos.

A primeira parte compreende o quadro teórico implícito à temática em investigação. Inclui uma abordagem à educação sexual e à educação para a saúde e a

importância da educação sexual nas escolas portuguesas. Apresenta-se de seguida a revisão da literatura sobre a adolescência e os principais agentes responsáveis pela educação sexual dos jovens. Por último, resultante da revisão das evidências científicas, evidencia-se a perspectiva de vários autores quanto ao modelo de implementação da educação sexual em contexto escolar, bem como a caracterização internacional de algumas linhas orientadoras e os princípios orientadores a nível nacional.

A segunda parte do relatório contempla o estudo empírico, apresentando no primeiro capítulo as opções metodológicas e no segundo as quatro fases da investigação.

A organização de cada uma das fases, quanto aos procedimentos assumidas pela investigadora, a seleção e construção dos diferentes instrumentos de recolha de dados, a análise dos resultados e a discussão é feita de forma independente.

A primeira Fase, diagnóstica, incluiu um estudo de caracterização e análise do fenómeno da ES na Escola EB2 D. João IV de Vila Viçosa, escola do 2º ciclo do ensino básico, na ótica dos diversos atores, nomeadamente alunos, professores, enfermeiros, pais/encarregados de educação e assistentes operacionais. Pretendeu-se conhecer a opinião, dos intervenientes, as atitudes e as práticas face à ES e identificar as necessidades sentidas em termos de ES. Participaram neste estudo 81 alunos, 96 pais/encarregados de educação, 26 professores, 7 assistentes operacionais da ação educativa e 3 enfermeiras.

A segunda fase, planeamento da ação, abarcou a consensualização do diagnóstico e a constituição da equipa que sustenta o projeto. Integraram a equipa do projeto, além da investigadora principal, onze professores, duas enfermeiras da Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde, um representante dos pais/encarregados de educação e um representante dos assistentes operacionais.

A terceira fase compreendeu a formação/sensibilização e envolvimento de professores, assistentes operacionais da ação educativa e pais. Explana-se o plano de intervenção junto dos vários atores e referem-se e fundamentam-se as estratégias de formação. As ações de formação envolveram 22 professores, 13 assistentes operacionais e 15 pais/encarregados de educação. A par da formação, promoveu-se o envolvimento e compromisso destes com o projeto.

Desta fase da investigação constou também o planeamento, elaboração, implementação e avaliação do programa de educação sexual pela equipa do projeto. Numa etapa preliminar à implementação do programa, toda a equipa debateu atitudes e crenças face à sexualidade humana e a estilos de vida saudáveis, desenvolvimento da sexualidade e suas manifestações ao longo da vida, conteúdos, estratégias metodológicas e técnicas educativas que melhor se adaptavam aos objetivos delineados. Esta fase da investigação, integra os passos seguidos para a planificação, construção e monitorização do programa “Ser & Saber”, programa que foi sendo estruturado, de forma sequencial, à medida que se foram desenvolvendo, avaliando e reavaliando as intervenções. Foram utilizados vários momentos destinados a avaliar a forma e a eficácia das intervenções.

A quarta fase compreendeu a avaliação do impacto da mudança, resultando dos discursos da direção da escola, dos professores e das enfermeiras.

Na conclusão do relatório apresenta-se a síntese das conclusões de cada fase do estudo, as implicações para o futuro e as sugestões.

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A parte I deste relatório tem como objectivo contextualizar as principais bases teóricas e concetuais relevantes para as decisões subjacentes à realização da investigação que integra esta tese.

Partindo deste princípio, encontra-se estruturada em dois capítulos.

O primeiro capítulo apresenta uma abordagem global da adolescência, analisa-se o conceito de sexualidade, nas suas principais facetas, segundo uma perspectiva desenvolvimentista caracterizando o período referente à adolescência, discutem-se os vários conceitos de educação sexual (ES) e o papel dos vários agentes de socialização sexual. Faz-se ainda uma breve resenha histórica da ES em Portugal e dos modelos de ensino a ela relacionados.

O segundo capítulo inclui a revisão do estado da arte no domínio da ES, tendo em conta os princípios orientadores propostos tanto a nível internacional como nacional. Compreende também uma revisão sistemática no domínio da ES em contexto escolar.

CAPÍTULO I - EDUCAÇÃO SEXUAL: DA RESPONSABILIDADE INDIVIDUAL À INTERVENÇÃO DA COMUNIDADE EDUCATIVA

1. ADOLESCÊNCIA: UMA ABORDAGEM GLOBAL

O conceito de adolescência¹ é mencionado como sendo um período de desenvolvimento humano que se situa entre a infância e a idade adulta.

Os estudos sobre a adolescência surgiram há relativamente pouco tempo. No entanto não podemos afirmar que anteriormente esta fase da vida fosse completamente ignorada. A adolescência, como realidade histórica, surgiu nos meados do século XIX, com a Revolução Industrial. A própria sociedade industrial veio exigir a preparação profissional, o que levou a que a escolarização e a formação profissional tenham passado a marcar este período. Também as profundas modificações que se verificaram no seio da família contribuíram, de forma decisiva, para o aparecimento do conceito de adolescência tal como se entende na atualidade.

É principalmente a partir do século XX que começaram a surgir os primeiros estudos científicos sobre este estágio de desenvolvimento que, desde então, tem sido objeto de estudo e de interesse de investigadores das ciências sociais e humanas. Para este facto, muito contribuíram as investigações realizadas pelo psicólogo Stanley Hall, que apelidou a adolescência de estágio evolutivo de desenvolvimento, ímpar, e por isso com direito a uma investigação particular (Sprinthall e Collins,1994).

Através deste longo percurso, a adolescência é hoje considerada uma etapa fundamental da evolução do indivíduo, “é o período de transição entre a infância e a condição de adulto. É um período de rápidas mudanças (no corpo, nas emoções, nas atitudes e valores, no intelecto, nas relações com os pais e com os colegas, na liberdade e responsabilidade) ” (Associação para o Planeamento da Família, APF, 1995:1), ocorrendo, a par do rápido amadurecimento físico, a maturação cognitiva, social e emocional (Hockenberry e Wilson, 2011).

Os adolescentes têm hoje em dia um peso significativo na nossa sociedade, representando 18% da população mundial, sendo que em 2010, o número de

¹ Etimologicamente a palavra “adolescente” deriva da palavra latina “adolescere” que significa “crescer, desenvolver-se, tornar-se jovem” (Becker, 1994: 8).

adolescentes no mundo era de 1.200 milhões, a maior coorte adolescente na história (Fundo das Nações Unidas para a População – UNFPA, 2013).

São muitas as definições de adolescência, mas para falarmos neste período, entendido como um processo de crescimento, desenvolvimento e adaptação, é importante fazer a sua demarcação. Embora seja difícil a sua delimitação cronológica, é relativamente consensual reconhecer os adolescentes como o grupo da população com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos de idade, e os jovens como o grupo da população entre os 15 e os 24 anos (World Health Organization, WHO, 2005).

Este período da vida pode ser sistematizado em várias fases, cujo número varia, não havendo aqui uniformidade de critérios, até porque, como refere Prazeres (2002), os marcos que estão associados, habitualmente, à aquisição do estatuto de adulto têm sofrido mudanças notórias. Nesta perspetiva, a OMS (2005) adota o critério cronológico para defini-la, fundamentado nas mudanças físicas, psicológicas e sociais, considerando três períodos: inicial (entre 10 e 14 anos), intermédio (entre 15 e 17anos) e final (entre 17 e 21 anos - variável).

Esta subdivisão, em três fases, reúne algum consenso entre os diversos autores (Fenwick e Smith, 1995; Frade et al, 2009, Fonseca, 2002; OMS, 2005)

Para Fenwick e Smith (1995) a adolescência inicial é caracterizada em particular pela preocupação com a aparência do corpo em desenvolvimento. Surgem nesta fase, grandes alterações hormonais. O adolescente reclama independência e considera-se um ser individual. Os amigos tornam-se mais importantes e sente necessidade de ter a noção de que pertence a um grupo, os rapazes formam grupos de rapazes e as raparigas têm uma ou duas boas amigas.

Na adolescência intermédia, o adolescente torna-se menos autocêntrico e desenvolve uma maior capacidade de cedência. Faz experiências constantes para encontrar a imagem de si mesmo com que se sinta mais à vontade. Aprende a pensar por si mesmo e toma as suas próprias decisões. Precisa de colher novas experiências, testar limites e correr riscos. Faz, nesta fase, amizades mais duradouras e mais íntimas. Aceita a própria sexualidade e cria relacionamentos sexuais envolvendo novos sentimentos (Fenwick e Smith, 1995). Há a necessidade de individualização em relação à família, manifestando-se muitas vezes através de contestação sistemática, com o objectivo de verificar como os pais reagem (Fonseca, 2002)

Na fase final da adolescência, o adolescente mostra-se mais apto a criar relacionamentos afetivos mais estáveis e há como que uma entrada no mundo da sexualidade do adulto (Fonseca, 2002). Emerge uma maior autonomia, capacidade de opção e decisão em relação à vida profissional, académica, familiar ou cívica, havendo um envolvimento com a sociedade, trabalho e relações fora da família. O adolescente sente necessidade de se dedicar a um curso para obter independência financeira e emocional (Fenwick e Smith, 1995).

O início da adolescência é assim caracterizado, essencialmente pelas modificações ao nível físico, que incluem as mudanças na aparência, nas capacidades físicas e nas características sexuais primárias. A puberdade marca o fim da pubescência, com a aquisição da capacidade de reprodução. No entanto, o início da adolescência nem sempre coincide com o da puberdade, para além de que esta tem a assinalá-la evidências físicas bem definidas, o mesmo não acontecendo com a adolescência.

Deste facto resulta a grande dificuldade em precisar o seu início, pelo que quando se fala neste período da vida têm que ser abordados não só os aspetos biológicos mas também os psicossociais que a envolvem. Todo o desenrolar da adolescência será marcado pelos efeitos fisiológicos, mas também psicológicos e sociais das transformações corporais que se processam. Constituindo um importante indicador de mudança de estágio para a família e para os outros, no qual o indivíduo já não é uma criança mas também ainda não é um adulto (Sprinthall e Collins, 1999; Braconnier e Marcelli, 2000).

A par do crescimento biológico e de todas as transformações do organismo que lhe são inerentes, processa-se no adolescente uma revolução psicológica profunda e duradoura a qual vai culminar na autonomia e na inserção social adulta.

Segundo Almeida (1987) a evolução psicológica do adolescente processa-se paralelamente em quatro vertentes, intimamente ligadas (a emocional, a sexual, a intelectual e a social), sendo esse desenvolvimento conseguido mediante:

1. *“a interiorização das alterações físicas;*
2. *o estabelecimento de um novo tipo de relações (primeiro isossexuais e depois heterossexuais);*
3. *o aparecimento de um comportamento social responsável;*
4. *a evolução para uma personalidade em equilíbrio com os valores éticos da cultura vigente;*
5. *a capacidade para planear e orientar as suas atividades futuras.”* (Almeida, 1987: 57)

Neste processo de desenvolvimento, o adolescente aprende a usar as suas capacidades mentais em desenvolvimento, ao mesmo tempo que procura adaptar-se às mudanças físicas (Whaley e Wong 1989; Sprinthal e Collins, 1994; Hockenberry e Wilson, 2014). Torna-se capaz de ultrapassar, através do pensamento, situações concretas e atuais, evadindo-se do real e do presente para abarcar o possível e o imaginário.

Pode-se dizer que o adolescente já não se preocupa apenas com o presente, começa a pensar além deste, manifestando uma certa preocupação com o futuro.

O “pensamento formal” abre-lhe as portas para a especulação filosófica, pela inteligência ele é igual ao adulto, no entanto “ (...) estas habilidades, assim como a sua capacidade de julgamento são ainda limitadas pela falta de experiência e de conhecimentos que lhe possam fornecer a perspetiva adequada para a solução de problemas” (Whaley e Wong, 1989: 346).

O adolescente passa a ser capaz de raciocinar com base nas hipóteses, capacidade do pensamento hipotético-dedutivo. É capaz de pensar “sobre o que ele próprio e os outros pensam” (Whaley e Wong, 1989: 346), de ver para além do que é possível observar diretamente, e raciocinar em termos do que pode acontecer (Hockenberry e Wilson, 2014). Adquire assim a capacidade de distinguir os seus próprios pensamentos dos pensamentos dos outros e desse modo interpretar de uma forma mais correta o que os outros pensam. Isto leva a que o adolescente veja o mundo de uma maneira mais relativista.

É a partir deste momento, em que o adolescente já é capaz de raciocinar, refletir e discutir, que adquire o estatuto de igualdade no plano intelectual frente ao adulto, o que aumenta a possibilidade de conflitos entre ambos.

Associado a esta capacidade mental encontra-se o seu espírito crítico o que o leva a criticar a família, a escola e a sociedade em geral, sentindo-se frustrado e insatisfeito perante tudo o que agora é capaz de entender.

Há no adolescente um grande empenho em alcançar a maturidade emocional e assim caminhar no sentido de se tornar adulto.

Também ao nível das relações sociais se verificam grandes mudanças, os adolescentes desenvolvem todos os esforços para se libertarem progressivamente das

restrições impostas pelos pais. Este é no entanto, um processo repleto de ambivalência tanto para os adolescentes como para os pais. Os adolescentes querem crescer e abandonar essas restrições, mas sentem-se inseguros à medida que tentam compreender as responsabilidades ligadas à independência (Hockenberry e Wilson, 2011).

Sendo a adolescência a idade da oposição ao meio, à ordem estabelecida, e até mesmo, algumas vezes, de revolta contra os pais, é necessário estar atento aos comportamentos desviantes que daí poderão resultar. Importa no entanto saber o que faz a sociedade para evitar estes comportamentos, para facilitar a passagem da infância à idade adulta, como é que considera os seus adolescentes, que estatuto e que papel lhes atribui.

De uma maneira geral, a sociedade considera-os imaturos, longe de os ajudar, aumenta-lhes a dificuldade de definir a sua situação. A comprová-lo está o prolongamento da duração da adolescência. A entrada na vida adulta, que deveria representar um marco do terminus da adolescência, tem vindo a ser progressivamente retardada. Facto que está diretamente relacionado com condições de ordem social e económica. O fim dos estudos propiciando o início de uma carreira ou o início de uma atividade profissional, que se traduzem na independência dos jovens é, hoje em dia, conseguido tardiamente (Prazeres, 2002). Há assim, uma ambivalência na regulação dos comportamentos dos jovens, se por um lado se consideram os jovens a partir dos 18 anos responsáveis pelos seus atos, nomeadamente do ponto de vista jurídico, por outro lado não lhes são proporcionadas as condições e os recursos necessários para uma vida autónoma em relação à família.

Não importa apenas delimitar o início e fim da adolescência, interessa essencialmente perceber que é uma fase de desenvolvimento caracterizada por um extraordinário crescimento e amadurecimento global, num percurso onde a autonomia relativamente à família é uma das metas, flutuando entre a dependência e a independência em relação à mesma.

Sexualidade na Adolescência

A par de todas as mudanças que acompanham o indivíduo neste percurso, e que o direcionam no caminho da vida adulta, a sexualidade representa um aspeto primordial.

A sexualidade, nesta fase da vida, faz parte do conjunto de transformações que envolvem a própria adolescência e que são provocadas pelo desenvolvimento sexual e que preparam e tornam possível o exercício da sexualidade (Miguel, 1987).

No entanto, as questões sobre a sexualidade e os conflitos que a ela se ligam podem surgir antes da adolescência, e permanecer depois desta etapa; mas não há dúvida de que é neste período do ciclo vital que o lidar com a sexualidade é crucial, porque o adolescente procura construir a sua identidade integrando sentimentos, necessidades e desejos (nomeadamente o desejo sexual ou pulsões sexuais e a sua satisfação), de forma a dar-lhes sentido e coerência em relação a si (Costa, 1998).

A sexualidade do adolescente é contudo, temporariamente desarmoniosa, havendo frequentemente uma discrepância entre o desenvolvimento afetivo e psicológico e o correspondente desenvolvimento físico. A rapidez do crescimento biológico não é acompanhada pela lentidão do crescimento psicológico.

Ao longo deste processo de desenvolvimento, vão processar-se grandes alterações na vida do adolescente como a modificação da relação com os pais e com o grupo, o problema da identidade sexual, que deslizando pelo amor e pela sexualidade, se propõe atingir o que se considera ser o final da adolescência, experimentando a autonomia, a identidade pessoal e o seu próprio sistema de valores que lhe permitam decidir livremente aquilo que quer e aquilo que não quer (Marques e Silva, 1999; Sampaio, 2000).

Para os adolescentes mais novos, à medida que começam a incorporar mudanças que fazem parte da puberdade, também desenvolvem uma identidade emocional e social separada das suas famílias. O processo de desenvolvimento da identidade sexual, nesta fase, envolve habitualmente a formação de amizades próximas com pares do mesmo sexo (Hockenberry, Wilson, 2014). A sexualidade adolescente organiza-se a partir das experiências que o adolescente vai tendo no seu contacto com os pais ou figuras parentais, bem como no seu contacto com o grupo de jovens (Andrade, 1996; Sampaio, 2000). Assim, as mensagens que os pais transmitem acerca da sua própria sexualidade são fundamentais no processo de maturação sexual do adolescente (Sampaio, 2000). Também, neste processo, as interações que se operam entre o jovem e o seu grupo revestem-se de uma importância extrema, podendo mesmo dizer-se que um jovem que passa a adolescência isolado, será provavelmente um jovem com um potencial acrescido

de dificuldades na área da sexualidade, com problemas em assumir a sua autonomia e a identidade sexual (Rodrigues, 1999; Sampaio, 2000).

Depreende-se assim, que no término da adolescência o jovem tenha a sua identidade e relação sexual estável ou quase estável, tenha um projeto e capacidade de decisão, uma ideia sobre o seu futuro, bem como capacidade e assertividade para poder, assente num sistema de valores construídos, decidir sobre esse projeto e em relação à sua própria sexualidade (Andrade, 1996; Sampaio, 2000).

O grupo na adolescência vai evoluindo, sendo o grupo só de rapazes e o grupo só de raparigas substituído, por volta dos 15-16 anos, pelos grupos constituídos por jovens do sexo masculino e feminino. Por sua vez, na fase final da adolescência, a tendência é para estes grupos darem lugar aos pares mais fixos (Sampaio, 2000). Neste último período, grande parte dos rapazes e das raparigas afirmam, já terem tido experiências sexuais (Caldeira, 2005; Ferreira e Torgal, 2011). Ainda segundo Sampaio (2000) aos 18-19 anos só cerca de 20% dos rapazes é que não tiveram experiência de relações sexuais, enquanto esse número nas raparigas se eleva para mais de 50%, evidência também constatada noutros estudos portugueses no que concerne ao fato de ser no grupo dos rapazes que se encontra a maior percentagem dos que já iniciaram a vida sexual (eg., Matos, 2002; Sampaio, 2006; Vilelas Janeiro, 2008; Ferreira e Torgal, 2011).

Partindo do conceito de sexualidade humana, apresentado pelo OMS, “uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental” (Vaz, Vilar e Cardoso, 1996; Frade et al., 2009; Bastos, 2003), apontando-se o seu papel fundamental:

- *“Na identificação: é a sexualidade que nos faz sentir bio-psico-socialmente mulheres ou homens;*
 - *Na reprodução: é através das relações sexuais que um homem e uma mulher podem ter filhos;*
 - *Na relação amorosa: a sexualidade é uma forma de expressão física do nosso amor e reforça a relação amorosa;*
 - *No desejo e prazer: a sexualidade é responsável por desejos extremamente intensos e um prazer muito grande acompanha habitualmente os pensamentos e atividades sexuais”*
- (Miguel, 1990: 19).

A sexualidade é encarada assim como uma realidade que envolve toda a personalidade humana ao longo da vida. Pode considerar-se que se reveste de uma grande complexidade, perante a qual cada indivíduo reage de maneira distinta, podendo contribuir para a perturbação deste ou, pelo contrário, para a sua dignificação e para o seu desenvolvimento. Depreende-se que, fruto das alterações que ocorrem na adolescência, a sexualidade enquanto processo de desenvolvimento assume um lugar de destaque na vida do adolescente.

Apesar da sexualidade estar presente ao longo de toda a vida, manifestando-se de formas diferentes durante o processo de desenvolvimento humano é, no entanto, na adolescência que se manifesta de forma mais intensa o que está relacionado com as próprias mudanças a nível sexual que se verificam no adolescente. O adolescente começa ainda a estabelecer a ligação entre a sexualidade e afetividade, sendo esta ligação possibilitada pela transformação das relações com os pais e pelo maior envolvimento afetivo com os companheiros (Miguel, 1987).

A afetividade, que até aqui era circunscrita à família, passa a orientar-se mais intensamente noutros sentidos. As relações alargam-se a outros amigos e amigas e também a outros adultos.

Segundo Lopez e Fuertes (1999), o ser humano não tem apenas apetência sexual instintiva pré-programada, mas tem, também, necessidades e capacidades afetivas que frequentemente se associam à atividade sexual.

A vida afetiva dos adolescentes é repleta de novidades, sendo a primeira a emergência do instinto sexual que entra na sua fase ativa por ocasião do estabelecimento da função reprodutora. A sexualidade dos adolescentes, normalmente decorre numa relação de intimidade caracterizada por uma troca de sentimentos (reciprocidade) e por uma revelação pessoal mútua e apropriada (Menezes, 1990).

O grupo de pares desempenha uma função importante na elaboração destas relações heterossexuais. Pode-se dizer que o grupo de amigos é essencial à estruturação psicológica e sexual, pois permite confrontar as próprias experiências com as dos outros.

É assim, neste período, que os jovens começam a sentir o desejo intenso de estabelecer com outra pessoa uma relação afetiva especial. Quando este desejo é correspondido surge a formação do par. Esta relação entre o par é normalmente

chamada de namoro. Miguel (1994) acentua a importância do namoro no desenvolvimento afetivo dos adolescentes, “pelo reforço da identificação feminina ou masculina; pela maior segurança que obtém pelo facto de se sentirem amados; pela experiência de um diálogo mais profundo e sincero e pela vivência do prazer em tornar mais feliz o outro” (Miguel, 1994:18).

Garbarino (1985) identifica no namoro duas sequências desenvolvimentais: a sequência tradicional e a sequência contemporânea. Enquanto na sequência tradicional os papéis sexuais apresentam as características convencionais e ao mesmo tempo uma definição precoce de exclusividade, pelo contrário, na sequência contemporânea (“andar junto”) implica uma visão menos estática da relação e uma atitude de igualdade entre os sexos (Menezes, 1990).

O namoro na adolescência, para além do aspeto recreativo que desempenha principalmente no início desta, dá ao jovem um estatuto prestigiado dentro do grupo pois pode representar um sinal de maturidade social. Proporciona também uma aprendizagem não só sobre os desejos e interesses do sexo oposto como também sobre a própria personalidade, aumenta a autoestima, promove o desenvolvimento da autonomia (uma vez que existe um investimento por parte do jovem noutros fora da própria família), possibilita a experimentação de comportamentos sexuais e permite selecionar um companheiro para uma relação séria (Menezes, 1990).

Toda a vivência da sexualidade, nas mais frequentes formas de expressão (heterossexualidade e homossexualidade), abarca interações sociais e relações interpessoais importantes, as quais aliadas à pouca experiência do adolescente e, muitas vezes, aos seus poucos conhecimentos em matéria de sexualidade pode envolver riscos.

No caso dos comportamentos sexuais, a gravidez não desejada e as infeções sexualmente transmitidas encontram-se entre os riscos da vivência de uma sexualidade desprovida de responsabilidade. Esta irresponsabilidade, de que se revestem as relações dos adolescentes, associada a um “otimismo irrealista” geralmente culmina com consequências para os jovens. A tendência para achar que o azar só acontece aos outros leva-os a sentirem-se despreocupados e, muitas vezes, a correrem riscos.

A percepção de vulnerabilidade definida como “uma suscetibilidade pessoal percecionada face à ocorrência de um acontecimento” (Nodin, 2001: 64), assume grande importância na avaliação de comportamentos de risco ao nível da saúde sexual e

reprodutiva e é ainda responsável pelo evitamento de comportamentos de risco e pelo início de comportamentos preventivos (Nodin, 2001). Nos estudos realizados por Costa e Lima (1998), citados por Lima (2003), constatou-se que a percepção de vulnerabilidade à SIDA estava inversamente relacionada à confiança no parceiro e na relação: quanto maior a confiança no parceiro, menor a percepção de vulnerabilidade à SIDA. De facto, os indivíduos com comportamentos de risco consideram-se vulneráveis às consequências negativas desses comportamentos, e os que tomam medidas preventivas consideram-se menos vulneráveis a essas consequências (Nodin, 2001).

Através de diversos estudos (e.g., Nodin, 2001; Roque, 2001; Cruz et al, 1997; Bekaert, 2005; Borges, 2007, Vilelas Janeiro, 2008), tem-se verificado que é na adolescência que se inicia, na maioria dos casos, a vida sexual dos rapazes e raparigas, a qual corresponde a um início cada vez mais precoce. O início desta atividade não está contudo ligado a uma educação sexual consistente, nem tão pouco a um conhecimento da biologia, ou da fisiologia do sexo ou da reprodução, por isso muitos não utilizam medidas contraceptivas (United Nations Population Fund, 2003) ou utilizam mal ou de forma inconsistente o preservativo (Centers for Disease Control and Prevention, 2000; Caldeira, 2005), o que conduz a que o comportamento sexual seja uma área de potencial risco para os jovens, não só por esta precocidade nas relações sexuais mas também pela falta de conhecimentos e ponderação dos riscos possíveis. Comportamentos como as relações sexuais sem recurso à utilização do preservativo, múltiplos parceiros sexuais e relações sexuais com estranhos (Bakker, 1999; Cerwonka, Isbell & Hansen, 2000; Programa das Nações Unidas sobre HIV/SIDA, UNAIDS, 2002; Matos et al., 2008) constituem uma grave ameaça à saúde física e psicológica dos adolescentes, assim como ao seu bem-estar social (Vesely et al, 2004). A própria vulnerabilidade biológica, psíquica e social, próprias desta fase de desenvolvimento, é muitas vezes potenciada por comportamentos de risco. Assim, a nível mundial, encontramos os adolescentes como um grupo especialmente vulnerável em termos de saúde sexual (Fundo das Nações Unidas para a população, FNUAP, 2005; Matos, Gonçalves & Gaspar, 2003).

Para além dos jovens, protagonistas, a própria sociedade também tem a sua “quota-parte” neste problema, pois tendo-se tornado progressivamente mais permissiva, se por um lado, possibilita uma maior liberdade aos jovens e até mesmo fomenta de uma forma indireta a atividade sexual, por outro lado, não reconhece os jovens como

sexualmente ativos e dessa forma nem os pais nem o sistema educativo, nem o próprio sistema de saúde oferecem as condições necessárias aos adolescentes para que vivam uma sexualidade sem riscos (Lopez & Oroz, 1999). Como refere Sá (2002), um “clima sexual” aparentemente aceitável e não punível pelos adultos, trouxe consigo a preocupação com a sexualidade dos adolescentes.

Ao mesmo tempo as modificações operadas no interior das famílias, a demissão da família das suas funções parentais ou a partilha destas com outras instituições, os conflitos sociais, a presença quase constante da violência, assim como, todas as condições geradoras de ansiedade próprias da vida atual, funcionam como condicionantes dos comportamentos dos jovens.

A família, à medida que o tempo de escolaridade aumenta e que a carga horária semanal se intensifica, vê-se progressivamente substituída pelos agentes educativos em meio escolar e pelo grupo de amigos o qual se torna o ponto de referência das normas de conduta (Prazeres, 2002; Hockenberry e Wilson, 2014). Esta falta de supervisão adulta também diminui a oportunidade dos adolescentes para comunicar e desenvolver relações íntimas com os pais ou adultos que os apoiem (Hockenberry e Wilson, 2014).

A ausência de modelos e valores significativos para os jovens, a fragilidade de equilíbrio que os caracteriza dentro do contexto sociocultural, concomitantemente com a sua necessidade de independência, autoafirmação e acesso ao estatuto de adulto levam os a deslizar facilmente para uma forma de comportamento antissocial (Whaley e Wong, 1989).

A educação da afetividade como base estruturante da educação sexual dá aos jovens, a possibilidade de uma vida adulta consciente, responsável, estável e equilibrada do ponto de vista afetivo, na qual o desenvolvimento afetivo é essencial para o processo formativo (Nelas, 2010).

Aprender sobre sexualidade faz parte de todo o processo de aprendizagem, devendo ser entendida como uma parte integrante da educação para a vida. Esta deve ser iniciada na infância e ter em consideração as características de cada etapa do desenvolvimento.

Neste aspeto a família, a escola, os serviços de saúde e a comunidade em geral têm um papel fundamental na promoção e desenvolvimento de aprendizagens efetivas que conduzam os jovens no caminho de uma vida adulta criteriosa e saudável.

No entanto, a família, por incapacidade, indisponibilidade ou alheamento, fruto de algumas crenças ou défice de informação, mantém, muitas vezes uma posição passiva relativamente à ES dos seus educandos. Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, na maioria dos casos, só pontualmente desenvolvem intervenções de educação sexual na escola. Por sua vez os professores, escudando-se na falta de formação sobre a temática, também não abordam os temas com os alunos.

Perante o atual contexto, com indicações precisas acerca do regime de aplicação da educação sexual na escola², sendo esta, objeto de inclusão obrigatória nos projetos educativos dos agrupamentos de escolas e escolas não agrupadas, em parceria com os profissionais de saúde das unidades de saúde e a participação ativa dos estudantes e dos pais/encarregados de educação, mais se justifica o papel ativo da escola enquanto instituição/organização³ educativa, com uma cultura própria e mobilizadora dos diversos intervenientes do processo educativo.

A escola, através dos seus professores e outros profissionais, os profissionais de saúde e a família, enquanto agentes de educação dos adolescentes, têm um papel a cumprir no âmbito da ES, pelo que devem unir esforços, traçar objetivos comuns e definir estratégias no sentido de conduzir os mais novos no processo de construção do seu projeto de vida. Para tal, é fundamental criar espaços de discussão e reflexão, identificando as necessidades e estruturando um percurso que não tem de ser, necessariamente, solitário, ensinando, apoiando e orientando os mais novos.

² Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto. Diário da República, 1.ª série — N.º 151 — 6 de Agosto de 2009

³ Em sentido geral, uma organização pode ser entendida como “uma entidade social, conscientemente coordenada, gozando de fronteiras delimitadas, que funciona numa base relativamente contínua, tendo em vista a realização de objetivos” (Bilhim, 2008: 21)

2. EDUCAÇÃO SEXUAL NAS ESCOLAS PORTUGUESAS

Neste ponto optamos por apresentar o percurso legislativo por nos parecer importante para a compreensão e enquadramento do nosso estudo.

No que se refere à educação sexual na escola, a problemática mantém a sua complexidade, tendo sido ao longo dos anos, no nosso país, alvo de acesos debates políticos e ideológicos e testemunhado o difícil processo de estabelecimento de uma política educativa de ES.

Com uma história feita de avanços e recuos, viu aprovada a primeira menção jurídica, sobre o direito à ES na Lei 3/84 de 24 de Março. Esta lei abrange uma visão ampla da ES e planeamento familiar. Preconiza, no seu artigo 1º nº1 que “o estado garante o direito à ES, como componente do direito fundamental à educação”. Para garantir a ES nas escolas “os programas escolares incluirão, de acordo com os diferentes níveis de ensino, conhecimentos científicos sobre anatomia, fisiologia, genética e sexualidade humanas, devendo contribuir para a superação das discriminações em razão do sexo e da divisão tradicional de funções entre mulher e homem” (art.º 2º, nº2). Além disso o estado compromete-se ainda a prestar particular atenção à formação de professores, quer inicial, quer contínua, por forma a muni-los do conhecimento e da compreensão da problemática da ES e a criar condições adequadas de apoio aos pais, relativamente à ES dos seus filhos (art.º 2º, nº3 e nº4). Aos profissionais de saúde, envolvidos em ações de planeamento familiar, é exigido que os seus currículos de formação incluam o ensino de conhecimentos científicos sobre educação sexual (art. 16).

Esta lei, inovadora, contempla aspetos essenciais à educação sexual, abarcando as condições fundamentais para se constituir no ponto de partida da mesma, tais como a inclusão dos conteúdos nos currículos escolares, a formação de professores, a formação de profissionais de saúde e a participação dos pais. Enquadra e dá suporte à promoção da ES em meio escolar perspetivando já uma cooperação intersectorial.

Ainda na década de oitenta foi aprovada a Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE) (Lei nº46/86 de 14 de Outubro), que no seu ponto 2 do art.º 47º propõe que os planos curriculares do ensino básico incluam em todos os ciclos uma área de formação pessoal e social, que pode deter como componentes a educação ecológica, a educação

familiar, a educação do consumidor, a educação sexual, a prevenção de acidentes, a educação para a saúde, a educação para a participação nas instituições, serviços cívicos e outros do mesmo âmbito.

Esta lei contempla a ES, situando-a numa área de desenvolvimento pessoal e social dos jovens e não apenas circunscrita aos aspetos biológicos.

A reforma educativa subsequente à Lei 46/86 traduz-se:

- na conceção de uma nova disciplina no currículo escolar dos alunos dos 2º e 3º ciclos denominada Desenvolvimento Pessoal e Social. Nesta disciplina, no que concerne à educação sexual, eram abordados conteúdos relativos ao planeamento familiar, saúde, responsabilidade na sexualidade e a dimensão afetiva (Puerto, 2009).
- na introdução de conteúdos ligados à reprodução humana nos programas de Ciências da Natureza, no 2º ciclo, e Ciências Naturais/Biologia, no 3º ciclo e ensino secundário. Os conteúdos abordam apenas os aspetos anátomo-fisiológicos da reprodução humana, métodos contraceptivos e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.
- na criação da Área Escola, área de desenvolvimento de projetos, onde, entre outros temas é tratada a educação sexual.

Nos anos oitenta, com o emergir da SIDA, surgem novas preocupações, dando-se início às primeiras campanhas de prevenção da SIDA e a ES passa a ser vista como uma forma de prevenir o crescimento desta epidemia. O Programa de Promoção e Educação para a Saúde (PPES)⁴ vai ocupar-se com as questões relacionadas com os comportamentos sexuais dos jovens (Puerto, 2009).

Na década seguinte, a Lei de Bases da Saúde, Lei nº48/90 de 24 de Agosto, na sua Base II, vem dar ênfase ao papel do Estado na promoção da saúde e prevenção da doença priorizando-as, é incentivada a educação das populações para a saúde e aponta as crianças e os adolescentes como grupos sujeitos a maiores riscos para os quais são tomadas medidas especiais, e na Base VI refere que as escolas, entre outros departamentos, devem ser envolvidas na promoção da saúde.

⁴ O PPES, organismo do Ministério da educação criado em 1993, teve como origem o projeto “Viva a escola”. Inicialmente direcionado para a prevenção da toxicod dependência vai incluir, posteriormente, a prevenção da SIDA e a educação sexual. Foi extinto em 2003.

Na sequência destas preocupações, surge, nos anos letivos de 1995/96 e 1997/98, um projeto experimental de ES, o qual foi desenvolvido em cinco escolas do país. Este projeto foi proposto pela APF, em parceria com o PPES, com o apoio técnico da Direcção-Geral de Saúde (DGS).

A 23 de Março de 1998, foi efetivado o primeiro Despacho Conjunto nº271/98 entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério de Educação (ME) tendo como objetivo fulcral organizar o trabalho conjunto no âmbito da promoção e educação para a saúde (EpS), particularmente da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde⁵ (RNEPS), determinando que as escolas ou agrupamentos de escolas e os centros de saúde assumam responsabilidades complementares na promoção da saúde da comunidade educativa, comprometendo-se os dois ministérios a fomentar o desenvolvimento da RNEPS.

De acordo com as deliberações da Conferência Europeia de Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS), as escolas em estreita articulação com os serviços de saúde, as famílias e demais agentes da comunidade educativa, devem gerar condições que visem o desenvolvimento integral de crianças e jovens na promoção de estilos de vida saudáveis, de acordo com os princípios de: democracia, equidade, *empowerment*, ambiente escolar, curriculum, formação, avaliação, colaboração, parceria, sustentabilidade (Comunidades Europeias, 1995)

Em 1 de Outubro de 1998, na prossecução do referendo sobre a despenalização da interrupção voluntária da gravidez, em Junho de 1998, e das controvérsias criadas à volta deste, foi aprovado através da Resolução do Conselho de Ministros nº124/98⁶, o Relatório Interministerial⁷ para a elaboração de um Plano de Ação para a Educação

⁵ A RNEPS é um modelo organizativo de implementação da Promoção e Educação para a Saúde em meio escolar. Esta rede de escolas está vinculada à Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, um projeto do Conselho da Europa, da Comissão Europeia e do sector regional para a Europa da Organização Mundial de Saúde (OMS). Portugal aderiu à Rede Europeia em 1994. A adesão à rede era voluntária, a pedido da escola e respetivo centro de saúde e a formalidade consistia na assinatura de um “Contrato de Adesão”, onde estavam estipulados certos requisitos, nomeadamente o de “Comprometer-se a contemplar no projeto educativo de escola (PEE) os princípios orientadores de uma Escola Promotora de Saúde e a elaborar e desenvolver o seu Plano de Atividades de acordo com os mesmos”.

⁶ Neste documento, é referido que, com o intuito de dar cumprimento aos princípios previstos na Lei nº3/84, o Governo decidiu “identificar as ações já em curso, com o objetivo de as potenciar e desenvolver, numa perspetiva de articulação e cooperação intersectorial, bem como definir todas aquelas que permitam melhor alcançar os objetivos em causa (Resolução do Conselho de Ministros nº124/98, de 1 de Outubro de 1998; D. R. Nº243, de 21/10/1998)

⁷ As instituições que integraram a Comissão foram: Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Secretaria de Estado da Juventude e Ministério do Trabalho e da Solidariedade.

Sexual e Planeamento Familiar. O documento visa concretizar os princípios previstos na Lei nº3/84, entendendo a ES como uma componente essencial da EpS.

O Relatório da Comissão Interministerial produziu um conjunto de metas e ações a desenvolver articuladamente, conferindo algumas responsabilidades ao Ministério da Educação (Sampaio et al, 2005), nomeadamente:

- *“Constituição de Equipas Locais de apoio às escolas de diferentes níveis;*
- *Trabalhar com a Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde no sentido de, gradualmente, as escolas assumirem a componente da Sexualidade no seu projeto educativo das escolas;*
- *Fomentar parcerias e apoiar a intervenção educativa de outros Ministérios”* (Sampaio et al, 2005: 24).

A 2 de Novembro de 1998 a Assembleia da República cria a Resolução nº51/98 sobre educação sexual e planeamento familiar recomendando ao Governo a regulamentação do artigo 2º e do artigo 10º da Lei nº 3/84, de 24 de Março, o recurso aos meios de comunicação social como suporte de uma ampla campanha nacional informativa sobre estas matérias, a promoção de programas de formação de pessoal devidamente habilitado para reforçar as equipas pluridisciplinares a nível da educação e da saúde e ação social, a criação em todos os centros de saúde, de consultas de planeamento familiar e a efetiva gratuitidade destas consultas e dos meios contraceptivos prescritos no âmbito das mesmas.

A Lei n.º 120/99, de 11 de agosto, reforçou as garantias do direito à saúde, versando a promoção de uma vida sexual e reprodutiva saudável e responsável. O artigo 2º desta lei consagra cinco medidas no âmbito da ES, nomeadamente:

- 1 – “Nos estabelecimentos de ensino básico e secundário será implementado um programa para a promoção da saúde e da sexualidade humana, no qual será proporcionada adequada informação sobre a sexualidade humana, o aparelho reprodutivo e a fisiologia da reprodução, sida e outras doenças sexualmente transmissíveis, os métodos contraceptivos e o planeamento da família, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidades e a igualdade entre os géneros.*
- 2 - Os conteúdos referidos no número anterior serão incluídos de forma harmonizada nas diferentes disciplinas vocacionadas para a abordagem interdisciplinar desta matéria, no sentido de promover condições para uma melhor saúde, particularmente pelo desenvolvimento de uma atitude individual responsável quanto à sexualidade e uma futura maternidade e paternidade conscientes.*
- 3 - A educação para a saúde sexual e reprodutiva deverá adequar-se aos diferentes níveis etários, consideradas as suas especificidades biológicas, psicológicas e sociais, e envolvendo os agentes educativos.*

4 - Na aplicação do estipulado nos números anteriores deverá existir uma colaboração estreita com os serviços de saúde da respetiva área e os seus profissionais, bem como com as associações de estudantes e com as associações de pais e encarregados de educação.

5 - Nos planos de formação de docentes, nomeadamente os aprovados pelos centros de formação de associações de escolas dos ensinos básico e secundário, deverão constar ações específicas sobre educação sexual e reprodutiva”.

No seguimento desta lei é publicado o Despacho Ministerial nº 15.587/99 de 11 de Agosto que cria a Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde (CCPES), que sucedeu ao Programa de Promoção e Educação para a Saúde (PPES), a qual se viria a desarticular em 2003 (Vilar e Carriço, 2009).

A Lei 120/99 foi regulamentada através do Decreto-Lei nº 259/2000, de 17 de Outubro, o qual estabelece que o projeto educativo de cada escola contemple, obrigatoriamente, a abordagem da promoção da saúde sexual e da sexualidade humana, quer numa perspetiva interdisciplinar quer integrada em disciplinas curriculares cujos programas incluem a temática (artigo 1º, nº1), a qual deve posteriormente ser considerada nos projetos curriculares de cada turma numa abordagem transversal, por forma a garantir uma intervenção educativa integrada. A aplicação das medidas previstas nesta lei é da competência dos estabelecimentos de ensino e de saúde, quer através de intervenções específicas quer desenvolvendo ações conjuntas, em associação ou parceria.

No sentido de cumprir o preconizado pelos vários documentos de política educativa, foram estabelecidos protocolos de colaboração entre o ME e Organizações Não Governamentais (ONG), nomeadamente com a APF, o Movimento de Defesa da Vida e a Fundação Portuguesa Comunidade Contra a Sida

Em 2000 é publicado o documento Educação Sexual em Meio Escolar – Linhas Orientadoras, produzido no âmbito do projeto Educação Sexual e Promoção da Saúde nas Escolas: Um projeto experimental. Contou com a participação dos Ministérios da Saúde e Educação e APF. Reveste-se de uma grande importância, uma vez que clarifica o conceito, o quadro ético de referência e a metodologia mais coerente com a ES. Além disso fornece algumas diretrizes para o desenvolvimento de programas, formação de professores e de outros profissionais de educação e articulação entre a família e a escola.

Em Junho de 2005 é publicado o Despacho nº 19737/2005 (2ª série), com a finalidade de ser criado pelo ME, no âmbito da DGIDC, um grupo de trabalho incumbido de estudar e propor parâmetros gerais dos programas de educação sexual em meio escolar, na perspectiva da promoção da saúde escolar.

Resultante das conclusões do relatório preliminar do Grupo de Trabalho da Educação Sexual (GTES) e do parecer do Conselho Nacional de Educação, em 28 de Novembro de 2005, o Despacho nº 25995/05 aprovou os princípios orientadores das conclusões desses documentos no que se refere ao modelo de educação para a promoção da saúde.

Em 2006 é assinado um Protocolo entre o ME e o MS com o intuito do desenvolvimento de atividades de promoção para a saúde em meio escolar. O Protocolo prevê um trabalho conjunto na definição de modelos de intervenção, na dinamização e monitorização de projetos, na criação de programas de formação de professores e de profissionais de saúde em ES (Vilar & Carriço, 2009). Refere ainda que a estrutura nacional da parceria é constituída pela DGIDC, em representação do ME e pela DGS em representação do MS, aos quais compete “criar condições para uma efetiva parceria entre as estruturas operativas de ambos os Ministérios, bem como articular com a Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde” (Protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, 2006).

Na sequência deste protocolo, o Despacho nº 15987/06, de 27 de Setembro, vem determinar a inclusão no projeto educativo da escola de quatro áreas prioritárias, nomeadamente saúde alimentar, prevenção do consumo de substâncias psicoativas, violência e educação sexual. O mesmo define ainda a nomeação de um professor-coordenador em cada agrupamento/escola e a articulação com os Centros de Saúde e a família.

Em Setembro de 2007 o GTES apresenta o relatório final expondo as suas principais conclusões onde reafirma a importância da promoção e educação para a saúde nas escolas do 1º ao 12º ano, a qual deve ser considerada obrigatória em todos os estabelecimentos de ensino e integrar o projeto educativo da escola. “A educação sexual deverá existir em todas as escolas, em articulação com as estruturas de saúde. Deverá ser abordada de acordo com a idade dos alunos, através de ações com continuidade, organizadas segundo a metodologia de projeto” (Sampaio, 2007:4). Propõe ainda um

programa mínimo e obrigatório para todos os estudantes, consoante o ciclo de ensino em que se encontram, sujeitos a avaliação dos conhecimentos (Sampaio, 2007).

Na sequência deste relatório, em 6 de Agosto de 2009, é publicada a Lei nº 60/2009 através da qual se estabelece o regime de aplicação da ES em meio escolar, concretamente no ensino básico e secundário, no âmbito da EpS.

A mesma lei refere ainda, no seu artigo 5º, que a carga horária dedicada à educação sexual deve ser adaptada a cada nível de ensino e a cada turma, não devendo ser inferior a seis horas para o 1.º e 2.º ciclos do ensino básico, nem inferior a doze horas para o 3.º ciclo do ensino básico e secundário, repartidas de forma equilibrada pelos diversos períodos do ano letivo. É também salientada a obrigatoriedade de inclusão da educação sexual nos projetos educativos dos agrupamentos de escolas/escolas não agrupadas (artigo 6º).

Cada agrupamento de escolas/escola não agrupada deverá ter uma equipa interdisciplinar de EpS e ES, coordenada por um professor-coordenador. É garantida, pelo ME, a formação necessária aos professores que integram as equipas interdisciplinares de EpS e ES.

Prevê também a criação de gabinetes de informação e apoio nos agrupamentos de escolas/escolas não agrupadas dos 2º e 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário, os quais articulam a sua atividade com as respetivas unidades de saúde da comunidade local ou outros organismos do Estado.

Esta lei ressalva que a EpS e a ES devem ter o acompanhamento dos profissionais de saúde das unidades de saúde e da respetiva comunidade local. O Ministério da Saúde garante as condições de cooperação das unidades de saúde com os agrupamentos de escolas ou escolas não agrupadas. O Ministério da Educação e os agrupamentos de escolas e escolas não agrupadas podem ainda criar protocolos de parceria com organizações não-governamentais, devidamente reconhecidas e especializadas na área.

No seu artigo 11º menciona que os encarregados de educação, os estudantes e as respetivas estruturas representativas devem ter um papel ativo na prossecução e concretização das finalidades desta lei.

No que respeita à entrada em vigor, a lei prevê o início do ano letivo 2009/2010 com exceção para os gabinetes de informação e apoio que deverão iniciar no ano letivo 2010/2011.

Esta lei consagrou assim as bases gerais do regime de aplicação da ES em meio escolar, conferindo-lhe o caráter de obrigatoriedade.

Em 9 de Abril de 2010, a Portaria 196-A/2010 procede à regulamentação da Lei n.º 60/2009, de 6 de Agosto, e define as orientações curriculares para os diferentes níveis de ensino.

No seu artigo 5º define ainda a carga horária dedicada à ES adaptada a cada nível de ensino e a cada turma, referindo que não pode ser inferior a 6 horas para o 1º e 2º ciclo do ensino básico, nem inferior a 12 horas para o 3º ciclo do ensino básico e secundário, distribuídas ao longo do ano letivo.

3. INFORMAÇÃO *VERSUS* EDUCAÇÃO SEXUAL

A sexualidade como fenómeno complexo pode ser perspectivada sob diferentes abordagens científicas, salientamos a perspectiva psicológica, biológica e social. Agrega componentes sensoriais e emotivo-afetivos, cognitivos e volitivos, sociais, éticos e espirituais, adquirindo sentido no contexto de um projeto de vida que promova o conhecimento e a aceitação de si próprio e o conhecimento e aceitação do outro (Dias et al, 2002). Parte integrante de cada indivíduo, contribui para a sua identidade ao longo da vida e para o seu equilíbrio físico e psicológico. A OMS remete para um conceito alargado de sexualidade ao defini-la como “uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura, intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos tocamos e somos tocados; É ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações, e por isso influencia também a nossa saúde física e mental.” É parte integrante do desenvolvimento de cada pessoa e contribui de forma positiva para o bem-estar pessoal e relacional.

Dada a importância conferida à sexualidade humana, mais se justifica que a ES faça parte da educação integral da pessoa.

Ao abordar a problemática da adolescência não se pode deixar de abordar a informação sob o prisma da socialização, comunicação e interação uma vez que as relações humanas assentam em ações e reações baseadas na comunicação.

Neste período do desenvolvimento humano é necessária uma informação adequada aos jovens, para que estes possam agir de forma criteriosa, pois só o conhecimento da sexualidade poderá conduzir à opção consciente no exercício da mesma. De facto existe, cada vez mais, uma maior compreensão, por parte de adultos e adolescentes, de que os conhecimentos sobre sexualidade, longe de encorajarem a promiscuidade, podem antes servir para desenvolver as capacidades de comunicação, de entendimento mútuo, de ternura, de sensibilidade e de responsabilidade em relação aos outros (Rodrigues, 2003).

É assim imprescindível que uma informação e educação adequadas sobre sexualidade, façam parte da formação dos adolescentes ajudando-os a estruturarem critérios que lhes permitam viver uma sexualidade humanizada. A informação sexual, entendida como o “(...) conjunto de informações anatómicas, fisiológicas e psicossociais

que podem permitir a um rapaz ou rapariga conhecer e compreender melhor o seu corpo, o seu funcionamento sexual e reprodutor, os processos contraceptivos e os aspetos psicológicos da sexualidade, e que lhe permitem também compreender-se na grande variedade de comportamentos sexuais existentes” (Miguel, 1983: 19), é fundamental para que os jovens consigam ultrapassar as inibições, medos e vergonhas que muitas vezes são fatores de perturbação na forma como a sexualidade é vivida, e ainda possibilitar que cada um possa determinar o seu comportamento sexual numa forma mais livre, de acordo com as suas ideias e opções (Miguel, 1983).

Para uma informação eficaz, é assim necessário a existência de uma boa comunicação entre adolescentes/adultos e pais. A falta de diálogo que muitas vezes se verifica entre estes, leva à criação de barreiras que funcionam como obstáculos a uma informação com bases científicas, sendo de salientar que a sua abordagem, deveria ser feita, tendo em conta Vilar (1987), no período inicial da aprendizagem, pela família (pai, mãe, irmãos, irmãs), uma vez que as interrogações sobre a sexualidade surgem na criança desde muito antes da idade escolar. Também na adolescência os pais continuam a ter um papel essencial pois “numa fase em que o relacionamento erótico e afetivo se torna mais explícito, a reação (positiva ou negativa) dos pais face a este processo continua a contribuir para a formação de valores e atitudes do jovem face à vida sexual” (Vilar, 1987: 169).

Tal facto não parece ser uma realidade, os vários estudos indicam que os rapazes e raparigas consideram que os amigos foram a sua principal fonte de informação sexual (eg. Nodin, 2001; Sprinthall & Collins, 2003; Vilar & Ferreira, 2008). Os pares, dada a proximidade de idades, gostos e interesses, constituem modelos sexuais reais que favorecem os processos de identificação (Puerto, 2009). Num estudo realizado por Dias, Matos & Gonçalves, verifica-se que a maioria dos adolescentes considera os pares como uma fonte confortável e acessível de informação e suporte, permitindo-lhes sentirem-se mais à-vontade para trocar ideias, ouvir conselhos e opiniões e esclarecer dúvidas

“Eu a conversar com as minhas amigas, já tirei muitas informações e fiquei a saber coisas que nem sequer sabia. Os amigos são a forma mais fácil de obtermos informação sobre isso...”; “Nem todos têm a abertura para falar com os pais. Com os amigos falamos abertamente, dão-nos conselhos, trocamos ideias. Contamos as nossas coisas, não temos tabus. Vai-se sabendo coisas novas, diferentes experiências, cada um tem a sua e podemos aprender com os outros a ver como é que podemos tomar as decisões” Dias, Matos & Gonçalves (2007: 629)

A este propósito Vilar (1987) diz-nos que, “(...) face ao “mutismo sexual” dos adultos, face ao desejo de autonomia dos jovens em relação aos primeiros, face à visão negativa repetidamente expressa pelos adultos em relação à sexualidade dos adolescentes, as respostas e as perguntas ou o pedido de conselho faz-se junto dos outros adolescentes muitas vezes tão pouco informados como quem pede ajuda (...)” (Vilar, 1987: 169). Os adolescentes procuram assim fontes de informação que nem sempre são as mais adequadas. As informações trocadas entre os jovens, não advindo de uma fonte muito segura, são assim fragmentadas e na maior parte das vezes falsas. O problema da aprendizagem com os pares, reside no facto destes, por estarem de uma maneira geral tão mal informados sobre os assuntos da sexualidade (Sprinthall & Collins, 2003), nem sempre veiculam informações e práticas corretas.

Para além dos amigos, os meios de comunicação social também se revestem de uma importância significativa neste contexto. Os jornais, as revistas, a televisão e a internet em particular, têm vindo a assumir um impacto crescente intervindo como meio de divulgação alargado de novos temas. Apesar disso, há que ter em conta que o facto de os jovens terem atualmente muita facilidade em obter informação não garante que estes elejam informação correta e, conseqüentemente, que as suas escolhas sejam as mais adequadas. Daí que a ES poderá desempenhar um papel relevante na seleção desta informação, contribuindo para que seja utilizada da melhor forma (Piscalho, 2000). De facto os jovens precisam de mais e melhor informação e ES, não para obter um modelo de comportamento predefinido, mas para poderem fazer as suas próprias escolhas.

A informação sobre a sexualidade é uma vertente essencial na ES, mas não é suficiente. Para que os programas sejam eficazes, é necessário que os jovens possam obter competências nesta área, em muitos casos idênticas às que necessitam para a vida: a ES é, por isso e acima de tudo, uma questão de educação (Sampaio et al, 2005).

Na opinião de vários autores (eg.,Lopes, 1993; Miguel, 1987, Rodrigues, 2003) é necessário consciencializarmo-nos de que os conhecimentos sobre sexualidade, ao invés de encorajarem a promiscuidade, potencializam o desenvolvimento das capacidades de comunicação, ternura, entendimento, sensibilidade para conosco e com os outros. A mudança de atitudes promovida pela informação e educação sexual adequadas vai refletir-se na iniciação mais tardia das relações sexuais, no conhecimento real da contraceção e na diminuição para contrair doenças sexualmente transmissíveis este fato

é comprovado pelo estudo de Vilar e Ferreira (2008), o qual sugere que a ES não antecipa o início das relações sexuais e é mesmo um fator de algum adiamento, melhor ES diminui alguns aspectos negativos na vivência das relações sexuais, proporcionando uma vivência mais gratificante das mesmas e ainda tende também a estar positivamente associada a alguns comportamentos preventivos e a uma capacidade de pedir ajuda, quando necessário.

A ES comporta a informação, no entanto transcende-a na medida em que visa, enquanto processo educativo, o desabrochar da personalidade do indivíduo enquanto ser sexuado (Leitão, 1990). Tem como objetivo promover o desenvolvimento psicosssexual da criança e do adolescente, com vista à formação da personalidade adulta⁸ e é, na opinião de Ramiro et al (2011), a principal forma de prevenção de problemas ligados à saúde sexual e reprodutiva dos jovens. Constitui um processo contínuo e permanente de aprendizagem e socialização que inclui a transferência de informação e o desenvolvimento de atitudes e competências relacionadas com a sexualidade humana e, portanto, promove atitudes e comportamentos saudáveis (Sampaio et al, 2005, 2007).

Para Cortesão, Silva e Torres (1989) a sexualidade humana não é apenas genitalidade. Por isso a ES não se pode reduzir à informação científica sobre morfologia e fisiologia dos órgãos genitais, mas antes tem de ajudar os jovens a integrar a sua sexualidade na globalidade da sua pessoa.

Podemos dizer que é a personalidade em si que está em causa, devendo a educação sexual integrar objetivos amplos que preparem o adolescente para a vida adulta, promovendo o seu desenvolvimento psico-social, e ajudando-o na construção de uma imagem positiva do seu corpo como entidade sexuada, conduzindo a uma vivência mais esclarecida e gratificante da sexualidade humana.

Compete aos responsáveis pela educação, integrar a ES no processo educativo global de todos os indivíduos, atendendo à dimensão da mesma para a comunicação,

⁸ Dias et al (2002) referem como principal objetivo da educação sexual ajudar e apoiar os jovens ao longo de todo o seu desenvolvimento físico, emocional, cultural, moral e espiritual, proporcionando-lhes um clima de confiança e discernimento que lhes facilite a transição da infância para a adolescência e desta para a idade adulta. Sampaio et al (2005: 6) refere como objetivo fundamental da educação sexual “o desenvolvimento de competências nos jovens, de modo a possibilitar-lhes escolhas informadas nos seus comportamentos na área da sexualidade, permitindo que se sintam informados e seguros nas suas opções”.

para a relação e para a afetividade, num contexto de desenvolvimento da personalidade, que se entende do nascimento até à morte.

Durante muito tempo ignorou-se a sexualidade como uma dimensão fundamental na vida das crianças e dos adolescentes, tendo como consequência uma educação em clima repressivo e culpabilizante em relação a tudo o que diz respeito ao sexo. Contudo, esta problemática tem vindo, progressivamente, a ser valorizada e sofrido alterações positivas, facto que a legislação portuguesa tem em conta, e a que faz referência desde a Lei 3/84, de 24 de Março, Artigo 2º, responsabilizando os professores, conjuntamente com os pais pela ES de educandos e filhos até à Lei nº 60/2009 criando a sua obrigatoriedade e preconizando o envolvimento dos diversos atores do processo educativo.

No entanto a sociedade continua a questionar-se: Quem deve assumir a responsabilidade da ES?

Na opinião de Almeida (1987) esta deve começar desde o nascimento e deve ser ministrada progressiva e gradualmente. Assim, caberá à família a ES durante os primeiros anos de vida. Parafraseando Almeida (1987: 199) “(...) com exagero ou talvez não, pode dizer-se que a informação sexual começa logo depois do nascimento, acompanhando as primeiras sensações da sexualidade oral. E (...) quanto mais cedo melhor”. De facto, há evidências de que a comunicação aberta desde uma idade precoce é uma das mais eficazes medidas para promover a saúde sexual (Campbell, 1995; Vilar, 2005; BZgA/WHO, 2006).

Os pais são assim os primeiros educadores e os primeiros a poderem estabelecer o diálogo com os seus filhos. É no seio da família que a criança se depara com fenómenos direta ou indiretamente relacionados com a sexualidade, como sejam a gravidez, o parto e a diferenciação de papéis sexuais. É onde se processa a transmissão dos conhecimentos importantes, é onde a criança e o adolescente aprendem a construir as suas primeiras representações cognitivas e afetivas da sexualidade do casal e do amor e onde adquirem a sua identidade sexual. Por isso, as repercussões da educação sexual na criança e adolescente, no seio familiar, são de extrema importância para o seu desenvolvimento global como pessoas.

A importância da família como agente de ES é reforçado por Vilar (2002) que, num estudo realizado com uma amostra de 109 jovens de quatro escolas secundárias de

Lisboa, constatou que, em termos de comunicação sobre temas sexuais, as mães são uma figura com muito peso para as raparigas (80%), sendo logo a seguir aos amigos(as), o agente mais referido. Nos rapazes, as mães constituem também, em ordem de importância, o terceiro agente, embora com bastante menos peso que nas raparigas (46%).

Para além das diligências conscientes e deliberadas com que as famílias procuram ampliar e consolidar os conhecimentos dos seus filhos e educandos na esfera sexual, o quadro familiar é, por si só, um contexto básico e primordial de aprendizagem e de vivência da sexualidade (Vilar, 2009). Um ambiente familiar, em que reine um clima de amor, compreensão, inter-ajuda, com manifestações de carinho e afeto entre pais e entre pais e filhos, terá na opinião de Cortesão et al (1989), um peso positivo na interiorização de comportamentos sexuais saudáveis, associados à afetividade e à relação. Nesta vivência de espontaneidade, liberdade e respeito, desprovida de tabus é que a criança e mais tarde o adolescente, terão abertura para colocarem as suas dúvidas e, assim os pais poderão exercer a sua ação educativa.

No entanto, o que se verifica é que a grande maioria dos pais apoia a ideia da ES para os filhos, mas na maior parte das vezes não se sentem aptos para desempenharem esse papel, necessitando para isso de ajuda ou delegando essa função nos professores, técnicos de saúde ou noutros profissionais que considerem melhor preparados. De facto, mesmo nas famílias em que existe uma comunicação com mais intenção e eficácia, “a comunicação entre progenitores e adolescentes continuará a ter, essencialmente, um caráter informal e muitos progenitores e adolescentes continuarão a ter dificuldades reais na comunicação sobre este tipo de questões (Vilar, 2003: 365).

Numa investigação sobre as atitudes sexuais dos adolescentes, Dias e Rodrigues (2009) salientam a importância do modelo educativo dos pais enquanto atores na construção da identidade e autonomia dos filhos e consequente efeito na sexualidade.

Educar para uma vida sexual ativa, verdadeira e consciente é da responsabilidade de todos. Os principais intervenientes na ES dos adolescentes a nível da construção de um sistema de valores, de atitudes e de condutas no âmbito da sexualidade são a família, os amigos, a escola, os profissionais de saúde e os meios de comunicação social. (Afonso & Lucas, 2001). É assim necessário que pais, professores, técnicos de saúde, pares e demais profissionais atuem num processo de interação constante, formando e

informando os adolescentes, permitindo-lhes a possibilidade de escolhas assertivas. A família na figura dos pais e a escola através dos seus professores, merecem destaque enquanto agentes de educação da sexualidade adolescente, uma vez que criam sinergias para intencionalizar processos de análise, consciencialização e mudança ao nível dos conhecimentos e atitudes (Vaz, 1996; Marques & Prazeres, 2000).

Os professores, enquanto atores de formação sobre ES garantem as condições para o sucesso, ao envolverem-se na implementação de programas e na reorganização de contextos que fomentam a multidisciplinaridade. Ramiro, Matos & Vilar (2008) consideram ainda que a concordância com a ES e com o programa a desenvolver são condição *sine qua non* para a realização da mesma. Assim, se o professor tiver uma atitude não conservadora atribuirá mais importância ao tema, desenvolvendo maior motivação para a lecionação e com mais facilidade de implementação dos programas.

Qualquer professor pode, se tiver motivação e formação, abordar estas temáticas, mas deve salvaguardar-se que esta matéria não é como qualquer outra. Requer-se que o docente tenha suficiente à-vontade para abordar o tema, responder às questões emergentes e resolver situações que podem ser algo embaraçosas (Sampaio, 2002). Vilar (2009) salienta ainda que o professor não tem de ser um especialista em ES, mas apenas um profissional convenientemente informado sobre sexualidade humana e que, enquanto educador, já teve oportunidade de refletir sobre ela.

É no entanto desejável que o professor seja detentor de algumas competências, nomeadamente: atue pedagogicamente através da partilha e da disponibilização de material de apoio; utilize vocabulário adequado do ponto de vista científico e pedagógico; aborde os conteúdos em função da faixa etária e do interesse dos alunos; controle a emissão de juízos de valor de forma a proporcionar a identificação de valores pessoais; demonstre disponibilidade e interesse pelos problemas dos alunos e seja coerente na forma de atuar enquanto professor e na sua maneira de ser enquanto pessoa (Sanders & Swiden, 1995).

Segundo Went (1985), o perfil do professor que pretenda desenvolver ações de educação sexual, supõe capacidades como:

- Preocupação com o bem-estar físico e psicológico dos alunos;
- Aceitação confortável da sua sexualidade e da dos outros;
- Respeito pela opinião das outras pessoas;

- Revelar uma atitude favorável ao envolvimento dos pais e encarregados de educação e outros agentes de educação;
- Manter a confidencialidade sobre as informações pessoais que possam ser explicitadas pelos alunos;
- Reconhecer as situações que requerem intervenção de outros profissionais/técnicos para além dos professores.

Neste contexto os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros dos cuidados de saúde primários, têm um papel relevante a desenvolver, como agentes promotores da saúde e bem-estar da população, de cujas responsabilidades não se podem demitir, essencialmente pelas repercussões que a sexualidade pode imprimir ao binómio Saúde/Doença.

Perante as constatações, e ganhando a ES uma dimensão especial na adolescência, é necessário que a escola, como instituição que partilha a função educativa, assuma de um modo explícito a educação sexual formal⁹. Como refere Marques et al (2000), de modo deliberado ou não, a escola é um lugar de construção de saberes, que suscita vivências ao nível afetivo-sexual, seja pelas iniciativas desenvolvidas, seja pelo *ethos* que orienta o seu quotidiano.

O incremento da educação sexual na escola, segundo as linhas orientadoras, passa:

- *“Pela formação dos agentes educativos (educadores, professores, profissionais de saúde, psicólogos escolares, auxiliares de ação educativa...) no sentido de estes serem capazes de agir de forma adequada e coerente face às dúvidas e manifestações das crianças e jovens relativas à sua sexualidade;*
- *Pela abordagem pedagógica de temas da sexualidade humana, feita em contextos curriculares, extracurriculares, numa lógica interdisciplinar, privilegiando o espaço turma e as diferentes necessidades das crianças e dos jovens;*
- *Pelo apoio às famílias na Educação Sexual das crianças e jovens, nomeadamente através dos seu envolvimento no processo de ensino aprendizagem e/ou da promoção de*

⁹ Cosme Puerto (2010), distingue três processos na educação sexual: Educação formal, informal e não formal. “A Educação Sexual Formal é um processo intencional e programado através de um currículo ou programa. Os conteúdos da sexualidade são selecionados, sequenciados e desenvolvidos de acordo com metas pré-estabelecidas. Elaboram-se atividades integradas por níveis de conhecimentos, valores/attitudes, competências e de acordo com as fases de desenvolvimento, implicando a adequação de metodologias e uma avaliação” (pg. 120). A Educação Sexual Informal “refere-se ao processo mais básico de aprendizagem da sexualidade, assentando na vivência proporcionada a um indivíduo, através de figuras significativas, no decorrer e desenvolver dos mais diversos campos da sua vida” (pg. 118). Por sua vez a Educação Sexual Não Formal “corresponde a todos os processos intencionais de educação sexual desenvolvidos na escola extra-curricularmente e ou paralelamente ao sistema educativo formal, através de instituições de intervenção social, voluntariado, etc.” (pg. 122)

atividades específicas de formação dirigidas aos encarregados de educação ou dinamizadas por eles;

- Pelo estabelecimento de mecanismos de apoio individualizado e específico às crianças e jovens que dele necessitem, através da criação e manutenção de parcerias no interior da escola e com outros serviços da comunidade, nomeadamente os serviços de saúde – materializados, por exemplo, no funcionamento adequado nos Serviços de Psicologia e Orientação nas escolas e no estabelecimento de formas de articulação estreita e dinâmica destes com os Centros de Saúde respetivos.” (Marques et al, 2000: 26)

A escola, dada a sua natureza como território educativo, representando apenas um dos agentes de ES, pode funcionar como “conciliadora” dos vários agentes do processo educativo e, através de intervenções estruturadas e sistematizadas, contribuir para que a construção pessoal de cada aluno seja realizada de uma forma positiva e gratificante.

A ES em contexto escolar, deve ser ponderada como um instrumento capacitador, através do qual os adolescentes possam adquirir conhecimentos e desenvolver competências para conseguirem cuidar e melhorar a sua saúde sexual, proporcionando a aquisição de meios que estimulem o empowerment individual e social (Ewles & Sinnett, 1999; Hagan, Coleman, Foy & Goldson, 2001; Rifkin & Pridmore, 2002). Ainda, parafraseando Sampaio (2006: 132), os educadores devem “expressar convicções firmes sobre o tema, de modo a ajudarem os jovens a tomar decisões, a resolver os dilemas, a optar com algum grau de liberdade no seu quotidiano afetivo”.

No nosso país a ES tem tido um percurso difícil e moroso, muito à custa de políticas educativas pouco claras e falta de vontade das escolas e de alguns professores na efetivação da educação sexual (Lourenço, 2007).

Reis e Vilar (2004), num estudo realizado em Portugal, com 600 professores que lecionavam nos 2.º e 3.º Ciclos do Ensino Básico e no Ensino secundário, concluíram que estes revelavam uma atitude positiva e que a maioria se sentia confortável para abordar os temas da sexualidade com os alunos. No entanto, poucos mostraram intenções de se envolver futuramente em ações de ES nas suas escolas. Também para Ramiro e Matos (2008) os professores são, no geral, favoráveis à ES em meio escolar, no entanto, consideram que a maior parte dos tópicos deve ser introduzida apenas no terceiro ciclo, revelando, na opinião dos autores, atitude pouco positiva face à ES.

Abarcar a ES na escola implica, obrigatoriamente, mudanças, não só das crenças/representações e conceções pessoais, profissionais e institucionais (Vaz et al, 1996) como na dinâmica da própria escola. Desenvolver a ES na escola assenta numa

nova dinâmica curricular a qual, no entender de Sampaio et al (2005), se pretende que inclua “atores” tais como os pais, professores e os pares e ainda que inclua “cenários” tais como a família, a escola, a rua e a comunidade.

Como em todos os caminhos em que o percurso é sinuoso, a motivação e o empenho dos diversos intervenientes são imprescindíveis. Só com equipas motivadas e preparadas se pode encetar um caminho que se antevê difícil. De acordo com Anastácio (2007) uma questão que se impõe é conhecer as necessidades de formação dos professores, para que a ES se realize como legislado e os motive em direção à mudança das suas conceções. Num estudo realizado pela autora, em 2007, com professores de Primeiro Ciclo do Ensino Básico, as necessidades de formação manifestadas situam-se ao nível da apropriação de conhecimentos científicos sobre o tema, da preparação para trabalhar valores, da clarificação dos conteúdos e dos objetivos adequados a cada ano de escolaridade, assim como ao nível do saber lidar com situações do quotidiano escolar relacionadas com a curiosidade das crianças e com situações problemáticas das mesmas e da intervenção dos pais na escola. Também Leurs et al (2007), ao realizarem uma investigação com professores de 1º Ciclo na Holanda, referem que os professores que tiveram formação em promoção da saúde têm mais probabilidade de se envolverem em ações de promoção da saúde nas escolas onde lecionam e que as motivações e competências pessoais têm um resultado importante na quantidade de atividades desenvolvidas. Kirby, Laris e Roleri (2006) também mencionam a importância da formação dos professores nesta área e o envolvimento dos jovens na planificação dos projetos de ES nos quais serão o público-alvo.

A este propósito, um estudo apresentado por Mason (2010) no Reino Unido, concluiu que os alunos de 10 e 11 anos requerem uma ES abrangente e interativa, conseguida através de uma pedagogia flexível que permita às crianças compreenderem as modificações que enfrentam relativamente aos seus corpos, relacionamentos e sexualidades.

De acordo com Dias et al (2002) a ES deverá contemplar três áreas:

1. “Apropriação de valores e formação de atitudes: aprender a importância dos valores na formação da consciência individual e definir a sua atitude pessoal perante questões concretas;
2. Aquisição de conhecimentos fidedignos sobre a sexualidade, nomeadamente sobre o funcionamento e as transformações do corpo feminino e masculino ao longo da vida,

sobre os modos de evitar doenças de transmissão sexual ou situações de gravidez não planeada;

3. Desenvolvimento de aptidões pessoais e sociais de autonomia, responsabilidade, capacidade de decisão e comunicação, assertividade e resolução de problemas.” (Dias et al, 2002: 31)

Deve ainda basear-se, numa filosofia educacional inclusiva, que respeita a diversidade e espelha os princípios democráticos básicos da sociedade, devendo:

- Providenciar educação sexual contextualizada com as diferentes crenças, idade, raça, etnia, identidade de género, formação religiosa e orientações sexuais.
- Centrar-se na autoestima, no respeito e dignidade da pessoa.
- Promover o aumento da sensibilidade de cada um para as consequências dos seus atos e escolhas em si e nos outros.
- Integrar os aspetos positivos, no sentido de uma vivência melhor e mais gratificante da sexualidade humana.
- Reforçar que as mudanças no comportamento do indivíduo não são forçadas, sendo livre para decidir depois de informado. (Health Canadá, 2003, 2008)

Sampaio et al (2005) no Relatório Preliminar sobre Educação Sexual, fazem referência a uma análise de 149 estudos de prevenção no contexto escolar, realizada por Gottfredson (1997), a qual revela que os programas preventivos “bem-sucedidos”:

- têm como objetivo criar a capacidade de iniciar e manter mudanças,
- envolvem equipas baseadas nas escolas,
- incluem objetivos de clarificar normas,
- incluem a promoção de competências pessoais e sociais das crianças e adolescentes (autocontrolo, gestão do stress, autogestão, comunicação, decisão) e
- são programas longos.

Nos últimos anos, o envolvimento das escolas e dos professores tem vindo a aumentar, o que é ilustrado pelos diversos projetos que já se vão desenvolvendo. No entanto, para que a ES seja uma realidade e se efetive no contexto escolar, dando uma resposta concreta ao previsto na Lei 60/2009, muitas mudanças ainda têm de ocorrer, não só ao nível dos professores, como também dos outros agentes do processo educativo e das próprias escolas.

3.1 Modelos de educação sexual

Apesar da educação sexual ser alvo de discussão e reflexão há quase um século, continua a não existir consenso quanto aos modelos de educação sexual mais adequados.

López (1985, 2005), Vaz (1996), Lopez & Fuertes (2001) e Vilar (2002 e 2003), referenciam quatro modelos, que foram surgindo ao longo da história da educação sexual e que se caracterizam por terem distintos quadros de valores orientadores das práticas educativas, diferentes conteúdos e metodologias pedagógicas, a saber:

O **Modelo impositivo**, também denominado por modelo conservador, veicula normas de comportamento sexual rígidas e comportamentos e regras de conduta limitativos das decisões individuais (Vaz, 1996). Este modelo tem uma visão erotofóbica da sexualidade e surge como uma forma de moralização religiosa (López, 1985), numa vertente da educação para a abstinência, para o respeito, para o caráter, para o amor e para o matrimónio (López, 2005).

O modelo não valoriza outras formas de expressão da sexualidade que não as reprodutivas, coloca grandes reservas ao relacionamento sexual antes do casamento e postula uma atitude de controlo das manifestações sexuais que não se insiram num projeto de matrimónio (Vaz et al, 1996).

Passou, recentemente, a não conotar negativamente a sexualidade enquanto dimensão humana, reconhecendo algumas formas de contraceção que, na prática, legitimam a separação da função reprodutiva da sexualidade das outras funções, como o prazer, a comunicação, a realização pessoal e social (Vaz et al, 1996).

Na opinião de López Sánchez (2014) o modelo moral ou de abstinência tem adquirido grande força atualmente por dois motivos fundamentais:

- *“porque o pensamento conservador tomou novo vigor com o poder dos Estados Unidos (inclusivamente com os democratas);*
- *porque em numerosos países não deixaram de aumentar as gravidezes não desejadas em adolescentes e jovens, tendo-se tomado mais consciência das agressões sexuais e sendo ainda um objetivo diminuir os números da SIDA”* (López Sánchez, 2014: 2) .

Este modelo considera os outros modelos como causadores destes problemas, defendendo que os adolescentes mantenham a abstinência e não tenham atividade sexual, como forma de evitar problemas e prepararem-se para o matrimónio.

O **Modelo de rutura impositivo** surgiu no sentido de reagir aos modelos conservadores. Esta reação passou por “(...) movimentos sociais de contestação, como o movimento Sex-Pol, que nos anos 30 procurava associar a necessidade de uma revolução sexual com a revolução social e cuja principal figura é Willhem Reich e, nos anos 60 e 70, os movimentos estudantis, feministas e de homossexuais” (Vaz et al., 1996: 38-39). Neste modelo, a educação sexual é vista como uma forma de libertação da pessoa e resposta à repressão social e caracterizam-se por adotarem leituras da sexualidade baseadas apenas nos seus princípios político-ideológicos (Bezerra & Macário, 2011).

Os objetivos deste modelo são vastos e complexos (López, 2005). A questão central do modelo é, na opinião de Vaz et al (1996), a luta por um ideal alternativo, em substituição de uma moral sexual repressiva, protagonizada pelos vários aparelhos ideológicos do estado, entre os quais o sistema educativo. O que está em questão é uma tentativa de

“imposição de formas de comportamento e ideias preestabelecidas, esquecendo-se que, por um lado, a vida pessoal e a intervenção profissional estão ligadas mas não subordinadas às opções político-ideológicas e, por outro lado, não existe uma mas sim muitas formas de viver a sexualidade, de combinar o amor e o erotismo, de integrar as relações amorosas e eróticas nos projetos de vida individuais” (Vaz et al, 1996: 39).

Estas convicções eram por vezes fundamentadas nas crenças sobre a sexualidade, tão pouco fundamentadas como as defendidas por modelos mais conservadores (López, 2005). É assim um modelo pouco significativo no contexto da educação sexual (Vaz et al, 1996).

O **Modelo médico-preventivo**, também designado por modelo de riscos ou modelo preventivo (López Sánchez, 2014) emergiu da necessidade de responder aos problemas associados às práticas sexuais, nomeadamente gravidez indesejada, aborto e infeções sexualmente transmissíveis (IST). É um modelo centrado essencialmente em aspetos médicos e fisiológicos, incide sobretudo nos conhecimentos sobre a anatomia e a fisiologia da reprodução, métodos contraceptivos e formas de prevenir as IST.

Não é, atualmente, defendido como modelo de aplicação exclusiva, uma vez que na ótica dos profissionais e dos investigadores a educação sexual é, e deve ser, muito mais que prevenção de riscos (López Sánchez, 2014).

É no entanto, na opinião de López Sánchez (2014), o mais utilizado e ao qual os governos dedicam mais recursos. O peso deste modelo, e o interesse dos governos por ele, é reforçado pelo peso das gravidezes não desejadas na adolescência, a SIDA, os abusos sexuais a crianças e adolescentes e as agressões sexuais entre adultos.

O modelo de desenvolvimento pessoal, surge nos anos 80 a par com o conceito de “saúde sexual” da OMS¹⁰, e vê-se impregnado de uma perspetiva construtivista da pessoa, em que a sexualidade é vista como uma construção pessoal. Baseia-se num conceito positivo de saúde percebida como bem-estar e promoção da qualidade de vida das pessoas e dos povos (López, 2005), num conceito abrangente de sexualidade e de uma valorização positiva da mesma e das suas variadas expressões. Integra a sexualidade no contexto mais amplo da construção da identidade pessoal, e das relações interpessoais que se estabelecem no âmbito das relações e papéis sociais e do exercício da cidadania (Vilar, 2002).

Este modelo parte de um conceito de sexualidade que abarca três vertentes:

“Uma vertente biológica, constituída pelo conjunto de fenómenos que fazem do nosso corpo um corpo sexuado (anatomia e fisiologia da sexualidade e da reprodução, resposta sexual humana);

Uma vertente psicológica, que engloba processos como a identidade de género (aquisição de papéis sexuais), a orientação sexual (ou seja, a hétero, homo e bissexualidade), a autoimagem e a construção da identidade sexual e todo o processo relacional, em particular, as relações afetivo-sexuais;

Uma vertente social, que engloba a discussão dos valores e atitudes, os modelos morais que recobrem as vertentes anteriores. (Vaz et al, 1996: 43)

De acordo com López Sánchez (2014), o modelo é fundamentado na oferta de vasta informação, valores partilhados por toda a sociedade e respeito pelas diferenças e promove uma atitude crítica e aceitação da possibilidade da existência de várias biografias sexuais saudáveis.

Neste modelo a educação sexual é abordada de forma plural e sempre com caráter positivo. Vista como um processo contínuo, como uma componente presente em todo o

¹⁰ A OMS define saúde sexual como “...uma energia que nos motiva a procurar o amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e iterações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental” (OMS, citada por Vaz et al, 1996: 42)

percurso escolar, com o intuito de promover o debate e a escolha crítica, implicando a participação ativa de todos os intervenientes do processo educativo (professores e outros profissionais, alunos e suas famílias) (Vaz et al, 1996). Baseia-se em conhecimentos científicos, em atitudes democráticas de tolerância e abertura. Dá grande ênfase à responsabilidade e ética social (Bezerra & Macário, 2011).

Vilaça (2006), tendo por base as descrições de Sánchez (2002), enuncia como objetivos do modelo:

- *“promover a visão da sexualidade como uma parte integral da vida humana, vista como uma fonte de felicidade e de prazer no relacionamento com outro indivíduo.*
- *Desenvolver habilidades sociais para viver a sua própria sexualidade e tomar decisões sobre o seu próprio comportamento sexual, nomeadamente na recusa da coerção sexual e no respeito por si próprio e pelo outro.”* (Vilaça, 2006: 115)

Ainda de acordo com a autora supracitada (2006) o modelo inclui três elementos usuais dos programas de saúde na escola: educação para a saúde, ambiente saudável e serviços de saúde na escola ou acesso aos serviços de saúde da comunidade.

Mais recentemente, López Sánchez (2014) desenvolveu outro modelo, designando-o de **biográfico-profissional**. Na opinião do autor (2014:3): “Profissional - porque combina a prioridade de informação fundamentada sobre diferentes aspetos da sexualidade (não só anatomia, reprodução e riscos, mas também construções sociais, contraceção, valores, afetos e condutas sexuais) - e Biográfico, porque se aceita que os indivíduos podem ter biografias sexuais diferentes (masturbar-se ou não, ter relações sexuais na adolescência ou juventude ou não, etc.), promovendo, que cada pessoa, de acordo com as suas crenças e valores, tome decisões na sua vida”. Decisões resultantes da reflexão, que conduzam ao prazer e que fomentem o bem-estar. O modelo aceita que há diferentes formas de viver a sexualidade conciliáveis com o bem-estar, diferentes biografias sexuais saudáveis (López Sánchez, 2014).

A opção pelo modelo a seguir nem sempre é uma questão fácil, sendo muitas vezes ditada pelos objetivos do programa a desenvolver, a população alvo e até os recursos de que se dispõe.

O modelo de desenvolvimento pessoal ou modelo democrático, pelas suas características, abordando a sexualidade nas suas várias vertentes, é sem dúvida considerado o mais pertinente (López Sánchez, 1990; Vaz et al, 1996; Vilar, 2002).

De acordo com Vilar (2003), sendo a finalidade da educação sexual nos contextos de socialização atuais, a promoção de maior literacia sobre as questões relacionadas com a sexualidade, mobilização de competências ao nível da comunicação, assertividade, prevenção de riscos e promoção do debate moral como fator essencial da formação de atitudes e valores, o modelo de educação sexual deverá ser holístico, erotofílico, democrático e participativo, o que está em consonância com o modelo de desenvolvimento pessoal.

A alteração mais importante que este modelo trouxe, foi, na opinião de Vilaça (2006), a mudança de um ensino da educação para a saúde centrado no professor e baseado na transmissão de conhecimentos, para uma educação para a saúde como uma componente da promoção da saúde na escola, centrada na ação e participação dos alunos e com uma união forte aos professores, a outro staff da escola e à comunidade envolvente.

López Sánchez (2014) referencia este modelo como o mais utilizado no Norte e Centro da Europa e em alguns outros países, nomeadamente o Canadá, especialmente no Québec, apesar das dificuldades e pressões do modelo da abstinência.

Neste contexto, Kirby (2001) refere que subsistem dois grandes grupos de programas de educação sexual: os que promovem a abstinência sexual e o retardamento do início da vida sexual, muito utilizados nos Estados Unidos da América e os programas que conciliam a promoção da abstinência sexual com informação sobre a utilização de métodos contraceptivos e com estratégias comportamentais que promovem a sexualidade segura.

4. EDUCAÇÃO E SAÚDE: DOIS CONCEITOS UMA PARCERIA

A Educação e a Saúde são referenciais fundamentais para o nosso estudo funcionando como paradigma científico e um conjunto de valores. Saúde e educação não são conceitos isolados, são, antes de mais, indissociáveis. Como refere Rodrigues, Pereira e Barroso (2005: 9) “cada cidadão é ator e autor de um percurso de vida, com implicações nas pessoas e nos contextos com os quais interage”, pelo que as políticas de educação e de saúde devem estar centradas nas pessoas, assumindo a visão prioritária de investir na sua educação e desenvolvimento saudável ao longo da vida (Rodrigues et al, 2005).

A humanidade na sua temporalidade vivencia profundas mudanças, a educação como processo de formação intelectual e social do homem, privilegia a educação para a cidadania, diferenciada e indissociável do processo de formação pessoal e social. Pretende formar cidadãos responsáveis com espírito crítico, participativos e interventivos, bem como a interiorização de valores. O objetivo é transformar os membros da sociedade em indivíduos com moral e com capacidade de pôr em prática noções de respeito mútuo e cooperação, através de atitudes que engrandecem a maturidade social. Disposições particularmente necessárias para a adesão a uma determinada forma de vida, de pensamento e de crenças. Esta conceção remonta à Revolução Francesa e à Declaração Universal dos Direitos do Homem e do cidadão de 1789 (Coutinho, 2008). Ressalta então a ideia de que a educação para a cidadania é um bem necessário e indispensável, estimulador da capacidade individual de análise e intervenção, em função dos valores fundamentais da comunidade. Neste paradigma a escola deve tornar-se um lugar de cultura nas suas formas mais importantes tais como a ciência, a arte, a técnica, a filosofia, o mito, a religião, o jogo (Sebastião, 2008), tomando como objetivo central, proporcionar a construção de identidade e o desenvolvimento da consciência cívica dos alunos.

A educação para a cidadania diz respeito à Humanidade, aos deveres de cidadão do Mundo, enquanto a educação cívica diz mais respeito a espaços mais confinados, aos espaços de pertença e convivência do dia-a-dia do cidadão. Neste processo ambíguo, a educação deve consolidar a construção de conhecimentos, de ensino e aprendizagem, de

educação formal e informal, de educação técnica e científica e precisa incorporar urgentemente o imperativo ético para promover a inclusão.

A educação Ética impõe uma reflexão acerca do mundo da prática das interações sociais, procurando a humanização da vida, através do reconhecimento dos seus princípios e propiciando a consciência do sentido profundo de ser humano. Harmonizando-se o processo educativo como um processo aberto de dar e receber que questiona sistematicamente sobre como se deve agir sobre as normas e conjunto de valores que não prejudiquem nenhum ser humano, com contributos para a consolidação do bem-estar social de toda a comunidade (Ahlert 2007).

Direcionando-nos para a perspectiva de Rodrigues et al (2005: 11) “a saúde de cada pessoa depende do seu projeto de vida, do seu sentido de felicidade e da sua forma específica de estar no mundo”, numa visão holística da saúde, na qual a Organização Mundial de Saúde define como um “estado de total bem-estar físico, mental e social, e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade “ (WHO, 1947: 13). Para atingir este estado de bem-estar o indivíduo ou o grupo deverão ter competências para identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e modificar ou adaptar-se ao meio. A promoção da saúde, por sua vez, é vista como um processo que tem como objetivo aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar (Ottawa, 1986).

Longo tem sido o caminho para definir e legitimar novas abordagens de promoção da saúde, desde a declaração de Alma-Ata em 1978, onde a partir do reconhecimento das enormes desigualdades existentes entre o estado de saúde das pessoas foi criada a meta “Saúde para Todos” na defesa do direito dos povos a cuidados de saúde, seguiu-se a conferência Internacional sobre promoção da Saúde em Ottawa (1986) a qual deu início a um novo movimento de Saúde Pública a nível Mundial. Aqui foram reconhecidos os pré requisitos para a saúde, definindo as cinco áreas de ação, construir políticas públicas saudáveis, criar ambientes favoráveis, reforçar a ação comunitária, desenvolver competências pessoais e reorientar os serviços de saúde, na certeza de que a melhoria da saúde decorre da garantia dessas condições básicas. Seguiram-se as conferências de promoção da Saúde em Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997), México (2000), Bangkok (2005) Nairobi (2011).

Em todas estas reuniões ao mais alto nível, foram reconhecidos valores e princípios, definidas estratégias, compromissos políticos e alianças, com o objetivo de capacitar as comunidades, de promover a equidade em saúde, o desenvolvimento nacional e global. No entanto foram também constatadas as dificuldades em pôr em prática todas estas intenções e o conseqüente não cumprimento de todos os objetivos e metas propostos em cada uma das referidas conferências. Mantem-se assim o grande desafio da promoção da saúde na ampliação das capacidades das pessoas, e encontrar o caminho que abranja os interesses e assuntos das comunidades (Laverack, 2004).

Neste contexto, o Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (2014), reforça que a melhoria da esperança de vida e do bem-estar impõe uma intervenção de diversos setores sociais e económicos, ao longo do ciclo de vida. Por isso, e cada vez mais, a parceria entre a Saúde e a Educação é relevante mas não é suficiente uma vez que o trabalho em equipa, numa perspetiva multidisciplinar e intersectorial, é crucial (DGS, 2014). Como descrito no PNSE (2014: 5) “A Saúde é vital para a Educação. A Educação é vital para a Saúde”.

O desenvolvimento de programas, que tenham na sua ótica a saúde integral dos jovens, direciona-se, na perspetiva da DGS, para a conjugação de três planos de intervenção, numa dimensão temporal ampliada: A saúde dos jovens, hoje; os jovens enquanto promotores de ganhos em saúde, no futuro e os jovens como ativadores de mudança (DGS, 2005).

Promover a saúde dos mais jovens passa, essencialmente, pela educação para a saúde, sendo esta uma parte fundamental da prática de todos os profissionais de saúde.

Tonnes e Tilford concetualizam a EpS como:

“toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e doença..., produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida”. (1994: 11)

Esta definição inclui aspetos essenciais, como sejam os valores individuais e a autocapacitação, em concordância com Rodrigues (2006) que considera a educação para a saúde como “a combinação planeada de experiências de aprendizagem, realizada de forma a predispor, capacitar e reforçar o comportamento voluntário que promove a saúde dos indivíduos, grupos e comunidades” (Rodrigues, 2006 In Carvalho, 2006:

prefácio). Na perspetiva de Carvalho (2006), educar as pessoas para a saúde é gerar condições para estas se transformarem, perceberem o porquê das coisas, mostrar-lhes que elas podem aprender e sensibilizá-las para a importância dos conhecimentos relacionados com a sua saúde.

Neste panorama a EpS pode ser compreendida como um processo sistemático de ensino e aprendizagem direcionado para a aquisição, eleição e manutenção de práticas saudáveis, evitando os comportamentos de risco (Costa e López, 1996)

Numa perspetiva de multidisciplinaridade, a EpS tem vindo a tornar-se cada vez mais importante para a enfermagem¹¹ (Lash, 1990), a qual, pela sua natureza, dispõe dos requisitos essenciais ao desenvolvimento de intervenções efetivas com cada pessoa individualmente, grupos ou comunidades.

O enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador em saúde. O conteúdo funcional de todas as categorias da Carreira de Enfermagem, (Decreto-Lei n.º 437/91, artigo 7º, alínea c), salienta a execução de cuidados de enfermagem que integrem processos educativos e que promovam o autocuidado do utente. Esta função direciona claramente para a concretização de atividades de EpS no âmbito da promoção da saúde daqueles de quem cuida.

Particularmente os enfermeiros¹² dos cuidados de saúde primários, desempenham um papel extraordinariamente importante através da educação para a saúde, quer a nível individual ou em grupo. Como elementos privilegiados que são, no contacto com a população, desenvolvem atividades pedagógicas suscetíveis de alterar comportamentos menos salutar, fornecer informações pertinentes, promover a saúde e bem-estar da população, em particular dos mais jovens.

¹¹Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 1998).

¹²Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 1998).

Os enfermeiros especialistas¹³ em enfermagem comunitária, evidenciam-se nas atividades de educação para a saúde. Tendo por base o seu percurso de formação especializada, adquiriram competências¹⁴ que lhes permite participar nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “*empowerment*” das comunidades. Responsabilizam-se não só por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos, como asseguram a continuidade dos cuidados, estabelecem as articulações necessárias e desenvolvem uma prática de complementaridade com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

¹³ Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade. (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 1998).

¹⁴ Para Paquay et al (1998) a competência profissional é entendida como um conjunto de saberes profissionais, esquemas de ação e atitudes mobilizadas no exercício de uma profissão. Altet (1998) define-a como um conjunto de saberes, saber ser, saber fazer, mas também o fazer e o ser necessário ao exercício da função. Anderson (1986) dá ênfase aos conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para assegurar o desempenho das tarefas, agrupando as competências em cognitivas, afetivas e práticas. Por sua vez considera dois tipos de ordens: técnicas e didáticas, relativamente à preparação dos conteúdos e de ordem relacional, pedagógica e social.

CAPÍTULO II – DAS EVIDÊNCIAS À CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO SEXUAL

“Educação sexual é definida como uma abordagem, apropriada à idade e culturalmente relevante, para a aprendizagem da sexualidade e das relações pessoais, através do fornecimento de informação cientificamente correta, realista e imparcial. A Educação sexual proporciona também oportunidades para explorar os seus próprios valores e atitudes, e para desenvolver competências relativas à tomada de decisões, à comunicação e à redução de comportamentos de risco”. (UNESCO, 2009: 2)

A magnitude de que se reveste a ES, tem gerado consenso acerca da importância da implementação e avaliação de programas de ES em meio escolar, delineando-se estratégias de intervenção para adolescentes, pais, professores e outros atores do processo educativo.

Para a *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* a escola é o espaço onde as crianças e os jovens passam a maior parte das suas vidas, e onde o ambiente é propício à aprendizagem acerca da sexualidade, dos relacionamentos, das IST e, quando a escola funciona bem, os jovens podem desenvolver valores, competências e conhecimentos para fazerem escolhas informadas e responsáveis, quer na sua vida social, quer na sexual (UNESCO, 2009).

Nos últimos anos têm sido realizados diversos estudos na área da sexualidade adolescente e desenvolvidos programas de ES, tanto a nível internacional como nacional, com contributos notáveis nos conhecimentos, atitudes, competências e comportamentos dos mais jovens e conseqüentemente na sua saúde.

A par do progressivo desenvolvimento destes programas, têm sido também realizados estudos de revisão (Fernane et al, 2012; Amendoeira et al, 2013; Flora et al, 2013; Fonner et al, 2014) com contribuições incontornáveis, principalmente na melhoria do conhecimento das diferentes componentes dos programas, das metodologias utilizadas e das estratégias definidas.

Este capítulo inclui uma uma revisão sistemática no âmbito dos programas de ES para adolescentes em contexto escolar e uma incursão pelos vários programas a nível nacional e internacional.

1. REVISÃO SISTEMÁTICA

A Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS) perspectiva a ES direcionada para a abordagem de um amplo leque de questões no contexto da promoção da saúde, da equidade social e de gênero, e da prevenção de doenças (SIECUS, 2004).

Os programas de ES vão assim, muito além da mera transmissão de conhecimentos científicos. Neste sentido, Went (1985) considera que a ES na escola contribui para: I) reduzir a culpa e a ansiedade, promovendo uma maior abertura à variedade e variabilidade de comportamentos sexuais humanos e do esforço em não estabelecer normas; II) promover comportamentos sexuais responsáveis no sentido de evitar o risco de ISTs, das gravidezes não desejadas ou atividade sexual não consentida; III) combater a exploração sexual; IV) promover competências para que se possam tomar decisões informadas, segundo os seus valores e (V) mobilizar competências de comunicação sobre os temas da sexualidade.

Vilar (2003) referencia ainda, que os programas de ES contribuem para: (I) promoção de melhores conhecimentos e de maior literacia sobre as questões relacionadas com a sexualidade; (II) promoção de competências ao nível da assertividade, comunicação; (III) prevenção de situações de risco e (IV) promoção do debate (e não doutrinação) moral enquanto fator essencial de formação de valores e atitudes.

A WHO (2010) agrupa os programas de ES, numa perspetiva histórica, em três categorias:

- Categoria Tipo 1, programas que têm como objetivo central, ou exclusivo, a abstinência de relação sexuais antes do casamento (abstinence only programs);
- Categoria Tipo 2, programas que abarcam a abstinência como uma opção, e consideram a contraceção e a prática de sexo seguro (comprehensive sexuality education);
- Categoria Tipo 3, programas que incluem elementos da categoria tipo 2, mas que colocam estes elementos numa perspetiva mais abrangente, de crescimento e desenvolvimento pessoal e sexual (holistic sexuality education).

Embora exista consenso generalizado acerca da importância do desenvolvimento destes programas na escola, facto que é comprovado pela legislação atual, constata-se uma lacuna, não só ao nível da sua implementação como da avaliação formal. Tendo por base estes pressupostos, considera-se necessário realizar uma pesquisa da literatura existente neste domínio para obter evidência científica que dê contributos efetivos para a construção de um programa de ES em contexto escolar. Pretende-se conhecer as características dos programas com adolescentes e identificar barreiras e aspetos facilitadores para a sua implementação.

Neste capítulo, optou-se por apresentar apenas os aspetos mais relevantes dos estudos, encontrando-se em anexo a revisão sistemática¹⁵ na sua íntegra (Ver anexo 1).

A revisão seguiu a abordagem metodológica do NHS Centre for Reviews and Dissemination (CRD, 2001) tendo por base o método PICOD (Participantes, Intervenções, Comparação, Resultados e Desenho do estudo) e a questão norteadora: Qual a eficácia dos programas de educação sexual em meio escolar, dirigidos aos adolescentes?

Foram identificados nesta revisão 21 estudos sobre os quais incidiu a análise. Realizados em diversos países,¹⁶ com grandes diferenças culturais, sociais e económicas, mantêm em comum o interesse pela educação sexual dos adolescentes desenvolvida em meio escolar.

Os programas apresentam grandes diferenças entre si, desde a sua estruturação até à avaliação final. Relativamente ao número de horas, encontram-se intervenções de 2 horas (Jahanafar et al., 2008) a intervenções de 80 horas (Andrade et al., 2009), tendo o número de sessões também variado entre 2 (Camargo, 2009) e 28 sessões (Carrera-Fernandez et al, 2007).

Embora se constate uma grande variabilidade, tanto nos temas abordados como nas metodologias utilizadas, na generalidade os estudos avaliam a aquisição de conhecimentos e mudança de atitudes e comportamentos antes e após a intervenção. Tratando-se, na grande maioria, de estudos experimentais ou quase-experimentais.

Relativamente às metodologias utilizadas, privilegiaram-se as metodologias ativas e participativas, com base num método interativo que favorece o espaço de discussão,

¹⁵ Dada a extensão da revisão sistemática, esta encontra-se em anexo como forma de facilitar a sua leitura.

¹⁶ Estados Unidos, Escócia, China, Nigéria, Índia, Inglaterra Malásia, Tailândia, Canadá, Brasil e Uganda

troca de experiências pessoais e do grupo, partindo da realidade para a reflexão e debate das suas próprias práticas: trabalhos de grupo, jogos, dramatização, brainstorming, pequenos grupos, estudos de caso, métodos de conferência e métodos de execução prática.

A maioria dos programas são desenvolvidos por professores, no entanto verifica-se, em alguns projetos, a inclusão de outros profissionais, nomeadamente da área da saúde, (Andrade et al., 2009; Tucker et al, 2007; Thato, Jenkins e Dusitsin, 2008; Elliott et al, 2013; Brown, 2010; Smylie et al, 2008; Jahanafar et al., 2008) e dos pais (Sommartab e Sotac, 2013; Andrade et al., 2009).

A inclusão de enfermeiros no estudo de Thato et al (2008) manifestou-se muito eficaz, sendo a cooperação de profissionais das várias ciências, entre as quais a enfermagem, um fator relevante para a eficácia da intervenção. Os autores exaltam a importância do papel dos enfermeiros nos programas de educação sexual e sugerem o alargamento deste tipo de pesquisas pelos enfermeiros investigadores.

De salientar que os programas de intervenção, com o envolvimento dos diversos atores do processo educativo, manifestaram-se mais eficazes, assim como aqueles que optam por uma metodologia de intervenção pelos pares. Este facto pode ser constatado no estudo de Stephenson et al. (2008), com a particularidade dos formadores serem os grupos de pares no grupo de intervenção e os professores no grupo de controlo, revelou-se eficaz com efeitos no grupo conduzido pelos pares educadores. Ainda no estudo de Henderson et al (2007), com o objetivo de avaliar o impacto de um programa de educação sexual desenvolvido pelos professores, não se verificaram efeitos da intervenção nos indivíduos sujeitos ao programa, comparativamente àqueles que tiveram educação sexual convencional.

Evidenciam-se ainda os resultados, muito favoráveis, encontrados no único estudo de investigação ação analisado, programa de Saúde Sexual e Reprodutiva (SRH) e prevenção de VIH (Jingfang, Fongkaew, Senaratana, Tonmukayakul, 2010). A investigação, tendo-se desenvolvido em três fases: (1) Avaliação das necessidades de educação sexual dos adolescentes; (2) conceção do programa e (3) implementação e avaliação do programa, contou com a participação, além dos adolescentes, dos professores e dos pais. Os resultados mostraram um aumento estatisticamente significativo nos scores de promoção da saúde sexual e reprodutiva e prevenção do VIH

e na motivação e habilidades comportamentais após a implementação do programa; os dados qualitativos indicaram que o conteúdo foi útil e abrangente, os formadores experientes, as metodologias participativas muito motivadoras e o envolvimento de adolescentes, pais e professores, desde a concepção dos programas foram determinantes favoráveis à promoção da saúde sexual dos adolescentes

Em síntese, a grande diversidade socio-cultural onde estes programas se desenvolveram, conduziu, inevitavelmente, a diversas estratégias, não só metodológicas como ao nível dos conteúdos abordados, o que dificulta o estabelecimento de um padrão de comparabilidade que possibilite definir as variáveis que melhor contribuem para intervenções eficazes. No entanto, pode-se constatar, pela análise dos estudos, que os programas de educação sexual desenvolvidos em meio escolar são eficazes, principalmente quando envolvem os vários agentes do processo educativo, numa ação multiprofissional com implicação de profissionais de saúde e envolvendo os adolescentes em todo o processo. Os programas mais longos e que utilizam metodologias ativas e participativas demonstram maior eficácia não só ao nível da aquisição de conhecimentos, como atitudes face à sexualidade e comportamentos preventivos. Embora a maioria dos estudos incida sobre estas três variáveis, é ao nível dos conhecimentos que se constata a maior eficácia dos programas.

Os resultados dos estudos apresentados vêm de encontro ao referido por diversos autores (Sampaio et al, 2005, 2007; Simões, 2007) no que respeita à escola como o local de eleição para a promoção da educação sexual, podendo esta ser desenvolvida nas várias unidades curriculares e identificando os programas que têm por base uma vertente holística como os mais eficazes.

A ausência de artigos portugueses publicados, impossibilitou a análise e comparação da nossa realidade com outras a nível mundial.

2. PROGRAMAS DE ES EM CONTEXTO ESCOLAR: CARACTERIZAÇÃO INTERNACIONAL E NACIONAL

Na preparação de um projeto de ES é fundamental ter em consideração as necessidades do grupo ao qual ele se destina (Kirby, et al., 2006; UNESCO, 2008). Desta forma, a ES é orientada para um contexto, subordinada à idade, ao género, ao meio social, à orientação sexual, ao estágio de desenvolvimento e à capacidade individual dos seus destinatários (WHO, 2010). As atividades, as metodologias utilizadas e as mensagens transmitidas devem ainda ser adaptadas à cultura dos jovens, à sua fase de desenvolvimento e à sua experiência sexual (Kirby, et al., 2006; UNESCO, 2008).

São vários e muito diversificados os programas desenvolvidos a nível internacional:

Espanha:

Uhin Bare, programa de educação afectivo-sexual elaborado em 1996 por uma Universidade do País Basco (Euskal Herriko Unibertsitatea) a convite da Comissão Mista de Educação e Saúde do Governo Basco (Zapiain, 2002). Direcção para o ensino secundário obrigatório, tem como propósito que, terminado o ensino secundário, os alunos disponham dos recursos necessários para gerir as suas necessidades afectivas e sexuais, de tal forma que o início das suas experiências seja satisfatório, responsável e sem riscos (Zapiain, 2003).

O princípio básico que sustenta este programa é o de abrir um processo na escola que tenda a normalizar o discurso sobre sexualidade. Os autores do programa (Zapiain (diretor), Campo, Fernández e Ibaceta, 2005) definem-no como um programa aberto, não existindo a aplicação mecânica de um conjunto de atividades mas sim da sua adaptação à realidade de cada escola. As atividades propostas funcionam como um apoio aos professores, o programa é apresentado às escolas como um recurso que a comunidade educativa pode utilizar. É ainda um programa transversal, a ser integrado no projeto curricular de cada escola, utilizando um modelo de educação democrático, científico e biográfico. Democrático porque respeita todas as formas de considerar a sexualidade humana numa sociedade democrática; científico porque se baseia no

conhecimento científico suficientemente avaliado e biográfico porque pretende oferecer recursos aos estudantes para que tomem decisões quando for o momento de integrarem na sua própria biografia os fatos relacionados com a experiência erótica (Zapiain et al, 2005)

O programa tem como objetivos gerais:

- Integração da educação afetivo-sexual no projeto curricular
- Proporcionar aos alunos os recursos necessários para atender a sua dimensão sexual e emocional
- Promover relações de igualdade
- Promover o respeito pela diversidade em relação à orientação sexual
- Prevenir a violência sobre as mulheres
- Prevenir o abuso sexual

Os conteúdos do programa organizam-se em núcleos de trabalho:

- Conceito e atitudes
- Identidade sexual
- Desejo sexual
- Afetividade
- Prevenção da violência sobre as mulheres
- Prevenção dos abusos sexuais
- Respeito à diferença da orientação sexual
- Ética
- Habilidades sociais

Os conteúdos essenciais reduzem-se a três grandes temas: A identidade sexual, o desejo sexual e a afetividade.

Também em Espanha o programa “**Educación Afectivo Sexual en la Educación Infantil**”, adaptado do programa HARIMAGUADA, é um programa que se divide em duas etapas: infantil (dos 6 aos 9 anos) e primária (dos 9 aos 12 anos), tendo como objetivos contribuir de forma explícita para a formação afetivo-sexual dos alunos.

Apresenta-se como uma proposta de trabalho globalizadora e interdisciplinar. É um material aberto, flexível e optativo, podendo haver muitas possibilidades de se desenvolver. Não estabelece uma hierarquia de atividades podendo ir sendo construído,

aberto a modificações desde que não se percam de vista os princípios didáticos básicos. Propõe uma série de instrumentos de avaliação dos professores e dos alunos. Utiliza um modelo, que os autores do programa (Consejería de Educación y Ciencia, 1999) designam de Didático de Investigación¹⁷, com a finalidade de ilustrar as inter-relações que se processam na aula, dentro de um determinado contexto (social, natural, institucional, escolar), entre os protagonistas: os alunos investigadores (com uma atitude de exploração e pensamento operatório), os professores investigadores (como uma pessoa que atua e reflete constantemente, fazendo convergir o que o aluno deve saber com o que realmente quer e pode saber) e o programa que se está a investigar (como uma hipótese de trabalho que progressivamente se vai contextualizando e dando respostas às necessidades e possibilidades da aula). O aluno é considerado o centro do programa e pretende possibilitar que realize aprendizagens significativas de forma progressivamente autónoma. Fomenta o desenvolvimento do programa em coordenação com os pais.

As unidades didáticas propostas para as várias etapas, tiveram em conta três fatores que facilitam a construção e a apropriação do conhecimento pelos alunos:

- O que lhes interessa aprender;
- O que podem aprender, de acordo com as suas capacidades e disponibilidades afetivas e intelectuais;
- O que devem socialmente aprender: conhecimentos biológicos, afetivos e sociais que facilitem a aquisição de atitudes abertas e naturais perante a sexualidade.

Tem como objetivos para os alunos dos 9 – 12 anos:

- Adquirir conhecimentos básicos sobre a sexualidade humana
- Apreciar a sexualidade como uma forma de comunicação, afetividade e prazer entre as pessoas.
- Reconhecer-se como menino ou menina, assumindo positivamente a sua identidade sexual, livre de discriminação de género.

¹⁷ O modelo Didático de Investigación apresenta-se como uma proposta de trabalho na aula, podendo ser assumido progressivamente, incorporando no trabalho quotidiano aspetos inovadores que conduzam desde um maior protagonismo dos professores até uma maior autonomia dos alunos (Consejería de Educación y Ciencia, 1999)

- Agir com naturalidade perante os temas sexuais, participando no diálogo sobre estes temas na escola e na família e desenvolvendo um vocabulário preciso e não discriminatório.

- Conhecer e utilizar algumas normas básicas de cuidado pessoal e convivência baseadas na igualdade, no respeito e na responsabilidade.

Holanda:

O programa **The Long Live Love (LLL)** teve início em 1990, tendo sofrido três atualizações desde então. É um programa intra-curricular, abrangente que cobriu 174 escolas profissionais e 19.800 alunos em 2009. O objetivo principal do programa é a prevenção das DST/VIH e gravidez não planejada. Tem como alvo alunos com idades compreendidas entre 13-15 anos. Composto por 26 atividades de aprendizagem, divididos por seis aulas de uma hora cada. 22 dessas atividades são fundamentais e 4 são opcionais. O LLL foi projetado para fornecer aos alunos habilidades de comunicação e negociação para permitir a prática de sexo seguro. Compreende um manual do professor, revista do aluno e DVD.

Suécia:

O programa **Talking about sexuality and personal relationships in school**, apresenta-se como um material de referência para falar sobre sexualidade e relações pessoais na escola. O objetivo principal é que tanto os alunos que tiveram as suas primeiras experiências sexuais como os que não tiveram se sintam a si próprios como compreendidos e respeitados (Boethius, 2000). A sexualidade é vista como algo positivo no desenvolvimento do ser humano para a maturidade.

Os conteúdos do programa abarcam temas como o amor, a sexualidade e a identidade (reprodução, prazer, amor, identidade e autorrespeito, habilidade para dizer “sim ou não”, resultados do crescimento, auto gratificação, com as experiências pessoais e com a procura de autenticidade moral), estatísticas sobre comportamentos e atos sexuais dos adolescentes (masturbação, primeira relação sexual, uso de contraceptivos, homossexualidade, tipo de experiências sexuais, gravidez e doenças de transmissão sexual), a coerção sexual e a violência.

A abordagem dos temas é feita a partir dos interesses dos alunos e as aulas são implementadas em colaboração com estes. Porém é sempre função do professor garantir que um certo conjunto de conhecimento básico seja garantido.

A participação dos alunos no programa de educação sexual é um aspeto fundamental da planificação do programa nas escolas. A organização das sessões deverá respeitar cinco aspetos principais: colaboração; informação dos pais; participação dos alunos; planificação; desenvolvimento dos adolescentes e informação relacionada com as relações pessoais (Sweden's National Agency for Education - Skolverket, 2000 In Vilaça, 2006)

Este currículo proporciona aos alunos selecionarem temas e as escolas individualmente lhes juntarem outros novos. O programa pode ser desenvolvido: (1) em conversas; (2) ao longo de disciplinas como biologia, história, geografia, ciências sociais, educação física, saúde e Sueco; (3) dias ou semanas temáticas; e (4) projetos temáticos relacionados com o contexto (Vilaça, 2006).

A National Agency for Education (2001), apresenta o programa Love! You can really feel it, you know! Talking about sexuality and personal relationships at school (Skolverket 2000 ISBN 91-88372-99-5) como um material de referência. O programa foi encomendado pelo governo em 1993 para substituir um manual que existia desde 1977, tendo sido publicada em sueco em 1995. Em 1997, a Associação Mundial de Sexologia premiou o livro com a menção honrosa de "o melhor programa de educação sexual".

Índia:

Adolescent Reproductive and Sexual Health (ARSH), um programa com início a partir de 2010, é um programa integrado, extracurricular e abrangente. Tem como população alvo os alunos com idades compreendidas entre 13-16 anos. É composto por 45 aulas desenvolvidas por um período de três anos.

Portugal:

No nosso país, tendo por base as linhas orientadoras para a educação sexual, são vários os programas preconizados de entre os quais se destacam neste documento o Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar – projeto-piloto (PRESSE), o

programa “A Adolescência e Tu”, o programa “Educação para a Saúde na Escola para prevenção da SIDA e de outras DST” e os programas de Educação Sexual elaborados pela Associação para o Planeamento da Família (APF).

O programa **PRESSE** é o Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar. Foi desenvolvido por um grupo de trabalho multidisciplinar, constituído pelo Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARS Norte) através do seu Departamento de Saúde Pública (DSP) em parceria com a Direção Regional de Educação do Norte (DREN). O grupo de trabalho teve como finalidade elaborar, implementar, monitorizar e avaliar um Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar. Com o programa pretende-se a implementação da educação sexual nas escolas, de uma forma estruturada e sustentada, envolvendo o trabalho de parceria entre os profissionais de educação e de saúde escolar.

O programa PRESSE tem como população-alvo alunos e professores do 1º, 2º, 3º ciclos do ensino básico e ensino secundário, envolvendo também pessoal não docente, pais/encarregados de educação e restante comunidade tendo todos estes atores um papel ativo no desenvolvimento do programa. Tem por base a metodologia de projeto e promove a intervenção interdisciplinar.

O programa tem como objetivos: Conseguir que os alunos da região norte aumentem conhecimentos e adquiram competências, atitudes e comportamentos adequados face à sexualidade. Pretende, para os alunos do 2º ciclo do ensino básico: 1) Contribuir para a diminuição dos comportamentos de risco e para o aumento dos fatores de proteção em relação à sexualidade; 2) Contribuir para a inclusão nos projetos educativos e nos currícula das escolas da região Norte, de um programa de educação sexual estruturado e sustentado para os alunos do 2º ciclo do ensino básico (Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar, 2014).

O programa “**A Adolescência e Tu**”, desenvolvido por Ausónia[®], Evax[®] e Tampax[®]. É um projeto educativo centrado nas alterações físicas e emocionais e direcionado para os alunos do 9º ano de escolaridade.

O projeto articula-se em quatro blocos de conteúdos que desenvolvem diferentes temas e promovem o debate dentro da sala de aulas: Como me vejo? Experimentar

mudanças; Como me veem os outros? Aceitar-se e ser aceite; O meu corpo e o dos outros. Falar e viver as alterações e Como me sinto? Conduzir as emoções.

De acordo com os autores, o programa, pelas suas características é adequado para ser tratado na formação cívica. Além disso os blocos temáticos possuem uma dimensão multidisciplinar, ligada a diferentes áreas curriculares (ciências, físico-química e educação física) e às áreas curriculares não disciplinares.

Tem como objetivo converter os alunos em protagonistas fomentando a expressão oral e a reflexão pessoal sobre as alterações físicas e emocionais.

Pretende-se ajudar os alunos a desenvolverem as seguintes capacidades:

- Refletir sobre as alterações físicas e emocionais que os rapazes e as raparigas enfrentaram até agora ou que ainda vão enfrentar.
- Formar uma ideia ajustada de si mesmos, fortalecendo a autoestima e fomentando a comunicação, a compreensão e o respeito pelos outros.
- Expressar de forma oral e por escrito as suas experiências pessoais e as suas relações com o mundo circundante: amigos, escola, família, etc.
- Afirmar-se no conhecimento do próprio corpo e valorizar os hábitos de higiene pessoal, o uso de produtos de higiene íntima feminina, o exercício físico e a alimentação saudável como um benefício para a saúde própria e coletiva.

O programa **“Educação para a Saúde na Escola para prevenção da SIDA e de outras DST”**, é um programa que se baseia em duas publicações da OMS e UNESCO-UNICEF¹⁸.

O programa apresenta atividades para a sala de aula e materiais pedagógicos destinados a alunos com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos. Baseia-se em metodologias ativas e participativas. Inclui 53 atividades escolares que compreendem um amplo leque de objetivos no que respeita ao desenvolvimento de programas acerca do VIH/SIDA/DST. Os planificadores do programa podem escolher as atividades que considerem mais pertinentes e adaptar o texto e as ilustrações em termos de linguagem e conteúdo, de acordo com o contexto cultural e com a idade dos alunos a quem o programa se destina.

¹⁸ - School Health Education to prevent AIDS and STD (Série 10 da OMS/UNESCO). Organização Mundial de Saúde, Genebra, 1992
- Comprehensive School Health Education – Suggested Guidelines for Action, UNESCO/OMS/UNICEF, Organização Mundial de Saúde, Genebra, 1992

Pretende-se com o programa: o aumento dos conhecimentos, desenvolvimento de competências, motivação e promover atitudes positivas e responsáveis.

O programa é composto por um modelo com quatro unidades:

- Unidade 1 – Conhecimentos básicos sobre VIH/SIDA/DST
- Unidade 2 – Comportamento responsável: adiar o início das relações sexuais
- Unidade 3 – Comportamento responsável: relações sexuais protegidas
- Unidade 4 – Cuidar e apoiar pessoas com VIH

Para cada unidade é proposto um conjunto de atividades para os alunos. As unidades são concebidas de maneira a corresponder a diferentes níveis de conhecimentos, de desenvolvimento de atitudes, de competências e de motivação.

O programa inclui um guia do planificador, atividades para os alunos e um guia do professor (Robertson et al, SD).

Também a APF desenvolveu um programa de ES, editado em 2010, apresentado sob a forma de Kits de apoio à ES, dirigidos aos alunos do 1.º ciclo, 2.º ciclo, 3.º ciclo e Ensino Secundário, denominado **KIT EDUCATIVO Saúde e Sexualidade**.

Para os alunos do 2º ciclo do ensino básico propõe um programa¹⁹ composto por cinco áreas temáticas, a saber: corpo sexuado; identidade e sexualidade; sexualidade e relações interpessoais; sexualidade e sociedade; saúde sexual e reprodutiva.

Cada área temática é composta por vários temas sendo proposto um leque de atividades para cada um dos referidos temas (Vilar, 2010).

¹⁹ Kit Educativo Saúde e Sexualidade – 2º ciclo. Associação para o Planeamento da Família (APF)

PARTE II: CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA

A segunda parte desta tese centra-se em torno da abordagem metodológica e do percurso da investigação realizada. Organiza-se em dois capítulos.

O primeiro capítulo parte de uma breve alusão ao paradigma onde se inscreveu o processo de investigação para, posteriormente, enquadrar a investigação ação como opção metodológica, como cenário para a condução da ação e para o processo de recolha de dados, considerando a sua adequação à finalidade do estudo: construir, operacionalizar e avaliar um programa de educação sexual, com a participação dos vários atores do processo educativo, adequado a um contexto específico.

O segundo capítulo centra-se nas várias fases da investigação, percorrendo o diagnóstico de situação, a planeamento da ação, o desenho e concretização dos eixos estruturantes da ação e, por fim, a avaliação.

Principia com uma análise da situação da prática – *fase diagnóstica do estudo* – a qual resultou do estudo de caracterização e análise do fenómeno da ES nos estudantes do 2º ciclo do ensino básico e do contexto da prática.

De seguida é descrita a planificação da ação – *fase de planeamento da ação* – que se inicia com a referência à reflexão sobre os resultados do diagnóstico e à particularidade do envolvimento dos vários atores do processo educativo nos processos de tomada de decisão para a mudança.

Posteriormente apresenta-se o percurso da implementação da mudança no contexto – *fase de implementação da ação* – a qual integra duas etapas, a primeira referente ao processo formativo e a segunda à construção, implementação e avaliação do programa de ES.

Por fim descreve-se o impacto da mudança, passando por uma avaliação global de todo o processo – *fase de avaliação da ação*.

Os métodos de colheita de dados, os participantes e as estratégias para análise de dados são descritos nos pontos referentes a cada uma das fases de forma a facilitar a leitura deste relatório.

CAPÍTULO 1 - ROTEIROS DE UMA AÇÃO INVESTIGATIVA - OPÇÕES METODOLÓGICAS

A abordagem anterior, no que se refere à problemática e aos objetivos do estudo justifica as diversas tomadas de decisão quanto às opções metodológicas.

A consciência “coletiva” da necessidade de promover comportamentos saudáveis nos jovens motivou a investigação que, de acordo com Fortin (1999) é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real. A mesma autora refere ainda que “é um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam de uma investigação” (Fortin, 1999:15). Por seu lado, o termo “metodologia” de origem grega (“μεθοδος” + “λογια” – “estudo metodológico, caminho tortuoso” + “douto, razão, palavra”) surge como uma caminhada investigativa; um método de estudo associado à razão humana em abstrato, ou seja, à ciência.

O estudo desenvolvido visa um paradigma construtivista, no qual se aceita que não há a possibilidade de se estabelecer uma separação nítida entre o investigador e aquilo que ele vai estudar. A este respeito, Guba & Lincoln (1994) referem-se ao paradigma construtivista como subjetivo e transacional, ou seja, o investigador e o objeto de investigação são tão interligados que os resultados são literalmente criados no decorrer do processo investigativo.

Ramos (2000) afirma ainda que, no paradigma construtivista a criação de conhecimento tem por objectivo essencial compreender os significados que os atores sociais atribuem a acontecimentos e comportamentos, o de reconstruir esses significados assente em novas informações e na consciencialização sobre os conceitos e práticas que têm vindo a ser aceites sem serem questionados. O conhecimento construtivista compreende as “construções em torno das quais existe pelo menos algum consenso. Este paradigma prevê a possibilidade de existirem múltiplos conhecimentos resultantes de conflitos de interpretação e de diferenças nos factores que condicionam essas interpretações” (Ramos, 2000: 12).

A abordagem construtivista possui um “compromisso para com o estudo do mundo a partir do indivíduo em interação” (Denzin & Lincoln, 2006: 164), pelo que, em termos epistemológicos, o conhecimento produzido pelo investigador caracteriza-se por

ser “transacional/subjetivista” e as “descobertas criadas” por ele fazem-se através de um acúmulo de conhecimento que conduz a “reconstruções mais informadas e sofisticadas” (ibidem, p. 172). Tendo por base os pressupostos construtivistas, o conhecimento serve para reformular as construções e percepções dos participantes no processo da sua criação (Ramos, 2000).

De acordo com este paradigma, o conhecimento é válido “se as novas construções forem fiáveis porque são credíveis para os participantes no processo da sua criação, podem ser usadas para apoiar a criação de conhecimento noutras situações, são estáveis na medida em que resultaram de consensos, e podem ser confirmadas pelos dados recolhidos” (Ramos, 2000: 13). Para a mesma autora, a validade dessas construções é ainda fortalecida quando elas enriquecem as construções individuais, possibilitam compreender as construções dos outros, estimulam e fortalecem a ação.

Neste estudo, partimos de uma aceção da investigação pautada pela abertura, flexibilidade e participação, fortemente comprometida com a resolução de problemas, colocados a partir da própria realidade. Uma perspetiva que, mais do que descrever e compreender a realidade, implique alguma transformação dessa mesma realidade. Para isso inspiramo-nos na metodologia de investigação ação (trabalhando em conjunto com as pessoas envolvidas no estudo).

Percorremos as diversas definições de investigação ação. Cohen e Manion descrevem-na como “procedimento essencialmente *in loco*, com vista a lidar com um problema concreto localizado numa situação imediata.” Isto significa que o processo é constantemente controlado passo a passo (isto é uma situação ideal), durante períodos variáveis, através de diversos mecanismos (questionários, diários, entrevistas e estudos de casos por exemplo), de modo que os resultados subsequentes possam ser traduzidos em modificações, ajustamentos, mudanças de direção, redefinições, de acordo com as necessidades, de forma a tratar vantagens duradouras ao próprio processo em curso (Bell, 2004: 20). A investigação ação “é um método que implica agir para melhorar a prática e estudar sistematicamente os efeitos da ação desenvolvida” (Streubert & Carpenter, 2002: 279).

Esteves (1986) defende a metodologia da investigação ação, cujo propósito é estudar um problema sentido pela própria comunidade e o aperfeiçoamento dos participantes. Segundo Ponte (2002: 7) “a investigação ação envolve uma preocupação

de intervenção imediata, muitas vezes de mudança radical, que pode existir ou não quando fazemos investigação sobre a prática. Além disso, é frequente a investigação ação envolver equipas cujos iniciadores nem sequer são membros da instituição ou comunidade em que essa intervenção vai decorrer”. A investigação ação deve ainda ser encarada como um processo dialético, num diálogo permanente ao longo do tempo, onde o plano do estudo pode ser alterado de acordo com o que for acontecendo durante todo o processo, um plano flexível.

Esta metodologia de investigação culmina com o encontro de soluções para problemas da prática através da implementação de mudanças na mesma, observação e avaliação das mudanças durante a implementação (Streubert & Carpenter, 2002).

Perante o estudo que pretendemos desenvolver, consideramos necessária uma colaboração estreita entre o investigador e os participantes no estudo, tornando-a numa investigação ação participativa, definida como “uma forma de investigação ação que atribui importância primordial à colaboração com os participantes da investigação incluindo-os como co-investigadores ao longo de todo o processo de investigação (Argirys & Schon, 1991 In Streubert & Carpenter, 2002: 282). Numa investigação deste tipo, os participantes e o investigador envolvem-se num trabalho comum, em torno de problemas concretos sentidos pelos praticantes, a partir dos quais são definidas e discutidas questões, são discutidos e preparados materiais de trabalho, são realizadas intervenções conjuntas e é feita uma análise e divulgação de resultados.

A investigação ação valoriza as experiências dos indivíduos, desenvolvendo teias de comprometimento, que são favoráveis à mudança. Possibilita o desenvolvimento de uma reflexão sobre a ação, da qual resulta uma flexibilidade para articular e relacionar o passado, o presente e futuro. Valoriza-se que os intervenientes se conscientizem e construam um percurso, o que implica, como refere Schön (1983), conhecimento na ação, reflexão na ação e reflexão sobre o conhecimento e sobre a ação.

Esta realidade permite ao investigador a utilização de múltiplas fontes de dados, mantendo-se continuamente atento a todos os dados novos que possam surgir no decorrer do estudo. Esta forma de investigação permite uma melhor compreensão do fenómeno em estudo.

A investigação ação tem vindo a ser utilizada pela enfermagem com diversas finalidades, particularmente projetos de mudança organizacional respeitantes à

prestação de cuidados, abordagens profissionalizantes para o desenvolvimento do papel profissional, preparação dos estudantes de enfermagem para o seu papel como futuros enfermeiros e para mudanças organizacionais em larga escala (Badger, 2000). Outras finalidades passam pela produção de uma mudança mensurável de comportamento, ajuda aos profissionais a ultrapassarem a resistência à mudança, mudança na prática de enfermagem ou atribuição de poder aos profissionais (Streubert & Carpenter, 2002). Esta metodologia permite desenvolver ou melhorar as práticas dos indivíduos, a sua compreensão acerca da prática e a própria situação na qual as práticas se desenvolvem (Bryman & Burgess, 1999; Streubert & Carpenter, 2002; Dolbec, 2003).

Na educação a investigação ação tem um percurso feito. Esta revela-se particularmente apropriada sempre que um conhecimento específico é requerido por um problema específico, numa situação real, ou quando uma nova aproximação poderá ser ligada a um sistema existente (Sousa, 2009).

A investigação ação poderá ser utilizada em quaisquer situações de sala de aula ou de escola em que haja possibilidade de serem aplicados mecanismos de avaliação traduzindo *feedbacks* sobre o sistema (Sousa, 2009).

Entre as áreas em que a investigação ação se mostra como uma metodologia apropriada, de acordo com Cohen e Manion (1987), contam-se os métodos de aprendizagem (na descoberta de métodos novos que possam substituir os tradicionais), estratégias de aprendizagem (experimentando aproximações integradas de aprendizagem em vez do estilo unilinear de transmissão de conhecimentos) e atitudes e valores (possibilidade de encorajar atitudes mais positivas de trabalho, por exemplo, ou modificação dos sistemas de valores dos alunos com vista a alguns aspetos da vida).

Desenvolver projetos na escola, implica uma simbiose da instituição escolar com as práticas profissionais, permite criar, dentro da própria escola, situações de formação, que levam a produções, à construção do conhecimento. Cortesão e Stoer (1997) reforçam esta ideia ao referirem que a ação pedagógica não tem de ser só uma atividade de reprodução do saber mas pode estar ligada também à produção desse saber:

“ (...) não é forçosamente uma atividade que se limita à reprodução descomplexificada do conhecimento científico mas, sim, uma atividade relacionada com uma produção de saber que tem lugar numa área específica do conhecimento

e que é desenvolvida de uma outra forma através de um processo de construção/elaboração que lhe é próprio”. (Cortesão e Stoer, 1997: 11)

No caso do nosso estudo, trata-se de (re)construção e ação no contexto das práticas educativas, o que confere um papel ativo e criativo aos intervenientes diretos, professores, enfermeiros, alunos, pais e assistentes operacionais.

Fases do Estudo

O percurso de uma investigação faz-se passo a passo, pelo que, o estudo decorreu numa dinâmica cíclica de ação-reflexão, própria da investigação ação. Tendo em conta os processos de investigação ação, pode-se dizer que o planeamento integrou quatro fases, as quais, no entanto, não corresponderam a períodos acabados ou a processos estanques, pelo contrário, qualquer um deles recuperou os anteriores e induziu os seguintes.

Partindo destas premissas e tendo em conta os objetivos a concretizar com esta investigação, estudo centrado na construção, implementação e avaliação de um programa de educação sexual em contexto escolar, desenvolveram-se nas seguintes fases:

Primeira Fase: Diagnóstico de situação

Nesta fase procedeu-se à caracterização e análise do fenómeno da educação sexual na perspetiva dos vários intervenientes e assim obtiveram-se conhecimentos acerca da comunidade em causa, nomeadamente no que respeita à opinião dos diferentes grupos de interesse, atitudes face à educação sexual e práticas de educação sexual. Pretendeu-se também, conhecer a realidade concreta destes grupos, quer em termos de necessidades sentidas quer em termos de potencial interventivo, transformando toda esta informação em material operacional.

A primeira fase da investigação possibilitou ainda, ao investigador principal, a entrada no campo e a criação de laços com a comunidade educativa, começando a (re)desenhar-se um grupo de trabalho. Factos que, por si só, justificam a importância da aproximação ao campo, por parte da investigadora principal.

Participaram na fase diagnóstica 81 alunos, 96 pais/encarregados de educação, 26 professores, 7 assistentes operacionais da ação educativa e 3 enfermeiras.

Como refere Patton (1990: 251) “quando o investigador de campo espera cooperação, obter a entrada [no campo] pode ser em grande parte uma questão de estabelecer confiança e comunicação”. Esta confiança e comunicação foram conquistadas, e progressivamente sedimentadas, através das reuniões iniciais, da aplicação dos questionários de diagnóstico, da realização das entrevistas e, principalmente, da análise colaborativa dos resultados obtidos pela investigadora principal. Os participantes tiveram oportunidade de colaborar ativamente na validação do diagnóstico e na participação na segunda fase da investigação, o que possibilitou, logo à partida, um envolvimento da comunidade educativa no projeto.

Segunda Fase: Planeamento da ação

O planeamento teve início com a interpretação e reflexão sobre os resultados do diagnóstico, concorrendo para a conceção do plano de ação.

Terceira Fase: Implementação da ação

Após um conhecimento da realidade local, resultado do diagnóstico, e da reflexão sobre o mesmo, iniciou-se um terceiro ciclo da investigação. Esta fase reporta-se à implementação da ação, tendo-se constituído em dois momentos fulcrais:

1. Processo formativo
2. Desenho, implementação e avaliação do programa de educação sexual

O processo formativo

Nesta fase da investigação, tendo por base os resultados do diagnóstico, procedeu-se, formação em ES, dirigida aos vários atores do processo educativo, promovendo-se, simultaneamente, o envolvimento destes no projeto.

A formação teve a duração de 16 horas, das quais 12h foram para formação de professores, 2h para assistentes operacionais da ação educativa e 2h para pais/encarregados de educação. As ações de formação envolveram 22 professores, 13 assistentes operacionais e 15 pais/encarregados de educação.

Os objetivos principais da formação foram: (1) sensibilizar os diversos atores do processo educativo para a importância da educação sexual na escola; (2) Reconhecer a Educação Sexual como uma área de intervenção prioritária; (3) fomentar a predisposição para a implementação da educação sexual na escola e (4) promover a formação científica dos professores em temas específicos da sexualidade.

O programa de formação possibilitou uma reflexão alargada em torno da educação sexual e, conseqüentemente, promoveu o interesse e comprometimento dos atores no projeto. Foi assim criada uma comunidade crítica de base que viria a sustentar o desenvolvimento das fases seguintes. Integraram a equipa do projeto, além do investigador principal: 11 professores, dos quais o Diretor da escola e 5 diretores de turma; 2 enfermeiras da Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde, um representante dos pais/encarregados de educação e um representante dos assistentes operacionais da ação educativa.

Elaboração, implementação e avaliação do programa de educação sexual

Após o processo de formação, iniciou-se uma nova etapa da investigação na qual o programa foi sendo estruturado. As intervenções foram implementadas, pelos atores, de forma sequencial à medida que se foram desenvolvendo, avaliando e reavaliando. Procedeu-se ainda à avaliação do efeito do programa nos estudantes. A espiral autorreflexiva da investigação ação foi sistematicamente seguida pelos intervenientes.

O programa começou com os alunos do 5º ano em Setembro de 2010, no início do ano letivo, e acompanhou o seu percurso até ao final do 6º ano, Julho de 2012.

Quarta fase: Avaliação da ação – avaliação do impacto da mudança

Numa fase final procedeu-se à avaliação global do programa na perspetiva da direção da escola, dos professores e das enfermeiras.

Participaram na avaliação final o diretor e vice-diretor da escola, 4 professores e 2 enfermeiras.

Cada uma destas fases pode ser considerada como um ciclo da espiral autorreflexiva lewiniana, apresentado na Fig. 1, que mostra o caráter cíclico típico da estratégia de investigação ação, adotada neste trabalho.

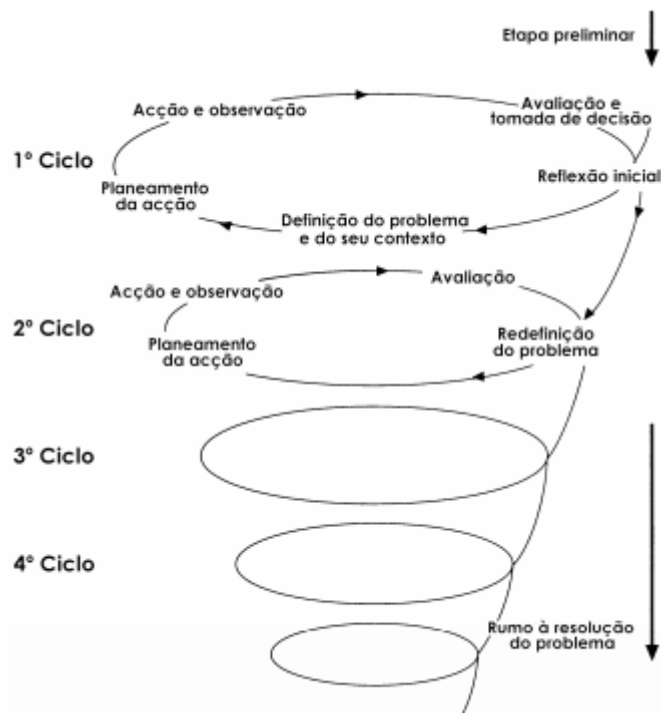


Figura 1- Espiral autorreflexiva lewiniana. Fonte: Santos, Elci; Morais, Carlos; Paiva, João (2004) (adaptado de Lavoie, L. et al, 1996)

Este estudo teve por fim último o delineamento e operacionalização de um programa de ES na Escola, tendo como pressupostos que só com um diagnóstico completo desta comunidade e com a sua participação, seria possível delinear um programa eficaz e adequado às suas necessidades e recursos.

Em cada uma das fases, os participantes na investigação produziram informação que foi usada para desenvolver soluções práticas para os problemas que foram sendo investigados.

O trabalho de campo conducente à investigação foi desenvolvido nos anos letivos 2009/2012, na Escola EB2 D. João IV de Vila Viçosa, e seguiu as fases atrás explicitadas, representadas no diagrama 1.

Ao longo de todo o processo foram tidas em consideração as responsabilidades éticas e morais que contemplam o respeito pelo direito à autodeterminação expresso no consentimento livre e esclarecido, no direito ao anonimato e à confidencialidade, no direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 1999; Polit & Beck, 2004).

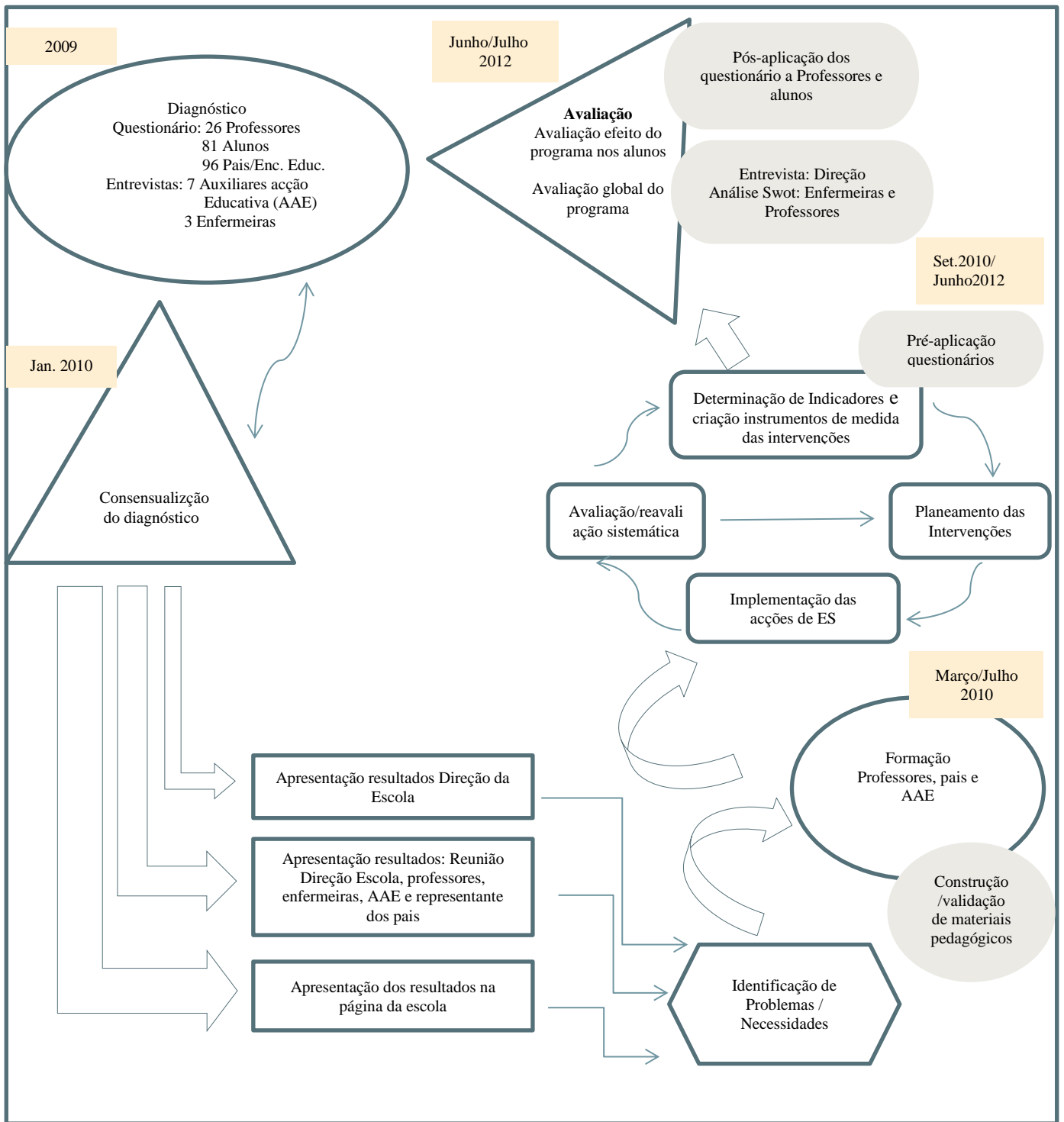


Diagrama 1 – Desenho do estudo

CAPÍTULO 2 – DO DIAGNÓSTICO À AVALIAÇÃO: O PROCESSO CICLÍCO

FASE I: DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO - CARATERIZAÇÃO E ANÁLISE DO FENÓMENO DA ES NOS ESTUDANTES DO 2º CICLO DO ENSINO BÁSICO

1. INTRODUÇÃO

A investigação ação começa com um ciclo de pequenas dimensões da espiral autorreflexiva – planificação, ação (implementação dos planos), observação e reflexão – que vai aumentando ao longo da espiral. Para começar esta metodologia de investigação é importante colher alguns dados iniciais na área de interesse geral, para posteriormente refletir e desenvolver um plano de ação que conduza à mudança (McTaggart, 1997). Esta foi a finalidade do primeiro estudo realizado “Caraterização e análise do fenómeno da ES nos estudantes do 2º ciclo do ensino básico”.

Este estudo permitiu fazer o diagnóstico sobre a opinião, dos vários intervenientes no processo educativo (estudantes, professores, pais, enfermeiros e técnicos operacionais), acerca da ES na escola, saber se a ES nesta escola era objeto de intervenção pedagógica estruturada, intencional, assumida pela escola ou não passava de algumas atividades isoladas e pontuais e, ainda, conhecer as condições efetivas para a criação de um projeto de investigação ação colaborativa de promoção da sexualidade saudável que seja localmente relevante.

Pretendemos assim obter um conhecimento mais aprofundado da realidade local, das necessidades, desafios e recursos existentes, no sentido da adequação das estratégias de intervenção e operacionalização da ES.

No sentido da realização do diagnóstico, desenvolveu-se um estudo descritivo do tipo exploratório, com uma abordagem quantitativa e qualitativa, de forma a responder às seguintes questões:

1. Quais as concepções dos intervenientes no processo educativo (estudantes, professores, pais, enfermeiros e técnicos operacionais) acerca da ES em contexto escolar?
2. Quais as abordagens práticas desenvolvidas pelos professores, enfermeiros, pais e assistentes operacionais no âmbito da ES dos estudantes?
3. Quais as propostas para melhorar/implementar a ES na escola?

As questões de investigação formuladas e a necessidade de uma aproximação e entrada no terreno de investigação que possibilitasse o envolvimento dos diversos atores do processo educativo no projeto desde o início, levou a optar pela aplicação de instrumentos como o questionário e a entrevista semiestruturada.

2. O CONTEXTO

O estudo desenvolveu-se na Escola EB2 D. João IV de Vila Viçosa²⁰. A rede de escolas públicas, do concelho, é constituída por uma escola secundária, Escola Pública Hortênsia de Castro (com 3º ciclo e secundário) e pelo agrupamento vertical de escolas de Vila Viçosa.

O agrupamento vertical de escolas de Vila Viçosa, foi criado, por despacho de 04/05/2003, da Direção Regional de Educação do Alentejo, com sede na escola EB2 D. João IV. Integra nove estabelecimentos de educação e ensino, distribuídos pelas várias freguesias do concelho²¹, abarca os níveis de ensino Pré-escolar, 1º e 2º ciclo do Ensino Básico, sendo que, consoante a existência de público, promove também cursos de alfabetização de adultos e é escola de referência para o ensino do português a cidadãos estrangeiros. Pertence à área de abrangência do Centro de Saúde de Vila Viçosa.

A Escola Básica EB2 D. João IV possui, ao momento, 26 docentes e 10 assistentes operacionais exercendo funções de auxiliares de ação educativa executando tarefas de apoio ao funcionamento da escola.

Frequentam a escola 207 alunos. Para além dos alunos oriundos das freguesias do concelho de Vila Viçosa também existem alunos oriundos de outros concelhos limítrofes, nomeadamente Borba, Estremoz, Elvas e Alandroal.

Os resultados do sucesso educativo, nesta escola, encontram-se acima da média nacional.

A nível das instalações revela uma qualidade aceitável, denotando algumas falhas pela construção muito recuada no tempo, em que o grau de exigência e conforto não era necessariamente o mesmo de hoje.

²⁰ Vila Viçosa é uma vila que pertence ao distrito de Évora, região Alentejo e integra a sub-região do Alentejo Central. É sede de um município com uma área de 194,62 Km², composta por 8 319 habitantes, subdividido em quatro freguesias (Bencatel, Ciladas, Nossa Senhora da Conceição e São Bartolomeu, Pardais)

²¹ Freguesia de Bencatel (EB1 de Bencatel e Jardim de Infância de Bencatel); Freguesia de Ciladas (EB1 S. Romão e Jardim de infância de S. Romão); Freguesia de Pardais (Jardim de infância de Pardais); Freguesia de Nossa Senhora da Conceição e São Bartolomeu (EB2 D. João IV de Vila Viçosa, EB1 com Jardim de infância do Castelo, EB1 do Carrascal e Jardim de Infância de Vila Viçosa).

Relativamente aos recursos humanos, manifesta carência principalmente ao nível do pessoal auxiliar de ação educativa. Faltam, ainda, psicólogos que façam o necessário apoio aos alunos.²²

Nesta escola, através da observação feita, verifica-se um excelente ambiente humano, fruto de uma grande estabilidade a nível da gestão escolar e do bom relacionamento entre professores e os demais funcionários.

Trata-se de uma escola com alguma dinâmica na implementação de projetos mas onde a educação sexual formal e não formal, não se tem verificado de forma estruturada e sistemática. Apesar de possuidora de um quadro não muito jovem de professores e funcionários, a abertura ao diálogo é uma realidade. É uma escola aberta à investigação.

Aproximação ao campo

Desenvolver e implementar um programa de educação sexual na escola requer um grande comprometimento de toda a comunidade escolar. Este facto torna-se ainda mais marcante quando se pressupõe o envolvimento, dos diversos atores do processo educativo, na construção e reconstrução do projeto. É assim imprescindível promover o debate, reflexão e troca de ideias entre os vários intervenientes.

Considerando que uma das etapas de elaboração de um projeto de intervenção é a análise das necessidades (Menezes, 2007), numa fase inicial realizaram-se várias reuniões com o Diretor da escola e os restantes membros da direção. Emergiu, destas reuniões, a grande lacuna existente na escola, a inexistência de um programa de ES.

Sendo uma necessidade inicialmente identificada pela direção, tornou-se imperativo perceber a opinião dos restantes elementos da comunidade educativa acerca da ES na escola e a motivação destes para abordar os temas relacionados com a sexualidade.

No sentido de possibilitar a reflexão e discussão alargada acerca do tema, foi realizada uma reunião prévia na qual participaram os elementos da direção da escola, todos os professores, os assistentes operacionais, o representante dos pais/encarregados de educação no conselho pedagógico da escola e a enfermeira responsável pela Unidade

²² Nos últimos anos só as parcerias com CERC Estremoz e/ou APPACDM, possibilitaram a existência de técnicos de terapia da fala e psicologia, uma vez que a Equipa de Intervenção Precoce só apoia os alunos do pré-escolar.

de Cuidados na Comunidade de Vila Viçosa. Desta reunião depreendeu-se a motivação de muitos professores e a apreensão de outros, havendo, no entanto, concordância acerca da importância e necessidade da ES na escola.

Perante a unanimidade, dos diversos atores do processo educativo, acerca da necessidade da ES nesta escola, decidiu-se desenvolver o diagnóstico de situação no qual fossem envolvidos os professores, os alunos, os pais/encarregados de educação, os assistentes operacionais e os enfermeiros.

3. PARTICIPANTES

Foram selecionados como sujeitos de estudo os vários intervenientes no processo educativo (alunos, professores, pais/encarregados de educação, assistentes operacionais e enfermeiros), da Escola EB2 D. João IV²³, no ano letivo de 2009/2010.

A escola possui, ao momento, 26 docentes e 10 assistentes operacionais exercendo funções de auxiliares de ação educativa executando tarefas de apoio ao funcionamento da escola. Frequentam a escola 207 alunos.

Participaram no diagnóstico 81 estudantes, 26 professores, 96 pais, 7 assistentes operacionais e 3 enfermeiras da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Vila Viçosa. Participaram no estudo apenas os estudantes cujos pais autorizaram a sua participação tendo assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, o que corresponde a 39% do total de estudantes. Dos assistentes operacionais, três não participaram referindo não manter um contato direto com os alunos. Participaram a totalidade dos professores e das enfermeiras da UCC.

Aos participantes foi-lhes dado conhecimento dos objetivos do estudo e participaram após consentimento livre e esclarecido.

ESTUDANTES

Dos estudantes, 40 (49.4%) frequentam o 5º ano e 41 (50.6%) o 6º ano de escolaridade; a maioria do sexo feminino (63.0%) com uma média de 11.09 anos de idade (DP = 0.794); a maioria (61.7%) residente em zonas urbanas com um ou mais irmãos. Relativamente à escolaridade dos pais, a maioria tem 12º ano ou menos (Anexo 2).

PROFESSORES

Os dados apresentados no Anexo 2, permitem-nos verificar que uma larga maioria dos 26 professores que participaram no estudo, 69.2%, são do sexo feminino.

²³ A escola EB2 D. João IV é sede de agrupamento e integra nove estabelecimentos de educação e ensino, distribuídos pelas várias freguesias do concelho, abarca os níveis de ensino Pré-escolar, 1º e 2º ciclo do Ensino Básico. A Escola Básica EB2 D. João IV, pertence à área de abrangência do Centro de Saúde de Vila Viçosa.

Verificamos, também, que as idades variavam entre 24 e 56 anos, sendo a média 42.85 anos, com desvio padrão 8.30 anos. Como podemos constatar 46.3% dos professores tinham entre 40 e 50 anos, seguidos de 26.9% cuja idade era igual ou superior a 50 anos e de 19.2% que tinham entre 30 e 40 anos. Metade dos professores tinha mais de 42.50 anos (idade mediana).

Quanto ao número de filhos, verifica-se que 38.5% dos professores não tinham filhos, seguidos de 30.8% que tinham dois filhos.

A maioria dos professores (80.8%) possuía a licenciatura como habilitação académica, seguidos de 11.5% que possuía o bacharelato.

No que concerne ao tempo de docência constatamos que os professores indicaram valores compreendidos entre 3 e 34 anos, sendo o tempo médio de 19.35 anos, com desvio padrão de 8.39 anos. Verifica-se, também, que 38.5% dos professores indicaram tempos de docência entre 10 e 20 anos e que 30.8% referiram tempos entre 20 e 30 anos. Metade dos inquiridos exerciam a atividade docente há mais de 19.50 anos.

No que respeita à formação na área da educação sexual verificamos (Anexo 2) que a maioria dos professores, 73.1%, afirmou que não possuía a formação nesta área. Dos sete professores que afirmaram ter formação, três referiram que frequentaram sessões na própria escola e os restantes quatro disseram ter frequentado cursos, colóquios/congressos, ações de formação e seminários. Questionados acerca do facto de terem promovido ou participado em alguma ação de ES, a maioria dos sete professores (4) respondeu negativamente. Os três professores que afirmaram ter participado ou promovido aquele tipo de ações, um disse que tal consistiu numa aula, outro referiu uma ação extracurricular para alunos e o terceiro indicou ação ou ações no contexto da Área de Projeto. Todos os três professores consideraram que a experiência foi globalmente positiva. Dois dos professores disseram que foram mero assistente nessa formação e, apenas, um afirmou que foi interveniente ativo. Este professor disse que se sentiu preparado e confortável para abordar os temas relativos à ES.

PAIS/ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO

Participaram no estudo 96 pais/encarregados de educação, sendo 83 do sexo feminino e 13 do sexo masculino.

Dos dados (Anexo 2), podemos verificar que 67.7% dos pais/encarregados de educação têm menos de 40 anos de idade. A maioria é casada ou vive em união de facto. De salientar que apenas 9.4% dos inquiridos possuem habilitação superior (licenciatura). Relativamente à profissão²⁴, a maioria (54.0%), desempenha uma atividade profissional relacionada com a prestação de serviços. Evidencia-se ainda que 30% não tem qualquer atividade profissional e 11.5% são trabalhadores não qualificados.

ASSISTENTES OPERACIONAIS

Participaram no estudo 7 assistentes operacionais, do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 32 e os 57 anos, sendo a média das idades de 47 anos. Apenas uma das entrevistadas possui o 12º ano completo, uma encontra-se a frequentar o 12º ano e as restantes completaram o 3º ciclo (9º ano), todas através do programa Novas Oportunidades.

Nenhuma assistente operacional fez qualquer formação em educação sexual, tal como referem:

“Não, nunca. Por enquanto ainda não...Não, não. eu estou cá desde 94 e não tive qualquer formação neste campo.”E6

“Já sou auxiliar há 10 anos mas nunca fiz formação em educação sexual, não” E7

Os assistentes operacionais foram selecionados segundo os seguintes critérios: ter contato direto com os alunos dentro do edifício escolar, vigiar os espaços exteriores da escola e trabalhar nos locais mais frequentados pelos alunos.

ENFERMEIRAS

Este estudo teve a participação de 3 enfermeiras do Centro de Saúde de Vila Viçosa. Duas enfermeiras têm Curso de Especialização em Enfermagem Comunitária e uma tem Pós-Graduação em Cuidados Continuados Integrados. Das enfermeiras, as especialistas têm entre 20 e 24 anos de serviço, tendo uma destas desenvolvido a sua atividade profissional sempre nos cuidados de saúde primários (24 anos) enquanto a outra trabalhou 6 anos em cuidados de saúde diferenciados e posteriormente (14 anos)

²⁴ Considerou-se a Classificação Nacional de Profissões do Instituto do Emprego e Formação Profissional (2013)

em cuidados de saúde primários. A enfermeira, elemento mais jovem da equipa, tem 3 anos de serviço nos cuidados de saúde primários.

4. INSTRUMENTOS

Tendo em conta a investigação e as questões e objetivos já referidos, optámos, como instrumentos de colheita de dados, pelo questionário e entrevista semiestruturada. Assim, aos professores foram aplicados os questionários: Questionário de Avaliação de Atitudes dos Professores face à ES (QAAPES) (Reis & Vilar, 2002) e Conceções e Práticas da ES em contexto escolar (Lourenço, 2007). Aos alunos foi aplicado o Questionário de Perceção dos Alunos acerca da ES (QPAES) e aos pais o questionário Conceções e Práticas da ES em contexto escolar (Lourenço, 2007). Para conhecermos a opinião das enfermeiras e das assistentes operacionais optámos pela entrevista semiestruturada.

Questionário de Avaliação de Atitudes dos professores face à Educação sexual (QAAPES)

O questionário de Avaliação de Atitudes dos professores face à ES (QAAPES), construído e validado por Reis e Vilar (2002) (Anexo 3), contém três dimensões: avaliativa, cognitiva e emocional.

A Dimensão avaliativa (questão 7) – O instrumento consta de uma escala de atitudes com 10 itens sendo cinco positivos (1,5,6,7 e 10) e cinco negativos (2,3,4,8 e 9). A resposta é dada numa escala do tipo Likert com cinco pontos: discordo totalmente (1), discordo (2), nem concordo nem discordo (3), concordo (4) e concordo totalmente (5). A cotação da escala é feita pela média calculada no total dos respondentes depois de inverter os itens negativos.

Conhecimentos em Relação à Educação Sexual (questão 8) – A dimensão cognitiva é medida numa escala de conhecimento em relação à ES, com 15 itens e possibilidade de resposta em Verdadeiro ou Falso, com afirmações como: “Existe legislação que autoriza as atividades de educação sexual nas escolas”, “A lei só permite ações de educação sexual a partir do 2º ciclo”, “Cabe principalmente aos profissionais de saúde realizarem ações de educação sexual nas escolas” e “É obrigatório, por lei, integrar ações de educação sexual no projeto educativo das escolas”. A cotação da escala é feita pela soma do número de respostas corretas às perguntas que pode variar entre 0 e 15.

Conforto relativamente a temas sexuais (questão 9) – A dimensão emocional consta de uma escala de conforto com 30 itens que medem o conforto/desconforto dos sujeitos por terem de falar em temas de Educação Sexual com os alunos. Inclui temas de sexualidade como, “conceção e gravidez”, “funcionamento sexual masculino”, “decisões responsáveis”, “contraceção de emergência” ou “ciclo menstrual”, para os quais se pede aos professores, que avaliem o seu grau de conforto se os tivessem que abordar numa ação de ES.

É uma escala com resposta do tipo Likert, com cinco pontos (muito desconfortável 1, muito confortável 5). A cotação da escala é feita através das médias encontradas.

Do instrumento fazem ainda parte questões sobre formação em Educação Sexual (questão 1), grau de participação em ações de educação sexual (questões 2, 3, 4, 5 e 6) e intenções de envolvimento futuro na implementação dessas ações nas escolas (Questões 10 e 11).

Para a verificação da fidelidade das escalas (Dimensão avaliativa e conforto) do questionário (QAAPES), procedeu-se à avaliação da consistência interna, calculando-se o alfa de Cronbach. O valor do coeficiente alfa de Cronbach encontrado na escala de atitudes foi de 0,81, apresentando uma boa consistência interna, muito semelhante ao do estudo de Reis e Vilar (2004) o qual apresentava um alfa de Cronbach de 0,84. Na escala de conforto o valor do coeficiente alfa de Cronbach foi de 0.96, elevada consistência interna, também este valor muito semelhante ao do estudo acima referido com um alfa de Cronbach de 0.97 (Quadro 1)

Quadro 1- Análise da consistência interna QAAPES

Dimensões	Nº de itens	Alfa de Cronbach's
Avaliativa (atitudes)	10	.81
Conforto	30	.96

**Questionário Concepções e práticas da educação sexual em contexto Escolar -
versão para professores (Lourenço, 2007) (Anexo 4)**

O Questionário inclui questões relativas às concepções e às práticas da ES em contexto escolar, num total de 70 itens (Quadro 2).

Relativamente às concepções dos professores, são formuladas questões sobre: a ES em contexto escolar (como, quando, quem, importância e finalidades); o papel dos outros intervenientes no processo educativo; Para compreender as práticas de ES, são enunciadas questões sobre a sua formação, interesse e motivação para lecionar, ou não a ES; contributo dos documentos de política educativa na prática letiva; o que fazem intencionalmente, o que fazem quando são abordados pelos alunos, como fazem intencionalmente e como fazem quando são abordados pelos alunos.

A resposta é dada numa escala do tipo Likert com quatro pontos: discordo totalmente (1), discordo (2), concordo (3) e concordo totalmente (4). A autora optou por não colocar a situação de escolha neutra porque se pretendia que os professores assinalassem uma opção concreta sobre as questões.

Quadro 2 – Distribuição das questões/itens dos professores segundo as categorias de análise

Concepções da ES relativas a:	Item
Como	1, 46, 68, 64, 66
Quando	4, 15, 28, 30
Quem	2, 5, 8, 13, 17, 18, 20, 25, 50
Finalidades	6, 16, 19, 23, 24, 37, 38, 40, 61, 63
Importância	7, 26, 27, 33
Papel dos outros intervenientes	9, 12, 20, 31, 36
Práticas	Item
Formação, interesse e motivação	3, 22, 29, 35, 53, 57, 60, 62, 67
O contributo dos documentos de política educativa	45, 48, 55, 58
O que fazem intencionalmente	10, 11, 21, 32, 47, 51, 56, 70
O que fazem quando são abordados pelos alunos	14, 34, 42, 44
Como fazem intencional	39, 41, 43, 49, 52, 54, 59, 65, 69

Questionário Concepções e práticas da educação sexual em contexto Escolar - versão para pais (Lourenço, 2007) (Anexo 5)

O questionário inclui questões relativas às concepções e as práticas da ES em contexto escolar, num total de 44 itens (Quadro 3).

A resposta é dada numa escala do tipo Likert com quatro pontos: discordo totalmente (1), discordo (2), concordo (3) e concordo totalmente (4). Optou-se por não colocar a situação de escolha neutra porque se pretendia que os pais/encarregados de educação assinalassem uma opção concreta sobre as questões.

O questionário contém questões sobre as concepções relativamente à ES em contexto escolar (como, quando, quem, importância e finalidades) e o papel dos outros intervenientes no processo educativo. Para compreendermos as suas práticas enunciámos questões sobre o que fazem intencionalmente, o que fazem quando são abordados pelos filhos, como fazem intencionalmente e como fazem quando são abordados pelos filhos.

Quadro 3 – Distribuição das questões/itens dos pais/encarregados de educação segundo as categorias de análise

Concepções da ES relativas a:	Item
Como	1
Quando	4, 15, 28, 30
Quem	2, 5, 8, 13, 17, 18, 20, 25
Finalidades	6, 16, 19, 23, 37, 40
(re)conhecimento da importância da ES na escola	7, 26, 27, 33
Ao Papel dos outros intervenientes no processo educativo	9, 20, 31, 36
Práticas	Item
O que fazem os professores intencionalmente	10, 11, 12, 21, 24, 29, 32, 38
O que fazem os pais/encarregados de educação intencionalmente	3, 22, 34, 35, 41, 43, 44
Como fazem os pais/encarregados de educação intencionalmente	14, 39, 42

Questionário Percepção dos Alunos acerca da Educação Sexual (QPAES)

O questionário (Anexo 5), partiu de uma base inicial ancorada na revisão da literatura. Na sequência da sua construção e após a sua avaliação por três peritos na área da educação sexual resultou a versão final que integra 16 questões, oito de caracterização e oito sobre percepção dos estudantes acerca da ES, nomeadamente para que serve a ES (Q. 9), como se sente a falar de ES (Q. 10), como se sente relativamente à informação que considera ter relativamente à sexualidade (Q. 11), onde obteve mais informação sobre sexualidade (Q. 12), quem acha mais adequado para abordar a ES (Q. 13), importância atribuída à abordagem da ES na escola (Q. 14), temas que considera mais importantes a serem abordados (Q. 15) e de que forma considera que deveria ser abordada a ES na escola (área disciplinar, não disciplinar ou outra) (Q. 16). Foram eliminadas 2 questões por não se considerarem adequadas à idade dos alunos.

Esta versão final foi validada quanto à sua legibilidade e a compreensibilidade do conteúdo das afirmações através do pré-teste aplicado a 10 adolescentes não incluídos na amostra deste estudo, não tendo sido necessário efetuar nenhuma alteração após a análise dos resultados obtidos através deste procedimento.

ENTREVISTAS

Foram elaborados dois guiões de entrevista: Concepções e Abordagens Práticas da Educação Sexual - um direcionado às **assistentes operacionais** (Anexo 7) e outro às **enfermeiras** (Anexo 8). Esses guiões têm uma sequência de questões principais a serem colocadas.

As perguntas foram colocadas de uma forma coloquial para gerar descrições espontâneas e ricas. Em cada entrevista foi apresentado ao entrevistado o objetivo e o desenho global da investigação. Foi ainda explicada a estrutura da entrevista e os seus objetivos.

5. PROCEDIMENTOS

Foi formalmente solicitada autorização à Escola EB2 D. João IV (Anexo 9), tendo sido obtida autorização pelo Conselho Executivo (Anexo 10).

Após uma análise minuciosa dos instrumentos que melhor respondiam ao propósito desta fase da investigação, foram selecionados os instrumentos já descritos, diagrama 2, tendo-se procedido ao pedido de autorização formal aos seus autores no sentido de permitirem a sua utilização, o qual foi concedido pelos mesmos (Anexo 11).

Inicialmente o projeto da investigação foi enviado à Direção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC) para avaliação e autorização da aplicação dos instrumentos de colheita de dados em meio escolar. Após ter sido submetidos a análise, esta entidade considerou que os instrumentos cumpriam os requisitos de qualidade técnica e metodológica, pelo que autorizou a sua aplicação, registada com o nº0164200001.

Os questionários foram aplicados aos estudantes em Janeiro de 2010, após autorização escrita dos encarregados de educação (Anexo 12)

Todos os participantes no estudo foram previamente informados acerca dos objetivos da investigação.

O preenchimento dos questionários foi efetuado individualmente, tendo sido os respondentes informados da confidencialidade das respostas.

Cada entrevista foi iniciada com instruções, em que a entrevistadora apresentou ao entrevistado o principal objectivo e o desenho global da investigação.

Dado que nesta fase do estudo utilizámos instrumentos de recolha de dados quantitativos e qualitativos, a natureza dos métodos de análise de dados variou em função do tipo e da finalidade dos dados colhidos, pelo que recorreremos à análise estatística e à análise de conteúdo.

O tratamento estatístico, dos dados resultantes dos questionários, foi processado através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20, tendo sido utilizada a estatística descritiva e inferencial. Determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão destacando-se dentro destas, o coeficiente de variação e o desvio padrão. Recorreremos ainda ao coeficiente de correlação de Pearson.

Todas as entrevistas gravadas, relativamente às conceções e abordagens práticas da ES das enfermeiras e das assistentes operacionais, foram transcritas na íntegra. A análise de conteúdo efetuada ao corpus então constituído, orientou-se por uma estratégia de categorização fundamentalmente indutiva em que após a identificação e delimitação das unidades de registo organizamo-las em subcategorias e posteriormente em categorias que descrevem o campo semântico das unidades, no contexto do referencial teórico de base (Bardin, 2006). As categorias de codificação emergiram à medida que se foi hierarquizando as subcategorias num sistema organizador, que permitiu separar as várias subcategorias em categorias mais abrangentes, mutuamente exclusivas, que respondiam às diferentes preocupações da investigação.

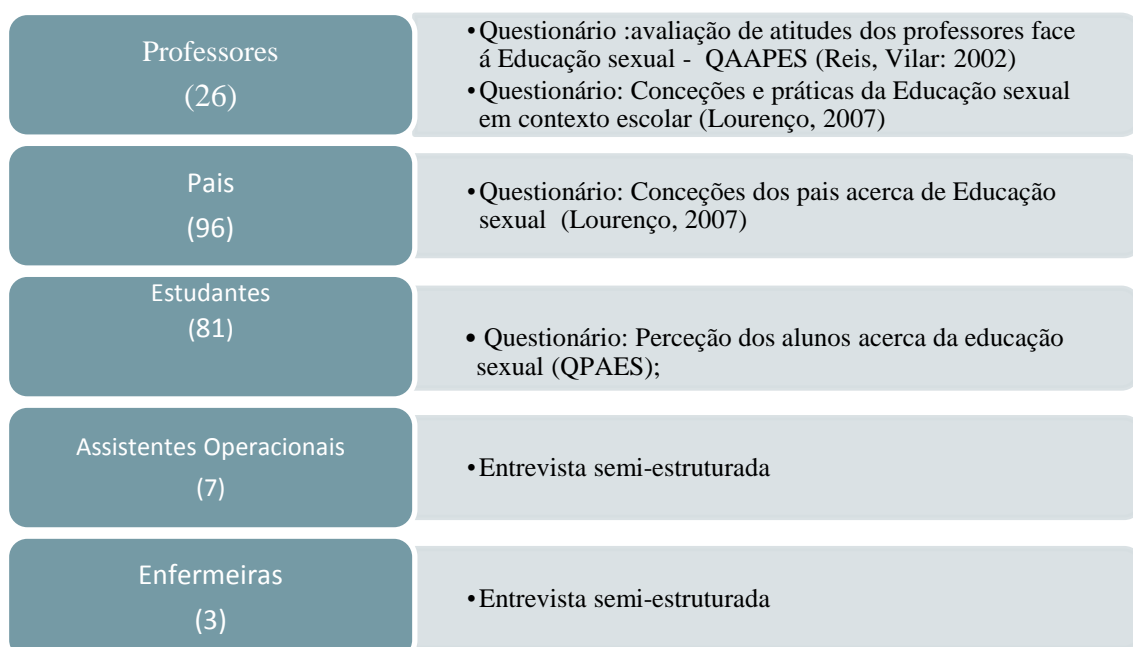


Diagrama 2 - Participantes e Instrumentos utilizados na Fase I do Estudo

6. RESULTADOS

De seguida serão apresentados os resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos de recolha de dados.

A apresentação é organizada em função dos objetivos e das questões de investigação apresentadas. Assim inicia-se pela exposição das conceções dos vários intervenientes no processo educativo (estudantes, professores, pais, enfermeiros e assistentes operacionais) acerca da ES em contexto escolar, relativamente a: Como, quando, quem, importância e finalidades. Seguindo-se a apresentação dos resultados relativos às abordagens práticas desenvolvidas, nomeadamente: Formação, interesse e motivação (só para professores); o que fazem e como fazem intencionalmente.

Conceções dos vários intervenientes no processo educativo acerca da ES

PROFESSORES

Com base nos dados obtidos através da aplicação do questionário de avaliação de atitudes dos professores face à ES (QAAPES) obtivemos os resultados constantes do quadro 4.

Na dimensão **avaliativa**, expressa numa escala de 1 a 5 pontos, os professores obtiveram resultados compreendidos entre 2.60 e 4.80 pontos, sendo a média de 4.02 pontos com desvio padrão 0.48 pontos. Metade dos professores apresentou resultados iguais ou superiores a 4.00 pontos. Atendendo aos resultados obtidos, podemos afirmar que os professores evidenciaram atitudes muito positivas na dimensão avaliativa.

As questões que apresentaram médias de resposta mais elevadas permitem-nos concluir que os professores acreditam que a ES é muito importante (4.31), sendo uma responsabilidade de todos os professores (4.08). Os professores acreditam ainda que este tipo de intervenção ajuda a prevenir o contágio com VIH (4.19). Por outro lado discordam que esta deva ser realizada apenas pelos professores de biologia (1.73). Ainda rejeitam a premissa de que pode estimular comportamentos sexuais precoces nos jovens (1.96) ou de que a sexualidade se vai aprendendo ao longo da vida e não na escola (2.23).

Relativamente aos **conhecimentos** em relação à ES, verificamos que, numa escala de 0 a 15 pontos, os professores obtiveram valores compreendidos entre 6.00 e 14.00 pontos, sendo a média 9.81 pontos com desvio padrão 2.59 pontos. Metade dos professores obteve, pelo menos, 9.00 pontos. Os resultados evidenciam que os professores inquiridos comprovam possuir bons conhecimentos.

Para a dimensão **conforto** relativamente aos temas sexuais, expressa numa escala entre 1 e 5 pontos, observamos valores compreendidos entre 2.10 e 4.63 pontos, sendo a média 3.56 pontos com desvio padrão 0.61 pontos. Metade dos professores obteve resultados superiores a 3.67 pontos. Concluímos que os professores evidenciam um nível razoável de conforto relativamente aos temas sexuais.

Quadro 4 - Medidas descritivas observadas para as dimensões da escala de Avaliação de Atitudes dos Professores face à ES

Dimensão	\bar{x}	Md	s	X _{min}	X _{máx}
Avaliativa	4.02	4.00	0.48	2.60	4.80
Conhecimentos em relação à Educação Sexual	9.81	9.00	2.59	6.00	14.00
Conforto relativamente aos temas sexuais	3.56	3.67	0.61	2.10	4.63

Existe uma associação forte entre a atitude dos professores face à ES e o conforto em temas de ES ($r=0,601$; $p<0,001$) (Quadro 5).

Quadro 5 - Correlação entre atitudes dos professores face à ES, conhecimentos e conforto na abordagem dos temas

		Atitudes	Conforto	Conhecimento
Atitudes	Correlação Pearson	1	,601**	,331
	p		,001	,099
	N	26	26	26
Conforto	Correlação Pearson	,601**	1	,086
	p	,001		,677
	N	26	26	26
Conhecimento	Correlação Pearson	,331	,086	1
	p	,099	,677	
	N	26	26	26

**Correlação é significativa ao nível de 0.01

Não se verificaram diferenças significativas entre os géneros face às três escalas.

Não há nenhuma correlação entre a idade dos docentes e o resultado das escalas, nem se constataram diferenças estatisticamente significativas entre os docentes que receberam formação e os que não o fizeram face às três escalas.

No que concerne ao **envolvimento das estruturas e órgãos da escola nas ações de ES**, verificamos (quadro 6) que 46.2% dos professores expressaram a opinião de que o Conselho Executivo manifesta total aceitação, 53.8% do corpo docente revela muita aceitação, 50.0% dos pais e encarregados de educação manifestam bastante aceitação e o mesmo se verifica com 53.8% do pessoal não docente.

Quanto ao envolvimento dos próprios professores em futuras ações de ES, verificamos que 42.3% afirmaram que tencionavam desenvolver atividades nesse âmbito, seguidos de 26.9% que disseram estar disponíveis para colaborar com outros colegas na promoção deste tipo de ações.

Quadro 6 - Envolvimento das estruturas da escola nas ações de Educação Sexual

Variáveis	n	%
Conselho Executivo		
Nenhuma aceitação	-	0.0
Alguma aceitação	2	7.7
Bastante aceitação	4	15.4
Muita aceitação	8	30.8
Total aceitação	12	46.2
Corpo Docente		
Nenhuma aceitação	-	0.0
Alguma aceitação	1	3.8
Bastante aceitação	10	38.5
Muita aceitação	14	53.8
Total aceitação	1	3.8
Pais/Encarregados de Educação		
Nenhuma aceitação	-	0.0
Alguma aceitação	5	19.2
Bastante aceitação	13	50.0
Muita aceitação	8	30.8
Total aceitação	-	0.0
Pessoal Não Docente		
Nenhuma aceitação	-	0.0
Alguma aceitação	3	11.5
Bastante aceitação	14	53.8
Muita aceitação	9	34.6
Total aceitação	-	0.0
Envolvimento do próprio em futuras ações de Educação Sexual		
Tenciona desenvolver atividades de educação sexual		
Será pouco provável que se envolva neste tipo de ações	11	42.3
Estará disponível para colaborar com outros colegas na promoção deste tipo de ações	4	15.4
Não tenciona, de todo, envolver-se neste tipo de ações	7	26.9
Tenciona propor à escola ou a outros colegas o desenvolvimento deste tipo de ações	1	3.8
	3	11.5

Procedemos ainda à análise das respostas dadas pelos professores em cada um dos 70 itens propostas por Lourenço. Agrupámos os itens em função das conceções (como, quando, quem, finalidades, importância e papel dos outros intervenientes) e das práticas (formação, interesse e motivação, contributo dos documentos de política educativa, o que fazem intencionalmente, o que fazem quando são abordados pelos alunos e como fazem intencional).

No que respeita às concepções da ES relativas ao “como”, os dados apresentados no quadro 7 permitem-nos constatar que a maioria concordou com o item «a ES, em contexto escolar, deveria ser transversal, mas ter um programa definido para cada área curricular disciplinar e não disciplinar» (65.4%) e com o item «a ES, na escola, deveria ser planificada, de forma sistemática, em cada Conselho de Turma» (69.2%). No entanto, a maior parte dos professores, exatamente 57.7%, discordaram das afirmações «a ES na escola deveria partir da iniciativa de cada professor, de modo espontâneo» e «a ES, na escola, só deveria ser abordada quando os alunos questionam ou quando se vivência alguma situação».

Quadro 7 – Professores: Respostas aos itens pertencentes à dimensão das concepções da ES (COMO)

Itens	Discordo totalmente		Discordo		Concordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A educação sexual deveria ser uma disciplina obrigatória	2	7.7	9	34.6	11	42.3	4	15.4
A educação sexual, em contexto escolar, deveria ser transversal, mas ter um programa definido para cada área curricular disciplinar e não disciplinar	1	3.8	5	19.2	17	65.4	3	11.5
A educação sexual na escola deveria partir da iniciativa de cada professor, de modo espontâneo	2	7.7	15	57.7	7	26.9	2	7.7
A educação sexual, na escola, deveria ser planificada, de forma sistemática, em cada Conselho de Turma	-	0.00	8	30.8	18	69.2	-	0.0
A educação sexual, na escola, só deveria ser abordada quando os alunos questionam ou quando se vivência alguma situação	8	30.8	15	57.7	2	7.7	1	3.8

Nas concepções relativas ao “quando”, verificamos (quadro 8) que as opiniões se dividem quase equitativamente entre a concordância e a discordância com as afirmações «a ES, em contexto escolar, deve ter início no pré-escolar, pois é uma das dimensões do desenvolvimento sócio-afectivo» (53.9% e 46.1%) e «a ES, em contexto escolar, deve ter início a partir do 2º ciclo, porque coincide com a entrada na adolescência» (46.2% e 53.8%).

Verificamos, também, que 96.2% e 84.6% dos professores discordaram, respetivamente, das afirmações «a ES, em contexto escolar, deve ter início no 3º ciclo, porque coincide com o período da experimentação amorosa dos jovens» e «a ES, em

contexto escolar, deve ter início no 1º ciclo, porque é o início da escolaridade obrigatória».

Quadro 8 – Professores: Respostas aos itens pertencentes à dimensão das concepções da ES (QUANDO)

Itens	Discordo totalmente		Discordo		Concordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A educação sexual, em contexto escolar, deve ter início no 3º ciclo, porque coincide com o período da experimentação amorosa dos jovens	10	38.5	15	57.7	1	3.8	-	0.0
A educação sexual, em contexto escolar, deve ter início a partir do 2º ciclo, porque coincide com a entrada na adolescência	5	19.2	9	34.6	10	38.5	2	7.7
A educação sexual, em contexto escolar, deve ter início no pré-escolar, pois é uma das dimensões do desenvolvimento sócio-afectivo	3	11.5	9	34.6	8	30.8	6	23.1
A educação sexual, em contexto escolar, deve ter início no 1º ciclo, porque é o início da escolaridade obrigatória	5	19.2	17	65.4	4	15.4	-	0.0

Quanto a “quem” serão os agentes que os professores elegem para abordar os temas da sexualidade (Quadro 9), verificamos que a maioria dos professores concordou que a ES na escola diz respeito a todos os professores (96.2%) e que deve ser abordada preferencialmente nas componentes letivas.

A maioria não concordou que deve ser só da responsabilidade dos pais, porque é uma questão da família (96.1%), que deveria apenas ser tratada pelo diretor(a) de turma na formação cívica (92.3%) e que a coordenação das atividades e projetos de ES, em cada turma, deveria ser da responsabilidade do respetivo diretor(a) de turma» (65.4%). As opiniões dos professores repartiram-se entre a concordância e a discordância nos itens «a ES na escola, deveria ser abordada apenas por professores com formação especializada em ES» (50.0%), «a disciplina de ciências da natureza é aquela que está mais vocacionada para desenvolver os temas da ES» (46.2% e 53.8%) e «a ES, na escola, deveria ser lecionada por médicos, enfermeiros, psicólogos ou outros técnicos especializados» (53.9% ou 46.1%).

Quadro 9 – Professores: Respostas aos itens pertencentes à dimensão das concepções da ES
(QUEM)

Itens	Discordo totalmente		Discordo		Concordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A educação sexual na escola, deveria ser abordada apenas por professores com formação especializada em ES	5	19.2	8	30.8	9	34.6	4	15.4
A educação sexual deve ser só da responsabilidade dos pais, porque é uma questão da família	11	42.3	14	53.8	1	3.8	-	0.0
A disciplina de Ciências da Natureza é aquela que está mais vocacionada para desenvolver os temas da ES	3	11.5	11	42.3	12	46.2	-	0.0
A educação sexual, na escola, deveria ser lecionada por médicos, enfermeiros, psicólogos ou outros técnicos especializados	3	11.5	9	34.6	12	46.2	2	7.7
Considero que a educação sexual na escola diz respeito a todos os professores	-	0.0	1	3.8	19	73.1	6	23.1
A educação sexual deveria apenas ser tratada pelo Diretor(a) de Turma na Formação Cívica	10	38.5	14	53.8	2	7.7	-	0.0
A educação sexual na escola deveria ser um assunto da psicóloga	7	26.9	16	61.5	3	11.5	-	0.0
Considero que a coordenação das atividades e projetos de educação sexual, em cada turma, deveria ser da responsabilidade do respetivo Diretor(a) de Turma	2	7.7	15	57.7	7	26.9	2	7.7
A educação sexual na escola deveria ser abordada preferencialmente “nos clubes” e menos nas componentes letivas	7	26.9	16	61.5	2	7.7	1	3.8

No que concerne às concepções, em termos da “importância” da ES em contexto escolar (Quadro 10), verificamos que todos os professores (100.0%) reconhecem que não é uma questão de “moda” e para 24 professores (92.3%) é um conteúdo importante e necessário.

Verificou-se ainda que um grande número de professores não considera que abordar os temas da sexualidade pode aumentar, nos alunos, o desejo de experimentação de comportamentos sexuais (73.0%).

Quadro 10 – Professores: Respostas aos itens pertencentes à dimensão das concepções da ES (IMPORTÂNCIA)

Itens	Discordo totalmente		Discordo		Concordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A educação sexual na escola “está na moda”, mas não é importante	13	50.0	13	50.0	-	0.0	-	0.0
Antigamente não havia educação sexual e as pessoas também aprendiam sobre sexualidade	8	30.8	16	61.5	2	7.7	-	0.0
Abordar os temas da sexualidade pode aumentar, nos alunos, o desejo de experimentação de comportamentos sexuais	5	19.2	14	53.8	5	19.2	2	7.7
Hoje em dia com toda a informação que os alunos dispõem, a educação sexual na escola é pouco necessária	9	34.6	15	57.7	2	7.7	-	0.0

Relativamente às “finalidades” da ES (Quadro 11) constatamos que todos os professores concordaram que a principal finalidade é desenvolver as competências dos alunos para que consigam viver a sua sexualidade de forma mais saudável, sendo que 57.7% concordaram totalmente. A maioria (84.6%) considera que a ES tem que ser tratada na escola porque há situações muito graves, relacionadas com a sexualidade (gravidez nas adolescentes, SIDA), que é imprescindível para o desenvolvimento dos alunos e deve ser assumida pela escola (92.3%) e que tem como objetivo principal integrar a dimensão sexual nas outras dimensões da pessoa (96.1%). A maioria dos inquiridos discordou que os principais conteúdos da ES na escola deveriam ser a anatomia e fisiologia da reprodução.

Quadro 11 – Professores: Respostas aos itens pertencentes à dimensão das concepções da ES
(FINALIDADES)

Itens	Discordo totalmente		Discordo		Concordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A principal finalidade da educação sexual na escola é prevenir as gravidezes na adolescência	6	23.1	18	69.2	1	3.8	1	3.8
A educação sexual na escola visa, essencialmente, prevenir as várias formas de exploração e violência sexual	4	15.4	14	53.8	7	26.9	1	3.8
A educação sexual na escola visa sobretudo prevenir o contágio da SIDA e outras infeções de transmissão sexual	5	19.2	17	65.4	3	11.5	1	3.8
O principal objetivo da educação sexual na escola é ajudar os alunos a encontrarem a sua orientação sexual	5	19.2	14	53.8	4	15.4	3	11.5
A principal finalidade da educação sexual na escola é desenvolver as competências dos alunos para que consigam viver a sua sexualidade de forma mais saudável	-	0.0	-	0.0	11	42.3	15	57.7
A educação sexual tem que ser tratada na escola porque há situações muito graves, relacionadas com a sexualidade (gravidez nas adolescentes, SIDA)	-	0.0	4	15.4	14	53.8	8	30.8
Os principais conteúdos da educação sexual na escola deveriam ser a anatomia e fisiologia da reprodução	4	15.4	13	50.0	9	34.6	-	0.0
Considero que a educação sexual é imprescindível para o desenvolvimento dos alunos e deve ser assumida pela escola	2	7.7	-	0.0	14	53.8	10	38.5
A educação sexual visa sobretudo explicar os mecanismos de reprodução humana	8	30.8	14	53.8	4	15.4	-	0.0
A educação sexual, na escola, tem como objetivo principal integrar a dimensão sexual nas outras dimensões da pessoa	-	0.0	1	3.8	18	69.2	7	26.9

Quanto ao “papel dos outros intervenientes” (Quadro 12) verificamos que a maior parte dos professores concorda que a maioria dos pais quer que a ES seja abordada na escola (65.3%) e que os alunos são mais recetivos a estas atividades em sala de aula (61.5%).

Verificamos ainda, que a maioria discorda que a ES na escola deveria ser um assunto da psicóloga (88.4%) e não reconhecem os auxiliares de ação educativa como formadores de ES na escola (57.7%).

Quadro 12 – Professores: Respostas aos itens pertencentes à dimensão das concepções da ES

(PAPEL DOS OUTROS INTERVENIENTES)

Itens	Discordo totalmente		Discordo		Concordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Penso que a maioria dos pais quer que a educação sexual seja abordada na escola	1	3.8	8	30.8	16	61.5	1	3.8
Os alunos são mais recetivos às atividades da educação sexual, em sala de aula, em todas as idades	1	3.8	9	34.6	14	53.8	2	7.7
A educação sexual na escola deveria ser um assunto da psicóloga	7	26.9	16	61.5	3	11.5	-	0.0
Se os pais falassem mais abertamente com os filhos sobre os assuntos relacionados com a sexualidade, a educação sexual na escola não seria necessária	3	11.5	15	57.7	4	15.4	4	15.4
Os Auxiliares de Ação Educativa são formadores de ES na escola	4	15.4	11	42.3	10	38.5	1	3.8

PAIS/ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO

Relativamente às concepções pais/encarregados de educação acerca da ES, a maioria (80.2%) é da opinião que esta deveria ser uma disciplina obrigatória (Quadro 13).

Quadro 13 – Pais: Respostas aos itens pertencentes à dimensão das concepções da ES (COMO)

Itens	Discordo totalmente		Discordo		Concordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A educação sexual deveria ser uma disciplina obrigatória	4	4.2	15	15.6	63	65.6	14	14.6

No que concerne à dimensão quando (Quadro 14), para a maioria dos pais/encarregados de educação deve ter início a partir do 2º ciclo, porque coincide com a entrada na adolescência. Ainda 58 pais/encarregados de educação concordam com a afirmação «A ES, em contexto escolar, deve ter início no 3º ciclo, porque coincide com o período da experimentação amorosa dos jovens». Discordam com as afirmações «A ES, em contexto escolar, deve ter início no 1º ciclo, porque é o início da escolaridade obrigatória» (84.2%) e «A ES, em contexto escolar, deve ter início no pré-escolar, pois é uma das dimensões do desenvolvimento sócio-afectivo» (78.2%)

Constata-se assim que a maioria dos pais/encarregados de educação associa o início da educação sexual à adolescência.

Quadro 14 – Pais: Respostas aos itens pertencentes à dimensão das concepções da ES (QUANDO)

Itens	Discordo totalmente		Discordo		Concordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A educação sexual, em contexto escolar, deve ter início no 3º ciclo, porque coincide com o período da experimentação amorosa dos jovens	8	8.3	30	31.3	36	37.5	22	22.9
A educação sexual, em contexto escolar, deve ter início a partir do 2º ciclo, porque coincide com a entrada na adolescência	11	11.5	23	24.0	40	41.7	22	22.9
A educação sexual, em contexto escolar, deve ter início no pré-escolar, pois é uma das dimensões do desenvolvimento sócio-afectivo	30	31.3	45	46.9	17	17.7	4	4.2
A educação sexual, em contexto escolar, deve ter início no 1º ciclo, porque é o início da escolaridade obrigatória	29	30.2	52	54.2	11	11.5	4	4.2

Quanto a quem deveria ser responsável pela ES (Quadro 15), a grande maioria dos pais/encarregados de educação concordam que deve ser lecionada por professores com formação especializada (89.6%) e ainda que deve ser tratada por técnicos especializados nomeadamente médicos, enfermeiros, psicólogos ou outros técnicos (86.4%). Discordam (94.8%) que deve ser só da responsabilidade dos pais, porque é uma questão da família

As opiniões dividem-se entre a concordância e a discordância na afirmação «Considero que a ES na escola diz respeito a todos os professores».

Quadro 15 – Pais: Respostas aos itens pertencentes à dimensão das concepções da ES (QUEM)

Itens	Discordo totalmente		Discordo		Concordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A educação sexual na escola, deveria ser abordada apenas por professores com formação especializada em ES	-	0.0	10	10.4	43	44.8	43	44.8
A educação sexual deve ser só da responsabilidade dos pais, porque é uma questão da família	40	41.7	51	53.1	3	3.1	2	2.1
A disciplina de Ciências da Natureza é aquela que está mais vocacionada para desenvolver os temas da ES	20	20.8	52	54.2	20	20.8	4	4.2
A educação sexual, na escola, deveria ser leccionada por médicos, enfermeiros, psicólogos ou outros técnicos especializados	3	3.1	10	10.4	46	47.9	37	38.5
Considero que a educação sexual na escola diz respeito a todos os professores	13	13.5	32	33.3	34	35.4	17	17.7
A educação sexual deveria apenas ser tratada pelo Diretor(a) de Turma na Formação Cívica	29	30.2	57	59.4	8	8.3	2	2.1
A educação sexual na escola deveria ser um assunto da psicóloga	14	14.6	41	42.7	35	36.5	6	6.3
Na escola a educação sexual é, sobretudo, uma responsabilidade dos professores	21	21.9	38	39.6	31	32.3	6	6.3

Quanto à importância atribuída à ES pelos pais/encarregados de educação, consideram-na importante e não apenas uma questão de moda (85.4%). A maioria discorda que falar nos temas da sexualidade pode aumentar, nos jovens, o desejo de experimentação de comportamentos sexuais (72.9%) (Quadro 16).

Quadro 16 – Pais: Respostas aos itens pertencentes à dimensão das concepções da ES (IMPORTÂNCIA)

Itens	Discordo totalmente		Discordo		Concordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A educação sexual na escola “está na moda”, mas não é importante	45	46.9	37	38.5	10	10.4	4	4.2
Antigamente não havia educação sexual e as pessoas também aprendiam sobre sexualidade	24	25.0	41	42.7	27	28.1	4	4.2
Penso que falar nos temas da sexualidade pode aumentar, nos jovens, o desejo de experimentação de comportamentos sexuais	20	20.8	50	52.1	20	20.8	6	6.3
Hoje em dia com toda a informação que os alunos dispõem, a educação sexual na escola é pouco necessária	23	24.0	58	60.4	14	14.6	1	1.0

Relativamente às “finalidades” da ES em contexto escolar (Quadro 17), constatamos que para os pais/encarregados de educação, é imprescindível para o

desenvolvimento dos jovens (77.1%), consideram que tem que ser tratada na escola porque há situações muito graves, relacionadas com a sexualidade (gravidez nas adolescentes, SIDA) (90.6%) e visa, essencialmente, prevenir o contágio da SIDA e outras infeções de transmissão sexual (67.7%) assim como prevenir as várias formas de exploração e violência sexual (60.4%).

As opiniões dividem-se quanto ao facto de o principal objetivo da ES na escola ser ajudar os alunos a encontrarem a sua orientação sexual.

Quadro 17 – Pais: Respostas aos itens pertencentes à dimensão das conceções da ES (FINALIDADES)

Itens	Discordo totalmente		Discordo		Concordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A principal finalidade da educação sexual na escola é prevenir as gravidezes na adolescência	17	17.7	29	30.2	32	33.3	18	18.8
A educação sexual na escola visa, essencialmente, prevenir as várias formas de exploração e violência sexual	6	6.3	32	33.3	41	42.7	17	17.7
A educação sexual na escola visa sobretudo prevenir o contágio da SIDA e outras infeções de transmissão sexual	3	3.1	28	29.2	41	42.7	24	25.0
O principal objetivo da educação sexual na escola é ajudar os alunos a encontrarem a sua orientação sexual	17	17.7	32	33.3	29	30.2	18	18.8
A educação sexual tem que ser tratada na escola porque há situações muito graves, relacionadas com a sexualidade (gravidez nas adolescentes, SIDA)	2	2.1	7	7.3	50	52.1	37	38.5
Considero que a educação sexual é imprescindível para o desenvolvimento dos alunos e deve ser assumida pela escola	3	3.1	19	19.8	52	54.2	22	22.9

Quanto ao “papel dos outros intervenientes” (Quadro 18) a maioria dos pais/encarregados de educação concorda que a maioria dos pais quer que a ES seja abordada na escola (85.4%). Atribuem aos professores e outros técnicos especializados, como referido anteriormente, o papel principal na ES uma vez que não consideram esta da responsabilidade do psicólogo (57.3%) nem dos auxiliares de ação educativa (93.8%).

Quadro 18 – Pais: Respostas aos itens pertencentes à dimensão das concepções da ES
(PAPEL DOS OUTROS INTERVENIENTES)

Itens	Discordo totalmente		Discordo		Concordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Penso que a maioria dos pais quer que a educação sexual seja abordada na escola	3	3.1	11	11.5	67	69.8	15	15.6
A educação sexual na escola deveria ser um assunto da psicóloga	14	14.6	41	42.7	35	36.5	6	6.3
Se os pais falassem mais abertamente com os filhos sobre os assuntos relacionados com a sexualidade, a educação sexual na escola não seria necessária	11	11.5	53	55.2	24	25.0	8	8.3
Os Auxiliares de Ação Educativa são formadores de ES na escola	50	52.1	40	41.7	6	6.3	-	0.0

ALUNOS

Os alunos, relativamente à informação que possuem sobre sexualidade, a maioria (54,3%) considera-se informado, 28,4% muito informados e 17,3% pouco informados (Quadro 19).

Quadro 19 - Informação sobre sexualidade

Informação sobre sexualidade	n	%
Muito Informado	23	28,4
Informado	44	54,3
Pouco Informado	14	17,3
Total	81	100,0

Quando questionados acerca de quem lhes transmitiu a informação que possuem sobre sexualidade referem os pais com 35,8% das respostas, seguidos dos amigos com 18,5%, a internet com 14,8% e a televisão e rádio com 11,1%. Os professores são referidos em quinto lugar com uma percentagem de 9,9%. Os profissionais de saúde são mencionados apenas por um aluno (Quadro 20).

São principalmente as raparigas quem mais refere os pais como fontes de informação sobre sexualidade (41,2%). Dos 30 rapazes, apenas 8 (26,2%) referem falar com os pais sobre estes temas. Fora do círculo familiar as raparigas mencionam os amigos e os professores enquanto os rapazes a internet e a televisão.

Quadro 20 – Onde obtiveram mais informação sobre sexualidade

Fontes informação sexual	n	%
Pais	29	35,8
Irmãos	3	3,7
Amigos	15	18,5
Professores	8	9,9
Livros e Revistas	4	4,9
Televisão / Rádio	9	11,1
Internet	12	14,8
Médicos/Enfermeiros	1	1,2
Total	81	100,0

A abordagem aos temas da sexualidade deveria ser, para a maioria dos jovens, numa disciplina de educação sexual (72,8%) (Quadro 21).

Quadro 21 – Como consideram que a ES deveria ser abordada na escola

ES na escola	n	%
Numa Disciplina Específica	59	72,8
Em Todas as Disciplinas	3	3,7
Na área-projeto	1	1,2
Em Formação Cívica	9	11,1
Gabinete Atendimento Aluno	8	9,9
Disciplina de ciências	1	1,2
Total	81	100,0

Em relação à comunicação sobre sexualidade, os jovens manifestam mais à vontade em abordar estes temas com os amigos (66,7%), os pais (46,9%) e os profissionais de saúde, nomeadamente médicos (32,1%) e enfermeiros (28,4%). Relativamente aos professores foram referidos apenas por 14,8% dos jovens.

Como fontes de informação privilegiadas na abordagem destes temas, a maioria (32,1%) refere que esta deve ser uma ação conjunta de professores, enfermeiros, médicos e família. A abordagem exclusiva pela família é preferida por 29,6% dos jovens e pelos profissionais de saúde por 22,2%. A participação apenas dos professores é delegada para segundo plano sendo referida apenas por 12,3% dos alunos (Quadro 22).

Quadro 22 – Quem consideram mais adequado para abordar a ES

Abordar ES	n	%
Professores	10	12,3
Enfermeiros	4	4,9
Médicos	14	17,3
Família	24	29,6
Professor, Enfermeiro, médico e Família	26	32,1
Peritos na área	3	3,7
Total	81	100,0

A ES na escola é muito valorizada pelos estudantes sendo considerada muito importante por 56,8% destes e importante por 39,5%. Apenas 3 estudantes a consideram pouco importante.

Quando questionados acerca das suas finalidades, revelaram um destaque primordial para a aquisição de informação, sendo atribuída a maior importância a ter mais informação (95.1%), tirar dúvidas (92.6%), proteger-se das IST (75.3%), aprender a relacionar-se com outra pessoa (65.4%) e retardar o início das relações sexuais (64.3%)

ASSISTENTES OPERACIONAIS

As assistentes operacionais, (Anexo 13), manifestam alguma dificuldade em falar acerca da ES e dos temas relacionados com a sexualidade, revelando no entanto terem consciência dessa dificuldade. Estabelecem um paralelismo entre educação sexual, sexualidade e relações sexuais:

“acho que todas as pessoas deviam saber, não é? Tudo sobre a educação sexual mas nós não estamos bem a par de tudo... já temos esta idade mas acho que não estamos bem a par de tudo...” (E1)

“...para mim é as pessoas terem relações uma com a outra... mas para mim será o relacionamento de duas pessoas entre si, às vezes até nem precisam de...como posso dizer, terem amor um pelo outro...” (E2)

“Talvez seja uma maneira de ensinar os miúdos como sejam as relações”. (E5)

Quanto a **como** deveria ser desenvolvida a ES na escola, duas assistentes operacionais referiram que deveria ser numa disciplina:

“Acho que devia haver uma disciplina.” (E7)

“Mas eu acho que deveria haver e era uma disciplina que deveria ser enquadrada mesmo nas disciplinas que eles têm.” (E6)

As restantes assistentes operacionais não manifestaram a sua opinião.

As opiniões, relativamente a **quando** deve ter início a ES em contexto escolar, dividem-se. Para alguns a deveria iniciar no 1º ciclo:

“...mais cedo, a educação mais cedo, pelo menos aí vá com, se calhar da primária...começar-se logo a falar, é difícil falar com eles, são muito pequeninos mas para começarem a ter conhecimentos...para quando começarem a ter relações já estarem dentro do assunto” (E1)

“desde que entrem para a escola, no básico.” (E6)

Para outros deveria iniciar-se no 2º ciclo:

“Bem um bocadinho cedo, pronto, talvez no 5º ano”. (E2)

“...acho que quando eles começam ali entre os 9, 10 anos” (E3)

“...desde os 10, 12 anos, acho que era o ideal, até ai aos 18”. (E5)

“A partir aí dos 10 anos. Quando são muito pequeninos também já têm curiosidade mas eu acho que nesta idade é que eles começam mais a despertar, a mudar mais o corpo e começam a ter mais curiosidade e a entender as coisas de outra maneira também, penso eu”. (E7)

Em relação a **quem** deve lecionar a ES, são unânimes em relação a que deve ser lecionada por pessoas com formação especializada (professores ou outros técnicos especializados como médicos ou enfermeiros).

Assim, algumas referem os professores com formação especializada:

“Talvez os professores que é quem tem formação nessa área” (E5)

“Eu acho que deveria haver mesmo uma professora qualificada em educação sexual para explicar aos miúdos” (E6)

“...devia de haver aulas de sexualidade pelo menos com os professores também...é uma pessoa diferente que os está a educar na escola que tem esse direito de os informar e alertar para tudo” (E3)

Outras defendem que a intervenção dos professores deve ser coadjuvada por outros técnicos (médico, enfermeiro ou outro técnico):

“...poderiam ser professores mas também vir ou doutores ou enfermeiros para falarem sobre o assunto...” (E1)

“Talvez um professor de ciências... mas aí tinha de ter umas bases, um conhecimento...ou então vir uma pessoa que estivesse mesmo dentro desses assuntos”. (E2)

“Eu não sei se há professores formados mesmo em sexologia, não sei. Ou por uma enfermeira ou um médico. Há de ter de ser uma pessoa mesmo competente, que tivesse mesmo formação concreta e capaz de ensinar o tema.” (E7)

Relativamente à **importância** atribuída à ES na escola, todas as assistentes operacionais a consideram muito importante e que deveria ser incluída no currículo dos alunos.

Para estas, as **finalidades** da educação sexual passa essencialmente pela informação e esclarecimento de dúvidas dos jovens, no sentido da prevenção da gravidez na adolescência e das infeções sexualmente transmissíveis:

“Para os elucidar acho eu, para os elucidar dos perigos que podem ocorrer não só na saúde mas também terem filhos...antes de tempo.” (E4)

“...alertá-los para os perigos que eles correm hoje em dia...perigos que podem correr com a relação sexual” (E2)

“Eu acho que é fundamental para o esclarecimento deles para ver se não, se não acontecem tantas coisas como às vezes acontecem. Como não estão esclarecidos há certas situações que acontecem e que se estivessem esclarecidos ou tivessem uma certa informação não aconteceriam.” (E7)

Quanto à questão se consideram que os **pais são a favor ou contra a educação sexual em contexto escolar**, as opiniões dividem-se. Assim duas consideram que a maioria dos pais, principalmente se forem informados, é a favor da ES:

“...sabemos que há pais que talvez possam trazer problemas, mas...talvez se fizerem uma reunião de pais para alertar que vai haver esses temas a partir de certa altura na escola...desde que estejam informados eu penso que os pais irão estar de acordo”. (E2)

“...há de tudo, há pessoas mais reservadas, mas eu penso que hoje em dia é capaz das pessoas já estarem mais abertas para estes temas. E depois gostarem que os

filhos tivessem algum esclarecimento porque às vezes os pais também não conseguem”
(E7)

Outra é da opinião que os pais mais novos são a favor e os mais velhos são contra:

“...depende de cada um, haverá alguns que se calhar não concordam. A maioria talvez, a faixa etária mais nova acho que já concorda, penso que sim, os mais velhos penso que não”. (E3)

As restantes referem não saber a opinião dos pais.

ENFERMEIRAS

Nas entrevistas realizadas às enfermeiras, (Anexo 12), constatou-se que para estas a ES na escola é sem dúvida uma prioridade. Para umas deveria ter início no primeiro ciclo do ensino básico, coincidindo com o início da escolaridade obrigatória, propiciando assim, desde cedo, um maior conhecimento do aluno acerca do seu próprio corpo e aprendendo a lidar com os sentimentos:

“eu acho que tem mesmo na primária, devia começar a abordar já alguns conceitos de uma maneira mais ligeira, mas devia-se começar a abordar já, é uma maneira de eles aprenderem a lidar já com o próprio corpo, com os sentimentos... eu acho que seria importante.” (E1)

Para outras, a educação sexual na escola deveria começar no 2º ciclo justificando-o com o início das alterações pubertárias e com a maior capacidade de compreensão do aluno acerca dos temas sexuais:

“eu acho que a partir do 2º ciclo faz mais sentido, porque é quando estão as alterações todas a iniciar-se... e geralmente em termos de maturidade...será uma fase em que eles irão começar a perceber melhor esta temática.” (E2)

Para estas enfermeiras, a ES tem como finalidades a promoção da saúde e de uma sexualidade segura, referindo que a consecução destas finalidades se alcançava através do esclarecimento de dúvidas e conseqüentemente da adoção de comportamentos mais saudáveis (E1 e E3).

Deveria ser transversal às várias disciplinas e criado um gabinete de apoio ao adolescente no qual participassem, além do professor, um médico e um enfermeiro.

“...eu para já acho que devia ser criado em cada escola um gabinete de apoio com vários técnicos” (E1)

“...eu acho que poderia passar por um gabinete de apoio...” (E2)

“...poderia passar pelas várias disciplinas e cada professor enquadrar aquilo que... se calhar até se tornaria mais natural, se passasse pelas várias disciplinas poderia ser algo que fosse encarado de uma forma mais natural e não ficasse uma coisa tão espartilhada...” (E2)

“...a educação sexual é uma área como a físico-química ou outra qualquer que seja incluída no ensino...se houvesse um médico incluído por exemplo no tal gabinete que falei há bocado e uma enfermeira as coisas podiam correr melhor...” (E3)

Abordagens práticas

PROFESSORES

No âmbito das práticas e no que respeita à “formação, interesse e motivação” (Quadro 23), verificamos que metade dos professores não se sentem motivados(as) para abordar temas relacionados com a sexualidade na sala de aula. Todos os professores consideram que para abordar a ES nas suas aulas gostariam de ter apoio dos técnicos especializados (100.0%), que não têm problemas em falar dos temas relacionados com a sexualidade, mas não sabem como o fazer de forma adequada (57.7%). Metade dos inquiridos considera ainda que tem tido alguma dificuldade em trabalhar a educação sexual nas suas aulas, porque não existem diretrizes centrais claras (57.7%). Outros ainda fazem referência à falta de conhecimentos científicos necessários (46.2%) e ausência de materiais didáticos para o fazer (30.7%).

Relativamente à formação em ES e à preparação dos conhecimentos científicos, as opiniões dividem-se. Cerca de metade dos professores, 14, considera ter os conhecimentos científicos necessários para lecionar os temas enquanto 12 consideram não ter essa preparação.

Quadro 23 – Professores: Respostas aos itens pertencentes à dimensão das práticas (FORMAÇÃO, INTERESSE E MOTIVAÇÃO)

Itens	Discordo totalmente		Discordo		Concordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Não me sinto motivado(a) para abordar temas relacionados com a sexualidade na sala de aula	7	26.9	6	23.1	12	46.2	1	3.8
Não me sinto muito motivado(a) para abordar a educação sexual nas minhas aulas, porque sinto falta de apoio do Conselho Executivo da escola	7	26.9	16	61.5	2	7.7	1	3.8
Para abordar a educação sexual nas minhas aulas gostaria de ter apoio dos técnicos especializados	-	0.0	-	0.0	18	69.2	8	30.8
Não abordo os temas relacionados com a sexualidade, nas minhas aulas, porque tenho pouco à vontade para falar desses temas	9	34.6	11	42.3	6	23.1	-	0.0
Não leciono a educação sexual nas minhas aulas porque não possuo os conhecimentos científicos necessários	5	19.2	9	34.6	10	38.5	2	7.7
Nas minhas aulas só abordarei os temas da sexualidade se for obrigado(a)	7	26.9	15	57.7	1	3.8	3	11.5
Tenho tido alguma dificuldade em trabalhar a educação sexual nas minhas aulas, porque não existem diretrizes centrais claras	1	3.8	10	38.5	13	50.0	2	7.7
Não tenho problemas em falar dos temas relacionados com a sexualidade, mas não sei como o fazer de forma adequada	1	3.8	10	38.5	15	57.7	-	0.0
Não trabalho mais vezes a educação sexual nas minhas aulas porque ninguém me deu materiais didáticos para o fazer	3	11.5	15	57.7	7	26.9	1	3.8

Analogamente, a opinião dos professores divide-se quanto ao contributo dos documentos de política educativa. Pelo quadro 24 podemos verificar que 19 professores consideram esses documentos insuficientes para apoiar a prática dos professores, metade (13) consideram-nos ambíguos e que, os que existem, não ajudam na prática.

No entanto, a maioria dos professores (73.0%) concorda que na escola os documentos educativos relativos à ES estão à disposição de quem os queira consultar/usar.

Quadro 24 – Professores: Respostas aos itens pertencentes à dimensão das práticas
(CONTRIBUTO DOS DOCUMENTOS DA POLÍTICA EDUCATIVA)

Itens	Discordo totalmente		Discordo		Concordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Na minha escola, os documentos educativos relativos à educação sexual estão à disposição de quem os queira consultar/usar	1	3.8	6	23.1	14	53.8	5	19.2
Existem poucos documentos educativos relativos à educação sexual para apoiar a prática dos professores	1	3.8	6	23.1	14	53.8	5	19.2
Os documentos educativos relativos à educação sexual são muito ambíguos	1	3.8	12	46.2	12	46.2	1	3.8
Os documentos de política educativa relacionados com a educação sexual ajudam-me na prática	3	11.5	10	38.5	10	38.5	3	11.5

Ainda no âmbito das práticas e no que respeita ao “que fazem intencionalmente” (quadro 25) verificamos que:

- 15 professores (57.6%) concordam com a afirmação que só pontualmente planificam e desenvolvem atividades relacionadas com a ES nas suas aulas;
- 13 professores (50.0%) manifestam concordância com a afirmação que pontualmente, planificam e desenvolvem atividades relacionadas com a ES, nas áreas curriculares não disciplinares que lecionam;
- 8 professores (30.7%) concordam com a afirmação «não realizo atividades relacionadas com a ES nas minhas aulas».
- apenas 8 professores (30.8%) concordam que planificam e desenvolvem sistemática e intencionalmente situações de ES nas suas aulas.

Quadro 25 – Professores: Respostas aos itens pertencentes à dimensão das práticas
(O QUE FAZEM INTENCIONALMENTE)

Itens	Discordo totalmente		Discordo		Concordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Planifico e desenvolvo sistemática e intencionalmente situações de educação sexual nas minhas aulas	3	11.5	15	57.7	6	23.1	2	7.7
Só pontualmente planifico e desenvolvo atividades relacionadas com a educação sexual nas minhas aulas	3	11.5	8	30.8	14	53.8	1	3.8
Não realizo atividades relacionadas com a educação sexual, nas minhas aulas	6	23.1	12	46.2	7	26.9	1	3.8
Pontualmente, planifico e desenvolvo atividades relacionadas com a educação sexual, nas áreas curriculares não disciplinares que leciono	3	11.5	10	38.5	13	50.0	-	0.0
Não costumo tratar dos temas da educação sexual porque os conteúdos programáticos da minha disciplina não se relacionam com esta	8	30.8	11	42.3	6	23.1	1	3.8

Relativamente ao “que fazem quando são abordados pelos alunos” verificamos que a quase totalidade dos professores, 23 (88.4%), referem que quando não estão preparados (as) para responder às questões dos alunos, procuram informar-se, para lhes fornecer a informação correta. Ainda 21 professores (80.8%) respondem às questões colocadas pelos alunos, sobre os assuntos relacionados com a sexualidade. Constatamos, no entanto, que mais de metade dos professores (14), só abordam os temas quando os alunos chamam o assunto para a aula e 46.2% (12), quando são questionados pelos alunos sobre a sexualidade e antes de dar a resposta aconselham-nos a colocarem a questão em casa, junto dos elementos da família (Quadro 26).

Quadro 26 – Professores: Respostas aos itens pertencentes à dimensão das práticas
(O QUE FAZEM QUANDO SÃO ABORDADOS PELOS ALUNOS)

Itens	Discordo totalmente		Discordo		Concordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Quando os alunos me questionam sobre assuntos relacionados com a sexualidade, acho preferível ignorar ou contornar a questão	11	42.3	10	38.5	4	15.4	1	3.8
Só abordo os temas da educação sexual quando os alunos chamam o assunto para a aula	4	15.4	8	30.8	12	46.2	2	7.7
Quando não estou preparado(a) para responder às questões dos alunos digo-lhes que irei procurar a informação necessária e mais tarde voltaremos a falar	-	0.0	3	11.5	14	53.8	9	34.6
Quando sou questionado(a) pelos alunos sobre a sexualidade, antes de dar a resposta, aconselho-os a fazerem esta questão em casa, junto dos elementos da família	5	19.2	9	34.6	12	46.2	-	0.0

Quanto a “como fazem intencionalmente” (Quadro 27), no que concerne ao contexto de sala de aula, podemos constatar que a maioria dos professores fala abertamente com os seus alunos sobre todos os assuntos relacionados com a sexualidade (69.2%) e utilizam sempre os termos científicos na abordagem desses temas (69.2%). As atividades de ES que propõem aos seus alunos são essencialmente informativas (73.1%), não sendo, na sua maioria, planificadas de forma sistemática, pois surgem das dúvidas colocadas pelos alunos (57.7%).

Relativamente à planificação e coordenação das atividades/projetos de ES na escola, a maioria dos professores considera que não existe nenhuma equipa coordenadora, responsável pela planificação e coordenação dessas atividades (61.5%) e

que não é habitual discutirem-se as atividades e projetos de ES no Conselho Pedagógico (57.7%).

Quadro 27 – Professores: Respostas aos itens pertencentes à dimensão das práticas (COMO FAZEM INTENCIONALMENTE)

Itens	Discordo totalmente		Discordo		Concordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nas minhas aulas, quando abordo os temas da educação sexual, utilizo sempre os termos científicos	-	0.0	8	30.8	15	57.7	3	11.5
Falo abertamente com os meus alunos sobre todos os assuntos relacionados com a sexualidade	1	3.8	7	26.9	14	53.8	4	15.4
Na minha escola, as atividades de educação sexual são planificadas e coordenadas por um professor ou uma equipa de professores	2	7.7	14	53.8	8	30.8	2	7.7
As atividades de educação sexual que proponho aos meus alunos são essencialmente informativas	3	11.5	4	15.4	15	57.7	4	15.4
Sempre que planifico os temas relacionados com a sexualidade, informo previamente os pais das minhas intenções	2	7.7	14	53.8	10	38.5	-	0.0
Habitualmente discuto os temas da educação sexual com os meus colegas de departamento	4	15.4	10	38.5	11	42.3	1	3.8
As atividades de educação sexual que desenvolvo nas minhas aulas surgem das dúvidas dos alunos	2	7.7	9	34.6	11	42.3	4	15.4
Na minha escola as atividades e projetos de educação sexual são planificados e realizados em articulação com profissionais de saúde do Centro de Saúde a que a escola pertence	2	7.7	10	38.5	12	46.2	2	7.7
No Conselho Pedagógico da minha escola é habitual discutirem-se as atividades e projetos de ES	3	11.5	12	46.2	9	34.6	2	7.7
Na minha escola a planificação das atividades e projetos da educação sexual das turmas é realizado nos Conselhos de Turma	4	15.4	14	53.8	8	30.8	-	0.0

PAIS

Relativamente ao que fazem intencionalmente, pela análise do quadro 28, verificamos que a maioria dos pais/encarregados de educação concorda com as afirmações «Habitualmente falo com o meu/minha filho(a) sobre a sexualidade» (78.1%) e «Falo abertamente com o(a) meu/minha filha(a) sobre todos os assuntos relacionados com a sexualidade» (79.2%). No entanto, 78.0% considera que só fala da sexualidade com o seu/sua filho(a) quando ele(a) puxar o assunto.

A evidenciar ainda que a maioria discorda com a afirmação «Habitualmente discuto as atividades da ES com o(a) Diretor(a) de Turma do meu/minha filha(a)» (91.6%).

Quadro 28 – Pais: Respostas aos itens pertencentes à dimensão das práticas
(O QUE FAZEM INTENCIONALMENTE)

Itens	Discordo totalmente		Discordo		Concordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Habitualmente falo com o meu/minha filho(a) sobre a sexualidade	1	1.0	20	20.8	55	57.3	20	20.8
Nunca falo com o meu/minha filho(a) sobre a sexualidade.	44	45.8	35	36.5	14	14.6	3	3.1
Só falo da sexualidade com o meu/minha filho(a) quando ele(a) puxar o assunto.	18	18.8	48	50.0	24	25.0	6	6.3
Não falo dos assuntos relacionados com a sexualidade, com o meu/minha filho(a), porque tenho pouco à vontade para falar desses temas	37	38.5	45	46.9	12	12.5	2	2.1
Falo abertamente com o(a) meu/minha filho(a) sobre todos os assuntos relacionados com a sexualidade	4	4.2	16	16.7	53	55.2	23	24.0
O meu filho costuma contar-me as atividades, de educação sexual, que realiza nas aulas.	25	26.0	39	40.6	30	31.3	2	2.1
Habitualmente discuto as atividades da educação sexual com o(a) Diretor(a) de Turma do meu/minha filho(a).	44	45.8	44	45.8	6	6.3	2	2.1

Quanto ao que fazem quando são abordados pelos filhos, a maioria considera que respondem às suas questões e quando não estão preparados para responder vão procurar informação para mais tarde lhes fornecerem a informação correta (Quadro 29).

Quadro 29 – Pais: Respostas aos itens pertencentes à dimensão das práticas (COMO FAZEM INTENCIONALMENTE)

Itens	Discordo totalmente		Discordo		Concordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Quando o(a) filho(a) me questiona sobre assuntos relacionados com a sexualidade, acho preferível ignorar ou contornar a questão.	44	45.8	37	38.5	9	9.4	6	6.3
Quando falo com o meu/minha filho(a) sobre os assuntos relacionados com a sexualidade, utilizo sempre os termos científicos.	12	12.5	33	34.4	43	44.8	8	8.3
Quando não estou preparado(a) para responder às questões do meu/minha filho(a), relacionadas com a sexualidade, digo-lhe que irei procurar a informação necessária e mais tarde voltamos a falar.	8	8.3	18	18.8	59	61.5	11	11.5

Em relação ao que sabem do trabalho dos professores, relativamente à ES (Quadro 30), podemos verificar que o dado mais consensual (78.1%) é que os professores realizam poucas atividades de ES nas suas aulas. Salienta-se ainda que 60.4% dos pais/encarregados de educação considera que os professores do filho(a) nunca realizam este tipo de atividades.

Relativamente à conceção sobre se a ES é uma prioridade da escola, as opiniões dividem-se, 58.2% consideram que é uma prioridade educativa da escola enquanto 45.9% não a consideram.

Quadro 30 – Pais: Respostas aos itens pertencentes à dimensão das práticas
(O QUE SABEM DO TRABALHO DOS PROFESSORES, RELATIVAMENTE À ES)

Itens	Discordo totalmente		Discordo		Concordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A educação sexual não é uma prioridade educativa da escola do meu filho.	10	10.4	42	43.8	35	36.5	9	9.4
Os professores do meu/minha filho(a) realizam muitas vezes atividades de educação sexual.	29	30.2	54	56.3	11	11.5	2	2.1
Os professores do meu/minha filho(a) realizam, poucas vezes, atividades de educação sexual.	5	5.2	16	16.7	61	63.5	14	14.6
Os professores do meu/minha filho(a) nunca realizam atividades de educação sexual.	4	4.2	34	35.4	45	46.9	13	13.5

ASSISTENTES OPERACIONAIS

Pela análise das entrevistas das assistentes operacionais, constata-se que a maioria não foi abordada pelos alunos sobre assuntos relacionados com a sexualidade.

Apenas uma refere ter sido abordada pelos alunos, considerando que estes o fazem pela abertura que mantêm com eles.

“...como eu gosto muito de falar com eles, eles abrem-se muito comigo, a perguntar certas coisas”. (E7)

As restantes assumem nunca ter sido questionadas pelos alunos acerca destes temas. No entanto, não sendo abordadas diretamente, pela proximidade que têm com os alunos, ouvem as suas conversas e percebem as suas dúvidas, na sequência das quais falam com eles dando-lhes conselhos, respondendo a algumas dúvidas e perante a dificuldade em responder encaminhando para os professores ou pais:

“Às vezes até nem é bem eles virem ter connosco, mas nós, nas conversas uns com os outros, se estivermos ao pé, ouvimos falar e corrigimos o que eles dizem, damos a nossa opinião...se colocarem algum assunto nós falamos e tentamos resolver o assunto...Também dizemos para falarem com os professores... e com os pais... eu explicava-lhe... via o que sabia dizer. Só se eu não pudesse... explicava-lhes”. (E1)

“Não, não ainda não, já os tenho ouvido uns com outros mas abordar não. Eles uns com ou outros há aí crianças que, que não sei, se não fossem tão vigiadas...não sei se eles estarão alertados para os perigos todos”. (E3)

“Mas se me fizerem alguma pergunta eu, pelo que sei, eu explico, não tenho problemas em lhes explicar”. E1

“Não, que eu me lembre não. Eu apanho só assim... só os apanho assim às vezes... temos tido muitas a falar dos namoricos”. (E6)

“...eu lá no balneário entrava e sentava-me ali ao pé delas e elas iam falando dos namoros e, mesmo de sexo, são pequenas mas falavam e eu dizia-lhes, explicava-lhes (...) se quiserem falar comigo eu estou disponível e disposta a responder às perguntas que me fizerem. E ali até falavam muito comigo...” E1

Manifestam no entanto falta de formação adequada que lhes permita dar orientações efetivas aos alunos.

“...tento responder dentro daquilo que eles perguntam e com a formação que tenho. (...) se estivéssemos mais informados também podíamos ajudar mais os alunos”. E7-

Percecionam-se com um papel pouco ativo relativamente à ES na escola limitando-se a responder a questões colocadas pelos alunos caso estes as abordem. Associam o pouco à-vontade com os temas sobre sexualidade à falta de formação sobre os temas. Uma assistente operacional refere mesmo considerar não ter qualquer papel na educação sexual dos alunos.

“...o nosso papel é deles quando se dirigem a nós, não é, nós ensinarmos e andarmos sempre aí a vigiá-los...” (E1)

“...se eles chegarem ao pé de nós a perguntar nós temos que esclarecer dentro dos parâmetros que pode falar...” (E3)

“Penso que nós, se eles vierem ter connosco para perguntarem qualquer coisa devemos esclarecer mas também, lá está, para fazermos uma prevenção adequada as

vezes qualquer resposta que nós dermos talvez não seja a mais certa. Porque a maneira de eles interpretarem o que nós lhe dizemos não é fácil porque nós também não temos formação nessa área”. (E7)

Quando questionados sobre a **prática da educação sexual formal na escola**, algumas assistentes operacionais consideram que os professores realizam algumas atividades nas aulas de ciências:

“Daquilo que tenho conhecimento, nas salas de ciências eu acho que falam...” (E1)

“Que eu saiba, não vi grandes movimentos (...) mas sei que através da parte da reprodução já falaram um bocadinho nisso, na reprodução dos animais, do corpo humano, que falaram um bocadinho...” (E2)

“...em ciências e isso agora até estão a dar no 6º ano, estão a falar sobre a primeira vez, como é, o que é o óvulo, o que é isso tudo...” (E3)

Outras consideram que os professores não lecionam aulas de ES:

“Aqui acho que não. Pelo menos que eu tenha conhecimento”. (E4)

“Ai eu acho que não. Mesmo eu como pertença ao conselho geral já têm falado nisso e acho que isso vai ser para desenvolver...” (E6)

“Aulas não têm, de educação sexual e outro tipo de apoio”. (E7)

ENFERMEIRAS

Nas entrevistas realizadas às enfermeiras um dos aspetos de mais realce na análise da sua colaboração com as escolas foi, precisamente, a participação nestas atividades. As entrevistadas descrevem os ciclos de ensino onde desenvolviam os temas, o tipo de temas que desenvolviam, as estratégias utilizadas e algumas barreiras profissionais à sua participação.

De acordo com as mesmas, a iniciativa da cooperação entre o centro de saúde e a escola parte geralmente da escola. São as escolas que mediante identificação das necessidades em ES contactam o centro de saúde. São ainda relatadas situações que dada a familiaridade entre alguns professores e enfermeiros, estes contactam diretamente o enfermeiro no sentido do desenvolvimento de algumas sessões, pontuais, de educação para a saúde.

As enfermeiras, de uma forma intencional, manifestam a sua disponibilidade para colaborar nos projetos da escola, sempre que para tal são solicitadas, no entanto a sua colaboração tem sido pontual. Particularmente no 2º ciclo do ensino básico é uma colaboração esporádica sendo esta mais efetiva com a escola secundária:

“...normalmente a nossa colaboração com a escola é mediante solicitação das escolas nalgumas áreas em que eles tenham mais dificuldade...Geralmente é a escola (escola secundária) que no início do ano nos convoca para nos apresentar o plano de formação deles...” (E1)

“...eram professores que me conheciam e que entravam em contacto direto comigo para eu ir fazer essas sessões de educação para a saúde”. (E2)

“...nós habitualmente fazemos uma reunião inicial e aquilo que é feito é saber, nós dizemos com o que é que podemos contribuir e a escola, de acordo com as suas necessidades, faz-nos as suas solicitações”. (E3)

Da equipa do centro de saúde são as enfermeiras quem desenvolve as intervenções de ES nas escolas tendo, esporadicamente, a colaboração do médico. São fornecidos, pelo centro de saúde à escola, materiais de apoio que são utilizados nas aulas e desenvolvidas sessões em sala de aula. Os temas mais abordados são os métodos contraceptivos, o aborto e a vivência da sexualidade:

“...nós acabamos por fornecer material de apoio ou esclarecimento junto dos professores ou até mesmo em sala de aula com os alunos.” (E1)

“...temos trabalhado os métodos contraceptivos, o aborto, a vivência da sexualidade, basicamente até agora tem sido por aqui...” (E1)

Uma análise ao tipo de integração das atividades de ES nas escolas por nível de ensino dos alunos permite observar que o público-alvo é geralmente o 3º ciclo e o secundário:

“em relação a este centro de saúde, as vezes que eu colaborei com a escola secundária, foi aqui foi com a escola secundária” (E2)

“há idades chave em que nós achamos que se deve dar continuidade, nomeadamente oitavos, nonos anos fazemos a educação sexual que nos é solicitada através das ações de educação sobre métodos contraceptivos, já fizemos também sobre contraceção de emergência para que os alunos do secundário...e fazemos também aos cursos via profissionalizante” (E3)

Uma das dificuldades apontadas pelas enfermeiras para o desenvolvimento de atividades de ES na escola prende-se com o tempo disponível no centro de saúde para essas atividades. São referidas dificuldades de articulação com as atividades do centro de saúde sendo por vezes as sessões de ES desenvolvidas em tempo extralaboral, esforçam-se no entanto por dar resposta às solicitações da escola:

“Não, não havia horas (para a educação sexual)...Até porque algumas delas fiz em tempo meu, que não era do serviço porque não tinha tempo nenhum, era em folgas e etc.” (E2)

“... quando não podemos tentamos sempre mudar a agenda para conseguir dar resposta às necessidades da escola...” (E3)

Relativamente ao suporte à saúde sexual dos adolescentes no centro de saúde, as enfermeiras referem as consultas de planeamento familiar e educação para a saúde individualizada:

“é proporcionado as consultas de planeamento familiar, o esclarecimento de dúvidas porque alguns meninos têm mais dificuldade em dirigir-se e perguntar e às vezes que apanham-nos assim dando alguma desculpa para falarem connosco sobre esses assunto...” (E1)

“...em grupo não, mas individualizado sim. Quando eles vem recolher os métodos contraceptivos acabamos sempre por fazer uma... não é bem uma EpS mas alguma conversa mais formal sobre educação sexual.” (E1)

“Só consulta de planeamento familiar. O que não quer dizer...eles podem vir no dia que quiserem, à hora que quiserem, que têm sempre uma resposta” (E2)

“... não temos nenhuma atividades. Aquilo que tentamos fazer é tentar dar o apoio necessário na hora...” (E3)

7. SÍNTESE

Pela sua relevância no desenvolvimento humano, a ES deverá ser abordada de acordo com a idade dos estudantes, através de ações com continuidade, organizadas segundo a metodologia de projeto. É assim imperativo, antes de se iniciar um programa, a identificação das necessidades daqueles a quem se destina. Um diagnóstico de situação rigoroso e que abranja todos os atores do processo educativo é o ponto de partida para a eficácia de qualquer programa.

Assim, no presente capítulo apresentam-se os resultados da 1ª fase do estudo, fase diagnóstica. Numa tentativa de identificar o posicionamento da escola EB2 D. João IV face à ES, propusemo-nos conhecer o que pensam e o que fazem, efetivamente, os professores, as enfermeiras, os alunos, os pais/encarregados de educação e assistentes operacionais relativamente à ES em contexto escolar, nomeadamente: (1) como é concebida a ES; (2) como é visto o papel de cada um dos intervenientes e dos outros atores do processo educativo; (3) como percecionam os professores os documentos de política educativa e outros documentos relacionados com a ES; (4) o que fazem e como fazem de forma intencional e quando são abordados pelos alunos.

Tendo em conta os dados apresentados, constatamos a valorização da ES em contexto escolar, pelos vários intervenientes do processo educativo, considerando que esta deveria ter um carácter obrigatório.

No entanto, é concebida de forma diferente pelos diversos atores (Anexo 15). Os professores concebem-na de carácter transversal, com um programa definido para cada disciplina e planificada em cada conselho de turma, a partir do pré-escolar. As enfermeiras também consideram que deve ser transversal às várias disciplinas sendo secundada por um gabinete de apoio ao adolescente, a partir do 1º ciclo. Os alunos, pais/encarregados de educação e assistentes operacionais de carácter disciplinar, a partir do 2º ciclo.

É vista, pelos diversos atores, de uma perspetiva mais preventiva, embora os professores e os pais/encarregados de educação tenham ainda uma visão holística da mesma.

Na globalidade a responsabilidade da ES na escola foi imputada aos professores, preferencialmente com formação nestas temáticas, coadjuvados pelos técnicos de saúde. Não foi reconhecido, aos assistentes operacionais, um papel importante na ES informal.

Os dados permitem-nos ainda verificar que a maioria dos professores manifesta ter bons conhecimentos e um nível razoável de conforto na abordagem destes temas, no entanto, metade, não se sente motivado para tratar os temas relacionados com a sexualidade na sala de aula. As dificuldades apontadas são a necessidade de apoio de técnicos especializados, a falta de diretrizes centrais claras, a falta de conhecimentos científicos necessários e a ausência de materiais didáticos. Os obstáculos didáticos parecem perpetuar-se no tempo, já em 1996, Haignere e colegas, constataram que os professores que participaram no seu estudo referiram a falta de materiais como o maior obstáculo à abordagem da educação para a sexualidade, seguindo-se a falta de tempo.

Relativamente à formação em ES apenas 7 professores a fizeram, daí os professores não se sentirem preparados, com conhecimentos científicos específicos, que lhes possibilite uma abordagem segura destes temas. Consideram ainda que os documentos de política educativa são insuficientes para apoiar a prática, ambíguos e que os que existem não ajudam na prática.

Nesta escola, a ES, é desenvolvida, apenas pontualmente. A maior parte dos professores, apenas ocasionalmente, realiza atividades de ES nas suas aulas, sendo a planificação e realização destas da responsabilidade exclusiva de cada professor que as seleciona, sem alguma tentativa de articulação e interação numa visão transversal.

As atividades de ES não fazem parte de um programa de educação para a saúde e educação sexual, dada a inexistência de um programa de ES nesta escola. Surgem de uma forma isolada, a partir das dúvidas dos alunos e são, essencialmente, informativas. São da responsabilidade de cada professor não sendo discutidas ou coadjuvadas por qualquer outro professor ou técnico de saúde, uma vez que: (1) não são planificadas nos conselhos de turma; (2) não são discutidas no conselho pedagógico; (3) não são planificadas nem coordenadas por uma equipa de professores; (4) nem são discutidas com os professores do mesmo departamento.

Outro dado interessante refere-se ao papel dos enfermeiros e a sua atuação perante a ES na escola. Mantêm uma postura pouco dinâmica, com intervenções pontuais e apenas quando solicitados pela escola ou, mais especificamente, por algum professor.

Manifestam, no entanto, interesse, grande motivação e disponibilidade para participar nos projetos que venham a ser desenvolvidos.

Foi gratificante ainda constatar que os pais/encarregados de educação, falam abertamente com os filhos sobre os assuntos relacionados com a sexualidade. Não o fazem, no entanto, de uma forma intencional, não tendo iniciativa de falar sobre o tema e só o fazendo quando o assunto é abordado pelos próprios filhos.

De um modo geral os pais/encarregados de educação consideram que a ES não está a ser trabalhada na escola e, a contrariar todas as expectativas, estão muito recetivos à sua abordagem.

Do ponto de vista dos vários atores, parecem estar reunidas as condições para que a ES seja, nesta escola, um sucesso educativo. Todos a consideram imprescindível ao desenvolvimento saudável dos alunos e que deve ser assumida pela escola numa colaboração estreita com o centro de saúde; os enfermeiros estão motivados para participar ativamente nas atividades a desenvolver e os professores, com o apoio dos técnicos de saúde, assumem ter à-vontade para discutir os temas da sexualidade com os alunos; os alunos e os pais/encarregados de educação estão muito recetivos à ES na escola e os professores estão convictos dessa recetividade; os assistentes operacionais, apesar de atribuírem aos professores com formação especializada e aos técnicos de saúde a responsabilidade da ES, e de considerarem que precisam de formação, estão disponíveis para colaborar.

Os nossos dados permitem-nos uma reflexão sobre o que impede o avanço da educação sexual nesta escola, sobre as dificuldades dos diversos atores e sobre a complexidade do processo de implementação.

Uma das dificuldades, senão mesmo a maior, prende-se com o carácter holístico atribuído à educação sexual²⁵. Esta dificuldade fica acrescida quando não existe na

²⁵ «A Educação Sexual Holística proporciona às crianças e jovens informação imparcial e cientificamente correta sobre todos os aspectos da sexualidade e, ao mesmo tempo, ajuda-os a desenvolver competências para agir com base nessa informação. Assim contribui para o desenvolvimento de atitudes de respeito e tolerância e ajuda a construir sociedades mais equitativas» (Standards for sexuality education in Europe, 2010)

Baseia-se nos direitos e procura dotar as pessoas jovens de conhecimentos, competências, atitudes e valores. Enquadra a sexualidade no contexto do desenvolvimento emocional e social. Reconhece que a informação, por si só, não é suficiente. É necessário que exista a diferentes tipos de relacionamentos (por e., familiar, de amizade, sexual, romântico, etc); debate sobre o conceito de relações dinâmicas; reflexão sobre os conceitos de emoções e intimidade (física e emocional); direitos e responsabilidades, existência

escola um projeto de ES, trabalho colaborativo, por parte dos professores e técnicos de saúde, formação, materiais didáticos e diretrizes precisas e claras emanadas das instâncias superiores.

Neste contexto, apontamos como necessidades imperativas à implementação de um programa de ES em contexto escolar: a formação, científica e metodológica, de professores e assistentes operacionais; o envolvimento programado/formação dos pais/encarregados de educação; a articulação entre o centro de saúde e a escola com a intervenção efetiva dos enfermeiros no projeto; a supervisão na elaboração, acompanhamento e avaliação do programa de ES; orientações técnicas precisas e materiais didáticos adequados.

de relações coercivas, pressões externas e normas sociais; reflexão sobre o que é o amor e o sexo. (APF, 2014)

FASE II: PLANEAMENTO DA AÇÃO

O desenho metodológico norteador da investigação (re)direcionou-nos no sentido de desenvolver um projeto de investigação e de ação em que fosse possível integrar diversos contributos na construção do conhecimento, simultaneamente resultado de práticas coletivamente criadas e indutor de mudança dessas mesmas práticas.

Tendo como princípio orientador que a estratégia mais eficaz para que ocorram as necessárias mudanças na comunidade educativa será o envolvimento de todos os intervenientes, numa dinâmica de ação-reflexão-ação, de modo a gerar o ponto de partida e a envolver os diversos atores na tomada de decisão sobre as mudanças a implementar em prol da ES, apresentaram-se e discutiram-se os resultados da fase diagnóstica do ciclo de estudos.

Desta forma, em janeiro de 2010, realizámos reuniões com os diversos atores do processo educativo. Inicialmente com os membros do Conselho Diretivo da escola e, posteriormente, realizada uma reunião com os professores, enfermeiros, auxiliares de ação educativa e representante dos pais no conselho pedagógico, norteadas pelos seguintes objetivos:

- 1) Apresentar os resultados obtidos no diagnóstico;
- 2) Consensualizar os resultados do diagnóstico;
- 3) Validar com a comunidade educativa a intenção e necessidade de mudança na prática da educação sexual na escola;
- 4) Planear a mudança definindo as estratégias a implementar no âmbito de um plano de ação;
- 5) Constituir um núcleo de trabalho do projeto.

A apresentação e validação dos resultados obtidos através do diagnóstico revelaram-se fonte de interesse na medida em que abriram a possibilidade de reflexão promovendo a reflexão sobre a ação.

Nos pontos que se seguem apresentamos mais pormenorizadamente o processo de consensualização do diagnóstico e a constituição do núcleo/equipa de trabalho.

1. DA CONSENSUALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO AO PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DA AÇÃO

Sendo o objetivo fundamental do diagnóstico conhecer aprofundadamente a situação problema para a transformar, depreendemos que não podemos limitar-nos apenas a conhecer a realidade mas que esse conhecimento nos sirva para atuar de uma forma eficaz.

Assim, na sequência do diagnóstico, os seus resultados foram apresentados aos diversos atores do processo, como já referido. As conclusões da primeira fase da investigação foram ainda colocadas na página da escola no sentido de todos os pais e alunos terem acesso às mesmas.

Nesta reunião, os intervenientes, reviram-se nos resultados apresentados e foram unânimes relativamente à importância atribuída à ES na escola, à necessidade de implementação de um projeto de ES, de formação na área da sexualidade e apoio de técnicos especializados.

Foram assim validados os problemas cruciais e aberta a reflexão sobre as condições desejáveis (Diagrama 3) definidora de um plano de ação tendencialmente desenhado para a implementação da mudança.

Após a constituição do núcleo do projeto (ver ponto seguinte: do investigador principal aos co-investigadores), este apontou, como recurso adjuvante do desenho e implementação de um programa efetivo e eficaz de ES em contexto escolar, a formação de professores, pais/encarregados de educação e auxiliares de ação educativa. Foi partindo destes pressupostos que se decidiu, em conjunto com a direção da escola, tendo por base a intencionalidade dos diversos atores, desenvolver inicialmente o programa de formação.

O debate, consubstanciado na/com a reflexão, conduziu à formulação de um plano de intervenção constituído por duas etapas:

- 1) O processo formativo;
- 2) Desenho, implementação e avaliação de um programa de ES adequado ao contexto.

O plano de implementação da ação foi discutido e consensualizado em reunião do núcleo do projeto e depois apresentado à Direção da escola e ao conselho pedagógico.

Posteriormente deu-se início à 3ª Fase do processo de investigação ação, referente à implementação das ações planeadas.

As estratégias e as metodologias adotadas em cada uma das etapas encontram-se descritas nos pontos correspondentes.

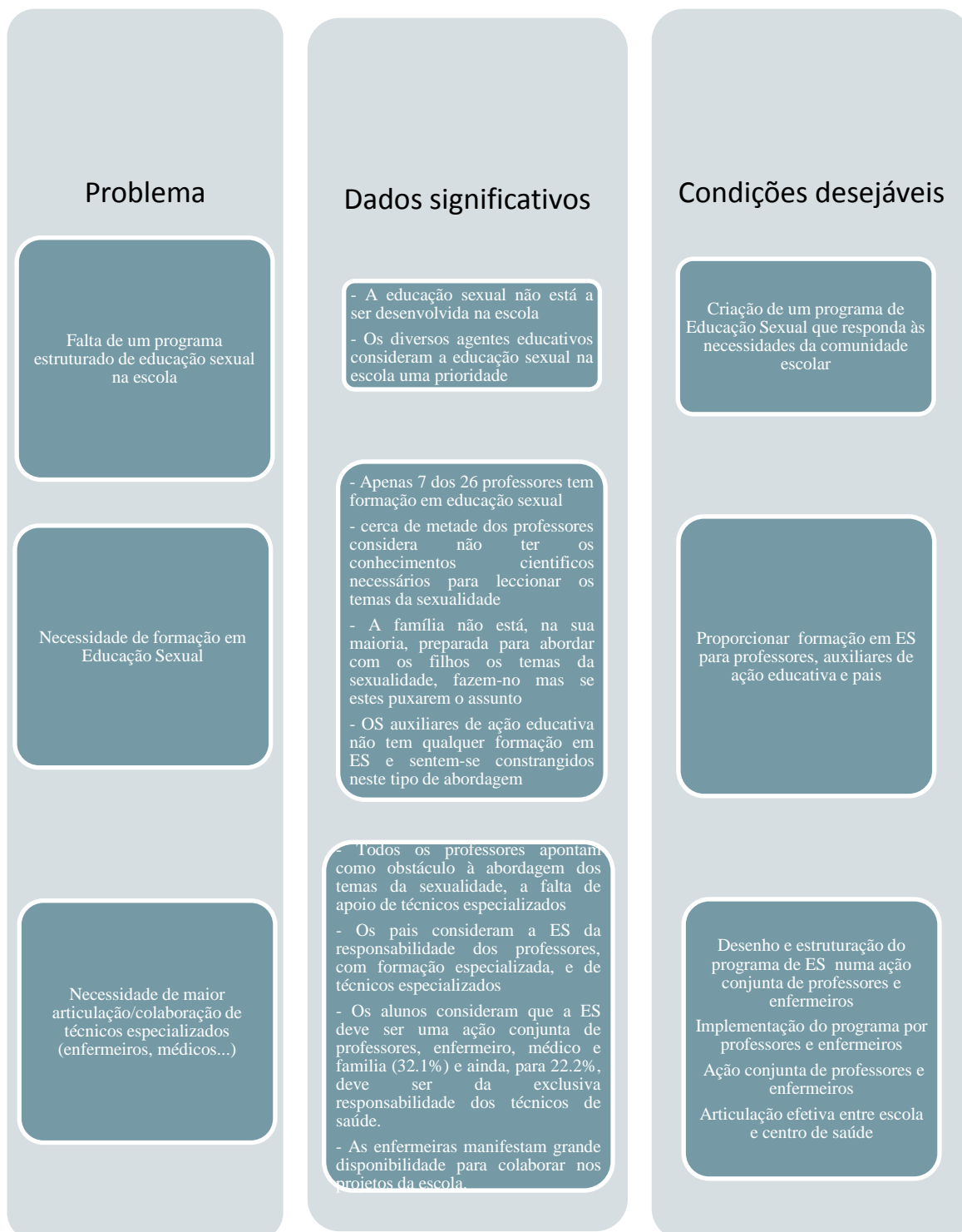


Diagrama 3 - Problemas identificados e condições desejáveis

2. Do investigador principal aos co-investigadores

Envolver nos processos os diversos atores não é de todo fácil, requer sensibilização, motivação e negociação com os possíveis parceiros, para além de um espírito de abertura e flexibilidade, na medida em que tem de existir a consciência clara de que o projeto, apesar dos objetivos que foram previamente definidos, assumirá os contornos que os atores envolvidos lhe venham a conferir, de acordo com as suas características singulares.

Colocaram-se-nos assim, uma série de questões que superavam a questão do desenho investigativo, mas que o integravam, nomeadamente:

- Como envolver e afetar os professores e os enfermeiros no desenvolvimento de um projeto simultaneamente de investigação e de ação?

- Como promover a participação no projeto dos diversos atores do processo educativo (assistentes operacionais da ação educativa e pais/encarregados de educação) e qual o seu contributo em termos de investigação e de ação?

Embora se tenham colocado todas estas questões, tínhamos bem presente que os diversos intervenientes vinham sendo progressivamente envolvidos em todo o processo desde a fase inicial. O percurso percorrido desde as primeiras reuniões de reflexão sobre a educação sexual na escola, passando por todas as fases do diagnóstico de situação até ao culminar na consensualização do diagnóstico, traria certamente contributos imprescindíveis para a afetação dos vários atores ao projeto. Foram, desta forma, sendo progressivamente criadas as condições para o desenvolvimento do projeto, o qual só seria possível tendo por base uma massa crítica que o sustentasse.

Para a constituição de um núcleo/equipa de trabalho, a consensualização do diagnóstico trouxe, sem dúvida, inquestionáveis contributos. Foi o culminar de todo um processo que conduziu à consolidação de um compromisso entre as partes. Assim, integraram a equipa do projeto, além do investigador principal, 11 professores, entre os quais o Diretor da escola e 5 diretores de turma, 2 enfermeiras da Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde, um representante dos pais/encarregados de educação e um representante dos assistentes operacionais da ação educativa.

Embora o tipo e o grau de participação dos vários atores envolvidos apresentassem características diferentes, dependendo de múltiplos fatores, como se

poderá verificar nos pontos seguintes, a ideia da existência de um grupo de trabalho trouxe o sentido de pertença ao projeto. Todos os atores envolvidos tiveram uma participação na dinâmica que foi mais ou menos ativa de acordo com o seu nível de implicação no projeto ou de acesso a condições de reflexão.

Conquanto não excluíssemos quaisquer potenciais atores a envolver no projeto, as grandes questões direcionaram-se para os professores, nomeadamente os diretores de turma, e para os enfermeiros. Os diretores de turma têm um papel fundamental, para além de serem os professores que melhor conhecem os alunos, o adulto de referência das turmas, são aqueles que contactam regularmente com as famílias mantendo canais de comunicação abertos e funcionando como facilitadores no contacto dos pais com a escola. Os enfermeiros detentores de conhecimentos técnico-científicos na área da saúde têm um papel inigualável como educador, promovendo ações direcionadas para a promoção da saúde dos jovens, funcionando ainda como aliados do professor e fator de articulação com os cuidados de saúde primários.

FASE III: IMPLEMENTAÇÃO DA AÇÃO

1. O PROCESSO FORMATIVO

A implementação da ES na escola, sendo um direito é também um desafio em termos de formação dos agentes educativos. A formação é uma área chave para a concretização dos objetivos definidos no âmbito da ES, devido à necessidade de sistematizar e otimizar todo o processo de ensino e aprendizagem, numa área que implica e questiona todas as pessoas, jovens e adultos. Daí também a importância da formação dos diversos intervenientes no processo educativo.

Perante os resultados encontrados no diagnóstico de situação, concluímos, relativamente aos professores, que estes atribuem grande importância à ES em meio escolar, contudo muitos reconhecem não ter formação suficiente para o fazer. Consideram que a formação adequada é condição fundamental para a implementação da ES. Outro dos aspetos apontados é a falta de motivação, constatada em cerca de metade dos professores.

Estes resultados vêm ao encontro dos de Silva (2006), que numa abordagem mais profunda procurou analisar as razões que estariam na base da inoperância da escola na implementação da ES, quando existiam normativos legais que determinavam a sua obrigatoriedade. Concluiu que existiam dois tipos de fatores que condicionam a implementação em meio escolar: os internos, como a falta de motivação de muitos professores para a temática, pouca formação dos docentes na área, falta de vontade, receio e medo de quem nunca implementou a educação sexual; e os externos, relacionados com a inexistência de um programa curricular específico e oficializado, a não avaliação sistemática dos programas de educação sexual, a difícil articulação dos espaços curriculares e o reduzido apoio, entre outros.

Ainda no nosso primeiro estudo, constatámos um nível razoável de conforto dos professores relativamente à abordagem desta temática, no entanto é extremamente baixa a percentagem daqueles que já desenvolveram este tipo de atividades. Estes aspetos são, na generalidade, transversais aos vários estudos.

Face ao exposto tornou-se crucial, numa primeira abordagem, a formação dos professores como ponto de partida para a sua motivação. Como refere Anastácio e seus

colaboradores (2008) “a formação poderá ser uma via eficaz para ultrapassar obstáculos e modificar as concepções no sentido do conhecimento cientificamente aceite, da reestruturação do sistema de valores e da mudança das práticas sociopedagógicas” (pp. 10-11). Também Zapiain (2003) salienta a importância da formação do professor, reconhecendo que os seus conhecimentos na área da sexualidade são pré requisito para o sucesso da educação sexual. Na opinião de Bezerra e Macário (2011) “se o professor tiver uma atitude favorável à educação sexual, atribuirá mais importância ao tema, desenvolverá maior motivação para a lecionar e mais facilmente a implementará”.

Relativamente à família, é indiscutível a sua relevância na educação sexual dos seus educandos. Sampaio et al (2005) refere-se à família como o espaço emocional privilegiado para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis na área da sexualidade. Também a UNESCO (2005), no documento *International Technical Guidance On Sexuality Education*, reconhece o papel fundamental dos pais e da família como fonte de informação e apoio na abordagem saudável da sexualidade, definindo, no entanto, que cabe à escola complementar o papel dos pais.

Tendo um papel crucial neste processo, é indispensável que os pais se sintam preparados para abordar os temas sexuais com os seus filhos. Porém, no diagnóstico, constatou-se que os pais falam efetivamente com os seus filhos sobre o tema mas, na maioria das vezes, apenas quando estes os abordam.

Os pais e a família são vitais na formação dos mais jovens mas, para tal, deverão estar não só preparados para esta abordagem com os filhos como também manter uma relação estreita com a escola num processo de interação permanente.

Também os auxiliares de ação educativa, como membros do pessoal não docente, deverão integrar as estruturas e as redes de participação da escola. Devem fazê-lo na sua qualidade de adultos com responsabilidades educativas.

No diagnóstico, constata-se a pouca atenção que foi votada à formação destes auxiliares, os quais chegaram ao estabelecimento de ensino com pouca formação e pouco preparados para as funções educativas que deverão desempenhar junto dos alunos. A valorização profissional deste pessoal não docente é importante para o meio escolar. Neste sentido, considerou-se pertinente, levar a cabo um plano de formação em ES que abranja estes elementos, por se tratar de uma classe profissional que lida com os jovens e os acompanha nas suas atividades escolares diárias.

Tendo em conta os aspetos referidos no ponto anterior e porque sem uma reflexão aprofundada por parte dos educadores sobre sexualidade, bem como do modo de intervirem em educação sexual, dificilmente se desenvolve nos jovens uma atitude de procura, de descoberta e de apropriação crítica dos próprios conhecimentos e valores, decidiu-se desenvolver ações de formação/sensibilização dirigidas a professores, auxiliares de Ação educativa e a pais.

A formação foi planeada e desenvolvida pela investigadora com a colaboração da APF (Anexo 16).

Dinamizou-se então, um programa de formação para professores, com 12 horas, 6 horas presenciais e 6 horas de trabalho autónomo, com os seguintes objetivos:

- Conhecer o atual contexto legal e político da ES;
- Reconhecer a ES como uma área de intervenção prioritária em Educação para a Saúde;
- Conhecer os conteúdos mínimos de ES propostos para serem trabalhados na área da sexualidade;
- Refletir sobre estratégias de intervenção em ES;
- Fomentar a predisposição dos professores para implementar a ES na escola.

Um programa para pais/encarregados de educação, com 2 horas, que teve como objetivos:

- Debater o conceito de sexualidade e ES;
- Refletir sobre o papel dos vários intervenientes na ES dos jovens.

E um programa para assistentes operacionais da ação educativa, também, com 2 horas, com os objetivos:

- Debater o conceito de sexualidade e ES;
- Refletir sobre o papel das auxiliares de ação educativa na ES.

Participaram na formação 22 professores, 13 assistentes operacionais e 15 pais/encarregados de educação.

Estiveram subjacentes à formação vários princípios, nomeadamente atendeu-se à opinião de vários autores (e.g., Duarte, 1999; Cachapuz et al, 2002) que defendem que se estendam as posições construtivistas à formação de professores que deve ser centrada

em contextos de prática pedagógica, onde estes tenham oportunidade de discutir as suas práticas, no sentido de se consciencializarem das conceções epistemológicas que as subjazem e de, conseqüentemente, introduzirem modificações, favorecidas pelo trabalho cooperativo. Considerou-se também a importância da construção de materiais didáticos, por estes constituírem uma das dimensões que mais influência tem nas práticas dos professores (Tenreiro-Vieira e Vieira, 2004).

Atendeu-se ainda às recomendações feitas por Cachapuz et al (2002), apoiando o desenvolvimento de um clima de grupo que favorecesse o interesse e empenhamento dos professores, para que estes entre si e com a investigadora realizassem um trabalho de colaboração e entreadajuda que lhes mostrassem as possibilidades de realização do que se defende, acompanhados por um quadro teórico mobilizador de discussão e diálogo.

Fases da ação de formação para professores

A. (Re) Estruturação

1. Apresentação dos objetivos e identificação das expectativas dos formandos.
2. Confronto de ideias e identificação de problemas
3. Discussão sobre as temáticas:
 - Conceitos de Sexualidade e de ES
 - A Escola e a ES
 - Quadro Legal e Normativo
 - Modelo e Quadro Ético:
 - Valores essenciais da ES
 - Conhecimentos, atitudes e competências individuais
 - Operacionalização da ES nas escolas
 - Perfil desejável do Professor em ES
 - Necessidades de ES dos alunos do 2º ciclo
 - Técnicas e materiais utilizados em ES no 2º ciclo.

B. Aplicação

1. Definição e planificação de estratégias e criação de materiais.
2. Experimentação/investigação nas próprias turmas das planificações e materiais produzidos, utilizando um diário de reflexão individual.

C. Reflexão

1. Reflexão sobre a ação.
2. Reflexão conjunta sobre as observações e redefinição de estratégias para utilização em ações futuras, em função das vantagens e/ou desvantagens nas abordagens implementadas e dos efeitos observados nos alunos.
3. Avaliação da formação.

(Diagrama 4)

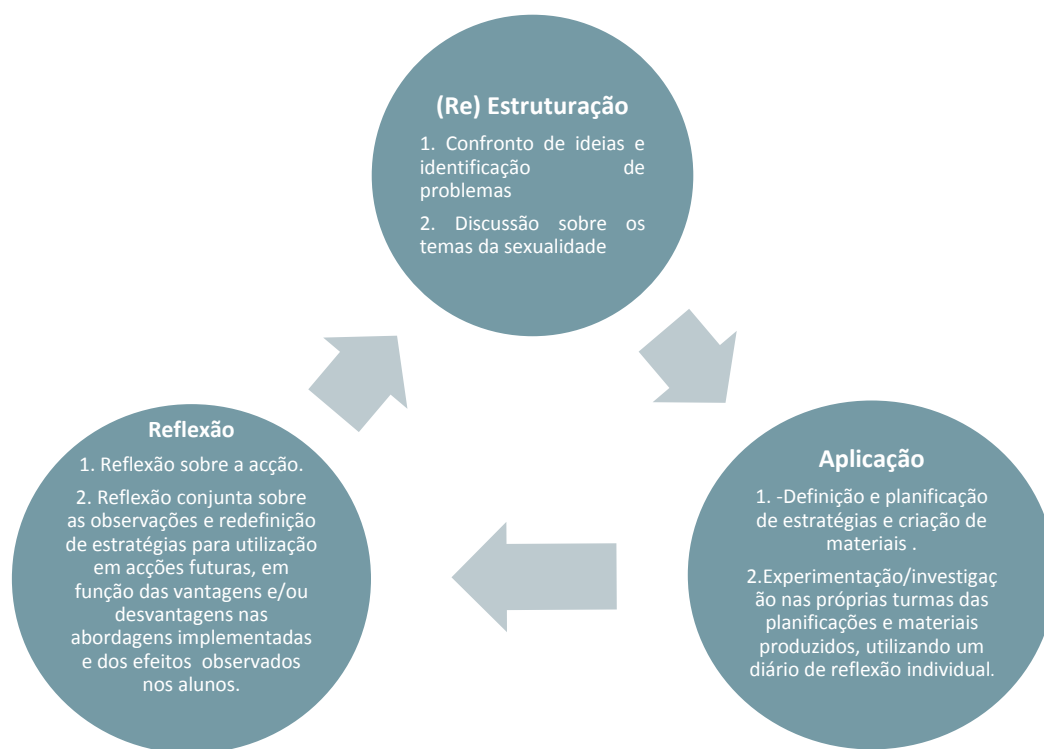


Diagrama 4 - Esquematização da metodologia de formação, em que as setas representam a espiral de ciclos da investigação ação

A formação, além do seu grande objetivo como processo formativo, permitiu, no caso dos professores, o treino de competências e utilização de materiais pedagógicos passíveis de virem a ser utilizados no projeto. Possibilitou, tanto nos professores como nos assistentes operacionais da ação educativa e pais/encarregados de educação, a abertura à reflexão e diálogo sobre educação sexual, assim como a reflexão sobre a sua

própria sexualidade não perdendo de vista o fato do educador ser um modelo que educa com o seu próprio comportamento.

Conseguiu-se ainda fomentar a predisposição dos professores para desenvolver atividades de ES, tendo-se constatado um interesse crescente destes no desenvolvimento destas atividades com os alunos e em participar ativamente na discussão, planificação, elaboração e implementação do projeto de ES da escola. Por fim, permitiu estimular os pais a envolverem-se no projeto, quer na planificação, quer na execução de determinadas tarefas.

Para a avaliação da formação foi utilizada a ficha de avaliação da APF (Anexo 17).

Numa escala de 1 a 5, em que 1 corresponde a muito insuficiente e 5 a muito bom, globalmente 12 professores classificaram a formação em Bom e 10 em Muito Bom. Quanto aos objetivos, a maioria dos professores (15) classificou em Bom, 8 professores em Muito Bom e 1 em suficiente. A importância da ação para o trabalho futuro foi considerada muito bom por 10 professores e bom por 12. Quanto à motivação, 18 posicionaram-se no item 4, 3 professores no item 5 e 1 no item 3. Foram referidos como aspetos mais positivos da formação, interesse nas temáticas abordadas, o bom relacionamento entre os participantes, e o conhecimento e construção de alguns materiais de apoio. Como aspeto menos positivo, 6 professores referiram que a ação foi demasiado extensa, os restantes não apontaram nenhum aspeto.

Relativamente à opinião das auxiliares de ação educativa, 11 avaliaram a sessão em muito bom e 2 em bom. Todas se posicionaram no item 5 quanto à importância da ação para o trabalho futuro. Os aspetos mais positivos da ação foram os conhecimentos adquiridos e o esclarecimento de dúvidas. O menos positivo foi o tempo da ação, que consideraram ser pouco.

Os pais consideraram os conteúdos abordados, quanto ao interesse e pertinência, muito bons (10 pais) e bons (5 pais). Consideraram-se muito motivados e fizeram uma apreciação global da ação como muito boa (8) e boa (7). Os aspetos referidos como mais positivos foram os conhecimentos adquiridos, esclarecimento de dúvidas e a troca de experiências. Referenciaram como aspeto menos positivo a duração da sessão, que consideraram muito curta, tendo sugerido ainda a realização de mais ações de formação em sexualidade.

2. DESENHO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA "SER & SABER" (S&S) – PROGRAMA DE ES EM CONTEXTO ESCOLAR

Neste ciclo da investigação, retomaremos as questões discutidas anteriormente para as organizar e integrar no processo de construção, implementação e avaliação de um programa de ES, tendo por base o diagnóstico da situação problema, no qual foram recolhidas as opiniões dos atores, agora protagonistas na transformação da realidade que conhecem.

Consultamos o Relatório Final do Grupo de Trabalho de Educação Sexual que reconhece que a temática, não é indiferente à comunidade escolar, muito pelo contrário, existe um número significativo de intervenções neste âmbito, no entanto as mesmas raramente são organizadas com recurso à metodologia de projeto (Sampaio et al, 2007), metodologia que implica analisar o contexto e os problemas sentidos, com a participação ativa de todos os intervenientes (Menezes, 2007).

Na expectativa de responder aos impasses da investigação, ancoramos o nosso trabalho numa abordagem concetual desenvolvimentista ecológica e sistémica, dando relevância aos contextos de vida mais significativos do adolescente, família e escola, por serem contextos privilegiados de aprendizagens. As metodologias ativas e participativas, são centradas nos interesses dos participantes e partem das necessidades que a população alvo vai identificando ao longo da implementação do projeto de intervenção.

A investigação realizada, recorrendo a uma estratégia metodológica de investigação ação, assume como objeto de estudo o desenho, a implementação e a avaliação de um projeto de intervenção, no âmbito da educação sexual em meio escolar. O delineamento adotado, relativamente à configuração do estudo, justifica-se pela natureza do campo de investigação e pelo objetivo do estudo.

O programa "Ser & Saber" (S&S) foi-se construindo passo a passo, tendo por base a revisão da literatura, o diagnóstico de situação, sugestões de peritos consultados, debate e reflexão entre a equipa do projeto e avaliação, reavaliação e reformulação constante do projeto.

O campo de investigação selecionado insere-se no sistema escolar, nomeadamente na Escola EB2 D. João IV de Vila Viçosa. O estudo foi desenvolvido com todos os alunos a iniciarem o 5º ano em Setembro de 2010, num total de 5 turmas o que corresponde a 99 alunos. Acompanhou o percurso destes alunos ao longo do 2º ciclo, 5º e 6º ano, tendo sido desenvolvido durante dois anos consecutivos.

O campo de ação do programa “Ser & Saber” (S&S) é enquadrado nos cuidados de saúde primários, Centro de saúde, tanto pela necessidade de integração e inter-relação entre instituições como pela sustentabilidade do programa.

No âmbito desta investigação podem ser considerados dois tipos de avaliação distintas, a avaliação do processo, realizada ao longo de todo o processo de intervenção e a avaliação dos resultados (Menezes, 2007). Para a avaliação contínua do projeto de intervenção, ou avaliação do processo, recorreu-se aos “diários de bordo”, realizados no final das sessões, o que possibilitou monitorizar as mesmas, contribuindo para melhorar o próprio projeto, através da introdução das alterações necessárias ao planeamento da intervenção (Menezes, 2007), quer ao nível dos conteúdos a serem trabalhados quer ao nível das atividades, considerando os objetivos previamente definidos.

No que concerne à avaliação dos resultados, consideramos as dimensões: conhecimentos acerca da sexualidade, autoestima e aptidões sociais, bases fundamentais, para a construção do programa. A eficácia do programa S&S deverá manifestar-se através do aumento, manutenção ou diminuição dos indicadores:

- Conhecimentos sobre sexualidade
- Autoestima
- Aptidões sociais

Para a avaliação dos resultados recorreu-se à utilização dos instrumentos, questionário e entrevista, os quais são descritos no ponto seguinte.

O pré-teste, pré-aplicação dos instrumentos, decorreu nas duas primeiras semanas de Outubro de 2010. Posteriormente o grupo foi sujeito à intervenção, programa S&S, durante os anos letivos 2010/2011 e 2011/2012. O pós-teste decorreu nas duas últimas semanas de Maio de 2012, no final do ano letivo escolar. O grupo alvo do projeto de intervenção foi assim sujeito a dois momentos de recolha de dados: a pré-aplicação, antes do início da intervenção e a pós-aplicação após o término da intervenção.

O trabalho de campo incluiu a concepção, implementação e avaliação do programa S&S no referido contexto e foi baseado em opções metodológicas que se encontram descritas ao longo deste capítulo, nomeadamente as inerentes à construção, implementação e avaliação do programa.

HIPÓTESES

Perante os objetivos, partindo da revisão da literatura e da nossa prática de intervenção, formulou-se a questão de investigação: O programa de educação sexual “Ser & Saber”, desenvolvido com os estudantes, durante o 5º e 6º ano de escolaridade, tem um efeito positivo nos conhecimentos sobre sexualidade, na autoestima e nas aptidões sociais?

Para efeito da verificação da questão, definiu-se um conjunto de hipóteses operacionais:

H1- Os adolescentes, sujeitos à intervenção programa S&S, no momento da avaliação final, apresentam um aumento de conhecimentos sobre sexualidade, comparativamente à avaliação inicial.

H2 - Os adolescentes, sujeitos à intervenção programa S&S, no momento da avaliação final, apresentam uma autoestima mais elevada, comparativamente à avaliação inicial.

H3 - Os adolescentes, sujeitos à intervenção programa S&S, no momento da avaliação final, apresentam uma evolução positiva nas aptidões sociais, comparativamente à avaliação inicial.

2.1. Indicadores

Neste ponto justificam-se e conceptualizam-se os indicadores de avaliação do programa S&S.

Conhecimentos sobre sexualidade

Os estudos sobre sexualidade na adolescência indicam que se os jovens possuírem conhecimentos e estiverem motivados para adotarem comportamentos sexuais seguros,

serão capazes de mudar as suas atitudes e os seus comportamentos (Belo & Silva, 2004; Synovitz, Herbert, Kelley & Carlson, 2002 citados por Ramiro, 2013).

Em Portugal, num estudo realizado por Vilar e Ferreira (2008), com jovens do 10º e 12º ano de 63 escolas secundárias do país, verificou-se que cerca de 41% dos jovens errou em mais de 55% das questões manifestando poucos conhecimentos, cerca de 46% acertaram entre 60% e 75% das respostas manifestando um bom nível de conhecimentos e apenas 13% acertaram em mais de 75% das respostas revelando conhecimentos muito bons. Por sua vez, as raparigas têm mais conhecimentos sobre sexualidade que os rapazes (56% contra 47,5%). Os jovens com níveis elevados de educação sexual são os que falaram mais sobre as formas de evitar uma gravidez antes de iniciarem uma relação sexual verificando-se ainda uma associação entre níveis elevados de educação sexual e o uso mais frequente do preservativo nas primeiras relações. Estes resultados evidenciam uma estreita ligação entre os conhecimentos e a prevenção de um comportamento sexual de risco.

No entanto, os estudos mostram também que os conhecimentos, sendo uma condição importante, não garantem por si só comportamentos preventivos, constatando a influência que outros fatores como as atitudes e as competências, têm na adoção e manutenção dos comportamentos preventivos (Reis, Ramiro, Matos & Diniz, 2013). A título de exemplo, o estudo de Belo & Silva (2004), numa análise sobre o conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes grávidas mostrou que as adolescentes grávidas têm conhecimento elevado em relação à existência de métodos anticoncepcionais, embora uma prática inadequada para a sua utilização.

Para a avaliação desta variável/indicador utilizou-se o Questionário de Avaliação de Conhecimentos Acerca da Sexualidade (QACS).

Autoestima

A autoestima é um dos suportes fundamentais para um bom desenvolvimento do ser humano. Daí, o interesse crescente pela autoestima justifica-se pelo fato de se entender este constructo com um papel relevante no funcionamento saudável da pessoa. Normalmente, um bom nível de autoestima está positivamente correlacionado com um estado de bem-estar psicológico, de integração social e com um menor grau de

desadaptação (Jardim, 2010). É, concomitantemente, causa e efeito de um crescimento saudável e estável em todas as dimensões do indivíduo. É a forma como nos vemos e valorizamos, baseada em pensamentos, sentimentos, sensações e experiências que recolhemos ao longo da vida (Bezerra & Macário, 2011). Para Harter (1993), assenta em processos afetivos, como os sentimentos positivos e negativos, que uma pessoa tem sobre si própria. A autora, menciona a autoestima como a visão global que o indivíduo tem de si próprio.

O termo autoestima expressa a avaliação que cada pessoa faz de si mesmo, de acordo com as qualidades subjetivas. A pessoa autoavalia-se constantemente em função destas qualidades consideradas como positivas ou negativas, conforme as suas experiências de vida (Bezerra & Macário, 2011). Indivíduos com uma autoestima elevada, que se valorizam a si próprios, poderão estabelecer relacionamentos com os outros no mesmo plano, tendo a capacidade de reconhecer que os outros são melhores em determinado aspeto, mas sem que isto o faça inferior nem superior a ninguém (Castanyer, 2006).

O conceito de autoestima pressupõe o modo como cada um se vê a si mesmo e como se julga, ou seja, o tipo de valor que se atribui (Jardim & Pereira, 2006), podendo ser definida como “a capacidade de conseguir fazer uma avaliação valorativa e afetiva positiva de si mesmo, em termos de acontecimentos passados, capacidades atuais e perspetivas de futuro” (Jardim & Pereira, 2006: 76).

No contexto da sexualidade, ter uma autoestima saudável pode significar correr menos riscos, estabelecer melhor comunicação, confiar nos outros e ter relacionamentos mais satisfatórios (Pereira & Freitas, 2002). A comprová-lo está o trabalho desenvolvido por Anastácio (2012), com os objetivos de caracterizar a capacidade de tomar decisões por parte de adolescentes no final do ensino básico português, identificar comportamentos sexuais dos adolescentes e relacionar a atividade sexual com a autoestima e a imagem corporal, cujos resultados indicaram boas capacidades de tomar decisões autónomas, autoestima positiva e satisfação com a imagem corporal. Os resultados sugerem ainda que a uma maior capacidade de tomar decisões parece associar-se uma autoestima mais elevada. Encontrou-se também correlação positiva e muito significativa entre a autoestima e a imagem corporal. Do mesmo modo, da associação entre a autoestima e o uso de contraceção constatou-se que os adolescentes

que referiram *usar* contraceção foram os que revelaram mais alta autoestima, contrariamente aos que disseram não usar contraceção. Estes dados encontram concordância nos de Neto & Sequeira-Santos (2012) que sugerem que quanto maior é a autoestima, mais tarde se inicia a vida sexual e é menor a possibilidade de envolvimento em relações sexuais com o uso de drogas. Os mesmos autores (Neto & Sequeira-Santos, 2012) apontam ainda mudanças no comportamento sexual e mostram que altos índices de autoestima parecem influenciar positivamente em aspetos relacionados com a proteção.

Os dados apresentados são ainda corroborados com os de Yang e colegas (2010) que verificaram que indivíduos com elevada autoestima têm menor aversão ao risco e mais capacidade de decidir, evidenciando mais sinais emotivos do que os de baixa autoestima durante uma experiência de decisão arriscada.

Avaliar a autoestima é uma tarefa difícil, muitas vezes relacionada com a falta de instrumentos devidamente validados e padronizados. Mruk (1999) expõe algumas características que os bons instrumentos de avaliação desta competência devem ter: 1) medir a autoestima e não outra coisa; 2) ser multifacetado, para que capte todas as situações particulares da vida do sujeito que tem alta ou baixa autoestima; 3) estar normalizado relativamente aos padrões de referência; 4) prever recursos que minimizem o fato de a maioria das pessoas se pontuar mais favoravelmente nas qualidades positivas e menos desfavoravelmente nas negativas; 5) ter meios para identificar as atitudes defensivas, comumente encontradas em autorrelatos de autoestima.

Neste estudo, para avaliar a autoestima utilizou-se a escala de autoconceito e de autoestima de Susan Harter (1985) adaptada para a população portuguesa por Alves-Martins, Peixoto, Mata, e Monteiro (1995).

Aptidões sociais

As competências sociais podem ser encaradas como competências de vida, de adaptação aos diversos contextos e ambientes do sujeito, pertencentes ao seu repertório das competências pessoais (Matos, 1997).

Relativamente às aptidões de vida, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1994), existem dez competências fundamentais a incrementar para se investir no desenvolvimento humano e na saúde: (1) capacidade para tomar decisões;

(2) aptidão para resolver problemas; (3) capacidade para pensar de forma criativa; (4) capacidade para pensar de forma crítica; (5) aptidão para comunicar de forma efetiva; (6) aptidão para estabelecer e manter relações interpessoais; (7) conhecimento de si próprio; (8) capacidade para estabelecer empatia; (9) aptidão para gerir as próprias emoções; (10) aptidão para lidar com as tensões e o *stress*.

Para Lemos e Meneses (2002), a competência social inclui competências de interação com o mundo social, designadamente, o comportamento social, a adoção de habilidades sociais e a aceitação social. Para as autoras este constructo é multidimensional e interativo, abarcando fatores sociais e interpessoais, cognitivos e emocionais. Vaughn e Hogan (1990, cit Lopes, Rutherford, Cruz, Mathur e Quinn, 2006) aprofundaram a conceptualização do constructo de competência social reconhecendo as suas componentes:

- Relações positivas com os outros;
- Cognição social adequada e apropriada à idade;
- Ausência de comportamentos inadaptados
- Comportamentos sociais eficazes (uso de habilidades sociais)

No mesmo sentido, as aptidões sociais são consideradas como “um conjunto de desempenhos apresentados pelo indivíduo diante das demandas de uma situação interpessoal, incluindo-se as variáveis culturais que contribuem para a competência social” (Bandeira, Del Prette & Del Prette, Magalhães, 2009: 271).

De acordo com Gresham & Elliott (1990), as aptidões sociais são operacionalizadas de acordo com quatro dimensões, a saber: o autocontrolo, a assertividade, a cooperação e a empatia. Estas habilidades sociais referem-se a:

- Autocontrolo: comportamentos que demonstram domínio sobre as próprias reações emocionais em situações de conflito; seguir regras e respeitar limites;
- Assertividade: comportamentos como pedir informações, falar sobre si próprio, e responder adequadamente às ações dos outros, respeito para consigo e com os outros;
- Cooperação: comportamentos como ajudar os outros, partilhar materiais e ser condescendente com as regras;
- Empatia: comportamentos que demonstram interesse, respeito e preocupação em relação aos outros.

No contexto escolar, segundo Bandeira et al (2009), as habilidades sociais mais destacadas e valorizadas nos estudos internacionais, podem ser agrupadas em cinco conjuntos de comportamentos: (1) relação com os companheiros (cumprimentar, elogiar, oferecer ajuda ou assistência, convidar para jogos de interação); (2) autocontrolo (controlar o humor, seguir regras, respeitar limites); (3) habilidades sociais académicas (envolver-se na tarefa, realizá-la de forma independente, seguir instruções); (4) ajustamento (seguir regras e comportar-se de acordo com o esperado); e (5) asserção (iniciar conversa, aceitar elogios, fazer convites).

Para os autores supracitados (2009), o desenvolvimento das habilidades sociais inicia-se no nascimento e vai-se tornando progressivamente mais elaborado ao longo da vida. Durante a infância, o desenvolvimento das habilidades sociais é essencial para a prevenção não só da ocorrência de comportamentos problemáticos mas também das suas consequências futuras, como a rejeição pelo grupo de pares, relacionamentos interpessoais pobres e comportamentos antissociais (Bandeira et al, 2009)

Para a avaliação das aptidões sociais utilizou-se o questionário de Avaliação de Aptidões Sociais de alunos (QAAS/SSRS - versão para professores) de Gresham e Elliott (1990), o qual foi adaptado para a população portuguesa por Lemos e Menezes (2002).

2.2. Participantes

Os participantes desta investigação incluem os alunos, os pais/encarregados de educação, os professores, as enfermeiras e os auxiliares de ação educativa, que ao longo da implementação do programa, intervieram de formas diferentes e em momentos distintos. Para os pais, professores e auxiliares de ação educativa elaborou-se o programa de formação, tal como referido no capítulo anterior, como forma de gerar consensos em relação ao modelo conceptual a adotar e aumentar a confiança e a motivação de modo a fomentar a participação no projeto.

Os Pais/Encarregados de Educação

Os pais são os primeiros educadores e os primeiros a poderem estabelecer o diálogo com os seus filhos. A educação sexual tem o seu lugar natural na família, como

refere Ribeiro (2006). É no seio da família que a criança se depara com fenómenos direta ou indiretamente relacionados com a sexualidade, como a gravidez, o parto e a diferenciação de papéis sexuais.

A partir das colocações precedentes, um programa de ES na escola, que se queira efetivo, deverá, obrigatoriamente, envolver a família na tomada de decisão.

Assente nestes pressupostos, traçaram-se os seguintes objetivos para os pais:

1. Participar na discussão e reflexão sobre a ES na escola;
2. Reconhecer o papel da escola na ES dos seus educandos;
3. Participar na construção do programa, através do seu representante na equipa do projeto;
4. Colaborar nas atividades propostas pelo programa, através da participação nas tarefas que o programa estabelece para os seus filhos.

No âmbito deste projeto torna-se imprescindível manter canais de comunicação entre a escola e os pais/encarregados de educação. Como meio de comunicação/informação com os pais privilegiou-se a página da escola e a caderneta do aluno. O representante dos pais/encarregados de educação no conselho pedagógico foi a pessoa nomeada por estes para os representar no projeto.

Os Professores

Os professores, tendo em conta os objetivos do programa, direcionados para a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de atitudes e competências, são todos parte ativa na educação sexual dos alunos.

Para os professores traçaram-se como objetivos

1. Participar na discussão e reflexão sobre a ES na escola;
2. Reconhecer o papel da escola na ES das crianças e dos jovens;
3. Reconhecer a importância da articulação da escola com as unidades de cuidados de saúde primários na ES das crianças e dos jovens;
4. Integrar a equipa do programa de ES “S&S”, de forma a assumirem autonomamente o desenvolvimento do programa nos anos letivos seguintes;
5. Participar ativamente, de forma voluntária, na construção, implementação e avaliação do programa “S&S”.

Participaram na formação 22 professores. Integraram inicialmente a equipa do programa “S&S” onze professores. Destes, oito integraram a equipa que implementou o projeto e os restantes, nomeadamente o diretor da escola, o professor-coordenador da educação para a saúde e o professor-coordenador dos diretores de turma, incorporaram a equipa coordenadora do projeto. No segundo ano de desenvolvimento do projeto, a equipa responsável pela implementação ficou composta por cinco professores, diretores de turma, em virtude dos restantes três professores terem mudado de escola.

Os enfermeiros

Relativamente à participação dos enfermeiros, no ano letivo 2010/2011, integraram o programa três enfermeiras da UCC, tendo continuado no programa duas enfermeiras no ano letivo 2011/2012, em virtude da redução do número de enfermeiras desta unidade.

Foram definidos como objetivos para as enfermeiras:

1. Participar na discussão e reflexão sobre a ES na escola;
2. Reconhecer o papel da escola na ES das crianças e dos jovens;
3. Reconhecer a importância da articulação da escola com as unidades de cuidados de saúde primários na ES das crianças e dos jovens;
4. Integrar a equipa do programa de ES “S&S”, de forma a assumirem autonomamente o desenvolvimento do programa nos anos letivos seguintes;
5. Participar ativamente, de forma voluntária, na construção, implementação e avaliação do programa “S&S”.

Os Assistentes Operacionais com Função de Auxiliares de Ação Educativa

A ES, como temos vindo a referir, deverá ser uma responsabilidade partilhada de toda a comunidade escolar. Dentro da escola, não apenas os professores são importantes agentes dessa educação, mas também os auxiliares de ação educativa, tantas vezes desvalorizados, muitas vezes pelos próprios, no seu papel formativo das crianças e dos jovens.

São estes profissionais que se encontram mais próximos dos alunos nos intervalos, estabelecendo com eles laços de grande proximidade e confiança. Servem de apoio na

integração, de mediadores nos conflitos, de confidentes nas questões do amor e nos problemas amorosos.

Definiram-se assim, para os auxiliares de ação educativa, os seguintes objetivos:

1. Participar na discussão e reflexão sobre a ES na escola;
2. Reconhecer o papel da escola na ES das crianças e dos jovens;
3. Reconhecer o seu papel na ES das crianças e dos jovens.

Na formação, tal como referido no capítulo anterior, participaram todos os auxiliares de ação educativa, num total de 13, os quais participaram também nas reuniões de discussão inicial do projeto e nas reuniões de apresentação e discussão de resultados.

Os Estudantes

Participaram no estudo os estudantes que iniciaram o 5º ano em Setembro de 2010. A população em estudo é constituída por 99 estudantes. A amostra inclui 92 sujeitos uma vez que no final do ano letivo (Junho de 2012) não foi possível emparelhar todos os questionários em virtude de dois alunos terem mudado de escola no decurso do programa e cinco não estiveram presentes aquando da aplicação do pós-teste.

Para os alunos foram definidos os seguintes objetivos:

- Aumentar os conhecimentos acerca da sexualidade
- Aumentar a autoestima
- Desenvolver aptidões sociais

Caraterização dos Estudantes

A amostra foi constituída por 92 estudantes de ambos os sexos, a maioria rapazes (55,4%). Têm média de 10.27 anos de idade (DP= 0.59).

No que respeita às caraterísticas familiares, quanto à tipologia familiar a maioria vive em famílias nucleares (75%), em que a mãe e o pai coabitam; cerca de 1/5 dos estudantes vive em famílias monoparentais (18,5%) e 6,5% em famílias alargadas. Têm em médio 1 irmão, sendo que 41,3% tem irmãos mais velhos. Mais de ¼ dos estudantes não tem irmãos.

O pai e a mãe têm médias de idade relativamente próximas, ligeiramente superior o pai com uma média de 42,6 anos, em relação à mãe com uma média de idade de 39

anos, com um desvio padrão idêntico (DP= 5,6). Relativamente à escolaridade a grande maioria (84,3%) possui o 12º ano ou menos, sendo que muitos, 21,7% dos pais e 13% das mães possuem apenas o 4º ano;

Maioritariamente os pais são trabalhadores não qualificados (36,9%) e operários, artífices e trabalhadores similares (18,5%) enquanto as mães, pessoal dos serviços e vendedores (29,3%) e trabalhadores não qualificados (19,6%). Existe ainda uma grande percentagem de mães sem emprego (18,5%) (Quadro 31).

Quadro 31 - Estudantes quanto às características sociodemográficas

Caraterísticas		Nº	%
Idade	9 anos	1	1,1
	10 anos	70	76,1
	11 anos	17	18,5
	12 anos	3	3,3
	13 anos	1	1,1
Sexo	Masculino	51	55,4
	Feminino	41	44,6
Zona de residência	Urbana	57	62,0
	Rural	35	38,0
Tipologia familiar	Nuclear	69	75,0
	Alargada	6	6,5
	Monoparental	17	18,5
Número de irmãos	não tem irmãos	24	26,1
	1 irmão	43	46,7
	2 irmãos	20	21,7
	3 irmãos	2	2,2
	4 irmãos	2	2,2
	5 irmãos	1	1,1
	Mais de 5 irmãos	0	0
Escolaridade do pai	4º Ano	20	21,7
	6º Ano	13	14,1
	9º Ano	20	21,7
	12º Ano	17	18,5
	Curso Médio/Bacharelato	5	5,4
	Licenciatura	6	6,5
	Mestrado	2	2,2
	Não respondeu	9	9,7
Escolaridade da mãe	4º Ano	12	13,0
	6º Ano	13	14,1
	9º Ano	21	22,8
	12º Ano	28	30,4
	Licenciatura	12	13,0
	Mestrado	1	1,1
	Não respondeu	5	5,4
	Profissão⁷ do pai		
Sem profissão		5	5,4
Especialistas das profissões intelectuais e científicas		6	6,5
técnicos de nível intermédio		9	9,8
Pessoal administrativo e similares		2	2,2
Pessoal dos serviços e vendedores		2	2,2
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas		1	1,1
Operários, artífices e trabalhadores similares		17	18,5
Trabalhadores não qualificados		34	36,9
Não respondeu		16	17,4
Profissão²⁶ da mãe			
Sem profissão		17	18,5
Especialistas das profissões intelectuais e científicas		5	5,4
técnicos de nível intermédio		5	5,4
Pessoal administrativo e similares		12	13,1
Pessoal dos serviços e vendedores		27	29,3
Operários, artífices e trabalhadores similares		1	1,1
Trabalhadores não qualificados		18	19,6
Não respondeu		7	7,6

²⁶ Utilizou-se a classificação Nacional de Profissões do Instituto do Emprego e Formação Profissional (2013)

2.3. Instrumentos

Instrumentos de Avaliação do Processo

“Diário de Bordo”

O “diário de Bordo” foi utilizado para a avaliação do processo, tendo como finalidade a monitorização e reformulação recorrentes da intervenção. Criado ao longo do decurso das sessões/atividades foi constituído pelas programações e fichas de sessão/atividade (relatos escritos de cada sessão/atividade) (Anexo 18). O diário de bordo, denominado de ficha de sessão/atividade, é composto por duas partes, uma direcionada à observação do grupo e a outra à atividade. A primeira parte é constituída por oito questões fechadas - cujas opções de resposta, numa escala com 3 opções, vão desde o “nunca ou quase nunca” até ao “bastante ou muitas vezes”, no sentido de perceber o nível de participação, o uso de vocabulário adequado e a naturalidade perante o tema – e uma questão aberta relativamente à atitude global dos alunos perante a abordagem do tema. A segunda parte contém duas questões abertas, a primeira com o intuito de descrever a forma como decorreu a atividade, nomeadamente incidentes e sucessos significativos e interpretação dos mesmos, problemas e dificuldades nas atividades, interação no grupo, motivação e adequação das metodologias, e a segunda para indicar sugestões de melhoria.

Instrumentos de Avaliação do Resultado

Questionário de Avaliação de Conhecimentos Acerca da Sexualidade (QACS)

O questionário de conhecimentos sobre sexualidade (QACS) (Anexo 19) é um instrumento de avaliação de conhecimentos, aplicado antes e após a intervenção ao grupo.

É um documento ancorado na revisão da literatura e adaptado do questionário sobre sexualidade para alunos do 2º ciclo realizado no âmbito do projeto experimental “Educação Sexual e Promoção da Saúde nas Escolas” (Vilar, Ministério da Educação, 1999). A construção dos itens que não constavam no questionário de Vilar, e que

considerámos pertinentes para o nosso estudo, partiu de uma base inicial de 44 afirmações acerca da sexualidade (verdadeiras e falsas), integradas em seis dimensões, ancorada na revisão da literatura. Na sequência da sua construção, e após avaliação por dois peritos na área, resultou a versão final. Foram eliminadas 16 afirmações, por não serem consideradas adequadas ao nível de escolaridade e compreensibilidade dos alunos.

O questionário é constituído por 28 itens com o formato dicotómico (Verdadeiro/Falso). Compreende estruturalmente sete dimensões (Anexo 20), nomeadamente: conceito de sexualidade (1); anatomia do sistema reprodutor (2); fisiologia do sistema reprodutor (3); puberdade (4); probabilidade de gravidez na adolescência (5); gravidez (6); normalidade, importância e frequência das suas variantes biopsicológicas (7). As dimensões são compostas por 4 itens cada uma, com formato dicotómico (verdadeiro/falso), inclui 15 afirmações verdadeiras (6c, 6d, 7b, 7d, 8a, 8c, 9^a, 9b, 9c, 10a, 10d, 11^a, 11b, 12b, 12d) e 14 afirmações falsas (6a, 6b, 7^a, 7c, 8b, 8d, 9d, 10b, 10c, 11c, 11d, 12a, 12c). A pontuação varia de 0 a 28 pontos, sendo atribuída a cada afirmação correta pontuação 1 e a cada afirmação incorreta pontuação 0.

Inclui uma questão de escolha múltipla para avaliar a perceção acerca dos conhecimentos que têm sobre sexualidade (8) e duas questões abertas, uma sobre os temas que gostariam de ver tratados nas aulas de educação sexual (9) e outra para exporem as dúvidas (10).

Contém ainda questões de caracterização sociodemográfica, que permitem caracterizar os participantes relativamente a: idade (11), sexo (12), ano de escolaridade (13), número (14), turma (14.1), onde vive (15), com quem vive (16), número de irmãos (17), número de irmãos mais velhos (18), escolaridade dos pais (19), idade dos pais (20) e a profissão dos pais (21).

Esta versão final foi validada quanto à sua legibilidade e compreensibilidade através do pré-teste aplicado a 15 pré-adolescentes com características semelhantes à da nossa população. Não tendo sido necessário efetuar nenhuma alteração, após a análise dos resultados obtidos, procedeu-se à redação final.

Questionário de Avaliação de Aptidões Sociais (QAAS/SSRS²⁷ versão para professores)

O Questionário de Avaliação de Aptidões Sociais de alunos (QAAS/SSRS - versão para professores) de Gresham e Elliott (1990) foi adaptado para a população portuguesa por Lemos e Menezes (2002) (Anexo 21).

A forma para professores do SSRS avalia essencialmente as habilidades sociais, mas também problemas de comportamento (que possam interferir com a aquisição ou desempenho das habilidades sociais) e a competência académica (Anexo 22). A escala de habilidades sociais, avalia comportamentos nucleares de três componentes: a cooperação (10 itens) que inclui comportamentos de ajuda, partilha e cumprimento de normas; a asserção (10 itens) que avalia a frequência com que o aluno toma iniciativas como pedir informações ou apresentar-se e as suas respostas e reações aos outros; e o autocontrolo (10 itens) que avalia comportamentos como reagir adequadamente em situações conflituosas, assumir compromissos e esperar pela sua vez. A escala de problemas de comportamento avalia três tipos de problemas inadequados: problemas externalizados (7 itens), que avaliam a agressão física ou verbal, contestação, baixo controlo do comportamento próprio; problemas internalizados (6 itens) representados por indicadores de ansiedade, tristeza, solidão, e baixa autoestima; e a hiperatividade (5 itens) que inclui a agitação, excitação e reações impulsivas.

Nestas duas escalas, baseando-se na frequência do comportamento, o professor regista se este ocorre “nunca”, “às vezes” ou “muitas vezes”.

Quanto à competência académica, a escala é constituída por comportamentos críticos como o desempenho na leitura e na matemática e o funcionamento cognitivo

²⁷ O Social Skills Rating System (SSRS) é um sistema de avaliação, constituído por diversas escalas de registo de comportamento. Inclui três versões distintas em função dos respondentes: auto-avaliação, feita pelo próprio; avaliação dos professores e avaliação realizada pelos pais ou adulto significativo. Cada uma das versões compreende três escalas diferentes consoante o nível de escolaridade (pré-escolar; 1º e 2º ciclo; 3º ciclo e secundário). As versões podem ser administradas individualmente ou em conjunto. A versão para os professores engloba três domínios: Aptidões Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Académica; a versão para os pais compreende apenas os dois primeiros domínios e por fim a versão de auto-resposta contempla somente as Aptidões Sociais. O SSRS permite a identificação de aptidões sociais inadequadas que poderão, posteriormente, ser alvo de intervenção.

global. Os 6 itens que a compõem são cotados numa escala de cinco pontos em que “1” corresponde ao nível mais baixo e “5” ao mais alto.

Após a aplicação do questionário, procedeu-se à análise da consistência interna da escala de habilidades sociais tendo revelado um valor global de *Alfa de Cronbach's* .97 (Quadro 32), com todas as dimensões com valores superiores a .9 o que demonstra a fiabilidade da escala e suas dimensões.

Quadro 32 – Análise da consistência interna da escala de habilidades sociais

Dimensões	Nº itens	<i>Alfa de Cronbach's</i>
Cooperação	10	0,94
Asserção	10	0,92
Autocontrolo	10	0,95
Score Global	30	0,97

Escala de Autoconceito e de autoestima de Susan Harter

Esta escala, foi construída por Harter (1985) a partir da Perceived Competence Scale for Children (Harter, 1982) e adaptada para a população portuguesa por Alves-Martins, Peixoto, Mata, e Monteiro, (1995).²⁸ É usada para avaliar a Auto percepção e autoestima da criança.

A escala para crianças e pré-adolescentes (Self Perception Profile for Children) destina-se a crianças entre o 3º e o 6º ano de escolaridade (Anexo 23). Pode ser utilizada com indivíduos mais velhos, contudo não fornece um perfil suficientemente rico e diferenciado do autoconceito dos adolescentes.

A construção das várias escalas de Susan Harter radicam, “por um lado, no pressuposto de que o autoconceito é uma entidade psicológica complexa e multidimensional e que, por outro lado, os sujeitos, a partir de determinada idade podem fazer uma avaliação global que evidencie o grau de satisfação em relação a si próprios,

²⁸ A primeira escala a ser desenvolvida foi a escala para crianças e pré-adolescentes (Harter, 1985; Alves Martins, Peixoto, Mata & Monteiro, 1995) a que se seguiram as escalas para adolescentes (Harter, 1988; Peixoto, Alves Martins, Mata & Monteiro, 1996, 1997) e a escala para estudantes universitários (Harter & Neeman, 1986).

que não é contemplado se considerarmos apenas o somatório das autoavaliações nos domínios específicos.” (Alves-Martins et al, 1995:3).

Subjacente à construção deste instrumento está o pressuposto de que um instrumento fornecendo medidas separadas da competência percebida em diferentes domínios, assim como uma medida independente de autoestima, fornecerá uma imagem mais rica e diferenciada do que um instrumento que permita obter uma medida única de autoconceito.

Relativamente à sua estrutura (Anexo 24), o instrumento contém seis subescalas referentes a cinco domínios específicos do autoconceito e uma para a avaliação da autoestima: Competência Escolar; Aceitação Social; Competência Atlética; Aparência Física; Comportamento; Autoestima.

Cada uma das subescalas contém seis itens, constituindo um total de 36 itens (existe mais um item adicional introduzido como exemplo, mas que não é cotado). Dentro de cada subescala, três dos itens estão construídos de modo a que a afirmação que reflita uma alta competência percebida, surja do lado esquerdo, enquanto nos restantes três a afirmação que reflete uma alta competência percebida surge do lado direito. Nos seis primeiros itens, as diferentes subescalas vão aparecendo de forma alternada pela seguinte ordem: (1) Competência Escolar; (2) Aceitação Social; (3) Competência Atlética; (4) Aparência Física; (5) Comportamento; (6) Auto Estima Global. Esta ordem vai manter-se ao longo de toda a escala para os 36 itens que a constituem.

O procedimento é o de atribuir uma pontuação de 1 a 4 a cada um dos itens. Ao longo do questionário existem itens em que a primeira afirmação reenvia para uma elevada competência percebida e itens em que a primeira afirmação reenvia para uma baixa competência percebida. Assim, a cotação para os primeiros é de 4, 3, 2, 1 e para os segundos é de 1, 2, 3, 4 consoante o grau de identificação do sujeito com cada uma das afirmações. (Alves-Martins et al, 1995)

Determinantes da Autoestima das Crianças

O procedimento para determinar a relação entre a percepção de competência em domínios considerados importantes e a autoestima envolve o cálculo da discrepância entre os julgamentos de competência da criança no perfil de Auto percepção (Como é que

eu sou?) e o seu julgamento da importância de cada um dos cinco domínios (Qual é para ti a importância destas coisas?)²⁹.

Os valores dos julgamentos de importância atribuída aos diferentes domínios, são obtidos a partir da escala intitulada “Qual é para ti a Importância destas Coisas”. Esta escala é constituída por 10 itens, sendo dois referentes a cada domínio específico: Competência Escolar (1, 6); Aceitação Social (2, 7); Competência Atlética (3, 8); Aparência Física (4, 9); Comportamento (5, 10). Cada item do questionário é constituído por duas afirmações sendo que uma reenvia para uma elevada importância atribuída e outra para uma baixa importância atribuída. Cotações mais elevadas (4 ou 3) são utilizadas quando o sujeito atribui elevada importância, consoante o seu grau de identificação. Cotações de 1 e 2 refletem baixa importância atribuída, consoante o grau de identificação do sujeito com a afirmação apresentada. O valor da importância referente a cada domínio específico é obtido a partir da média dos valores relativos aos dois itens que integram cada domínio.

Relativamente às qualidades psicométricas desta escala aplicada à população portuguesa, verificou-se uma consistência interna aceitável, onde os valores de alfa de Cronbach oscilaram entre os 0.52 e 0.74

O estudo da consistência interna da escala, através do coeficiente alfa de Cronbach, quadro 33, demonstrou valores de alfa de 0,85 para o autoconceito e 0,80 para a autoestima, sendo este último superior aos obtidos por Martins, Peixoto, Mata & Monteiro (1995) (alfa 0,67), o que representa uma boa consistência interna.

²⁹ O objectivo principal é, assim, determinar como é que a criança se percebe em áreas por si consideradas importantes. Se a criança se percebe como competente em áreas consideradas importantes, então haverá uma pequena discrepância e a criança deverá obter um valor de auto-estima elevado. Pelo contrário, se a criança sente que alguns domínios são muito importantes, mas se os níveis de competência percebida são baixos nessas áreas, deverá então verificar-se uma discrepância elevada, entre importância e competência, discrepância essa que resultará numa baixa auto-estima (Alves-Martins et al, 1995)

Quadro 33 - Consistência interna da escala de autoestima

Dimensões	Nº itens	Alfa de Cronbach´s
Competência escolar	6	0,82
Aceitação social	6	0,70
Competência atlética	6	0,75
Aparência física	6	0,84
Comportamento	6	0,63
Score Global	30	0,85
Autoestima	6	0,80

2.4. Procedimentos

O processo inerente a esta investigação teve subjacente os princípios formais e éticos relativos à participação de pessoas em estudos de investigação, nomeadamente o consentimento livre e esclarecido dos pais/encarregados de educação, no caso dos menores de idade, e dos participantes (Anexo 10).

Neste ponto, são descritos os procedimentos que foram desenvolvidos no âmbito da construção, implementação e avaliação do programa de intervenção “Ser & Saber” (S&S).

2.4.1. Procedimentos Prévios à Construção do Programa

A educação sexual deve ser vista como uma responsabilidade de toda a comunidade educativa no estabelecimento de laços de proximidade e cooperação com os técnicos de saúde, numa relação estreita entre escola, centro de saúde, família e comunidade.

Partindo desta perspetiva tornou-se imperativo, nesta investigação, o envolvimento dos diversos agentes do processo educativo dos jovens desde o diagnóstico de necessidades até à avaliação final do programa.

Em Setembro de 2010, com o intuito de dar continuidade ao processo que vinha a ser desenvolvido, que envolveu a fase diagnóstica e a fase de formação, deu-se inicio a um conjunto de atividades preparatórias do programa, com os diferentes protagonistas

da escola EB2 D. João IV e do Centro de Saúde de Vila Viçosa, nomeadamente, reuniões com a direção da escola, enfermeira responsável da UCC, enfermeiras da equipa de saúde escolar, professores, representante dos pais no conselho pedagógico e representante dos assistentes operacionais da ação educativa.

No sentido de ultrapassar as dificuldades inerentes ao processo e de assegurar o envolvimento voluntário de professores, pais, assistentes operacionais da ação educativa e técnicos de saúde, foram desenvolvidos os seguintes procedimentos:

- Reunião de trabalho com o diretor da escola, os professores, enfermeiras da UCC, representante dos pais no conselho pedagógico e representante dos assistentes operacionais da ação educativa para discussão e reflexão acerca do projeto, constituição da equipa coordenadora do projeto e da equipa que iria desenvolver o projeto.

- Informação aos pais, via caderneta do aluno, acerca do início do projeto de ES na escola e solicitada a sua participação.

- Pré-aplicação dos questionários de avaliação

- Solicitação aos pais/encarregados de educação autorização prévia para participação dos seus educandos na investigação.

- Criação de uma área no Moodle da escola, denominada de educação sexual, acessível a todos os professores e aos elementos do grupo de trabalho do projeto, com o intuito de divulgar informação sobre o projeto e sobre a temática em estudo, assim como facilitar a comunicação entre os vários intervenientes.

- Realização de atividade com os estudantes de todas as turmas de 5º ano, em sala de aula, sobre o programa de educação sexual. Esta atividade, designada de atividade preliminar, teve como objetivos fazer uma prospeção aquilo que os estudantes já sabiam e o que desejavam saber, integrar o estudante no programa e dar contributos para a organização e programação das intervenções.

A equipa coordenadora do projeto, ficou constituída pela enfermeira investigadora, diretor da escola, enfermeira coordenadora da UCC, professor-coordenador da educação para a saúde, professor-coordenador dos diretores de turma e representante dos pais.

Integraram a equipa responsável pela implementação do projeto, a enfermeira investigadora, oito professores, cinco dos quais diretores de turma, duas enfermeiras da UCC e a representante dos pais.

Os assistentes operacionais da ação educativa optaram por não se fazer representar na equipa do projeto, manifestando interesse em receber informação ou diretrizes no âmbito do projeto e participarem nas reuniões de discussão alargada e apresentação de resultados.

2.4.2. Procedimentos Relativos à construção e implementação do Programa S&S

O programa de Educação Sexual “Ser & Saber” agrega as contribuições da revisão da literatura, os resultados do estudo de caracterização e análise do fenómeno da educação sexual na Escola EB2 D. João IV, as orientações de peritos na área e o produto da discussão, reflexão e análise da equipa responsável pelo projeto.

Na construção e implementação do programa “S&S” foram seguidos os seguintes passos:

- Planeamento das Intervenções;
- Determinação dos Indicadores e desenvolvidos instrumentos de medida das intervenções;
- Implementação das medidas planeadas, sob monitorização constante, envolvendo todos os atores e considerando os diferentes papéis;
- Reavaliação sistemática do processo.

Tendo como estratégia metodológica a investigação ação, dos procedimentos desenvolvidos ao longo do desenho e implementação do projeto, constaram o estabelecimento de uma planificação de sessões/atividades, que se sucederam no tempo, elaboradas de acordo com os conteúdos previamente definidos, uma calendarização predefinida e dividida por etapas.

Consideraram-se dois tipos de etapas, a pequena etapa que corresponde a cada sessão/atividade desenvolvida no grupo turma, e a grande etapa que corresponde à sessão/atividade desenvolvida nas 5 turmas (turmas A, B, C, D e E).

No final de cada etapa, tal como sugere Sousa (2009), procedeu-se a uma avaliação, com a finalidade de verificar se a evolução das ações estava a acontecer em conformidade com o previsto ou se havia necessidade de se efetuarem ajustes ou correções, tal como mostra o diagrama 5.

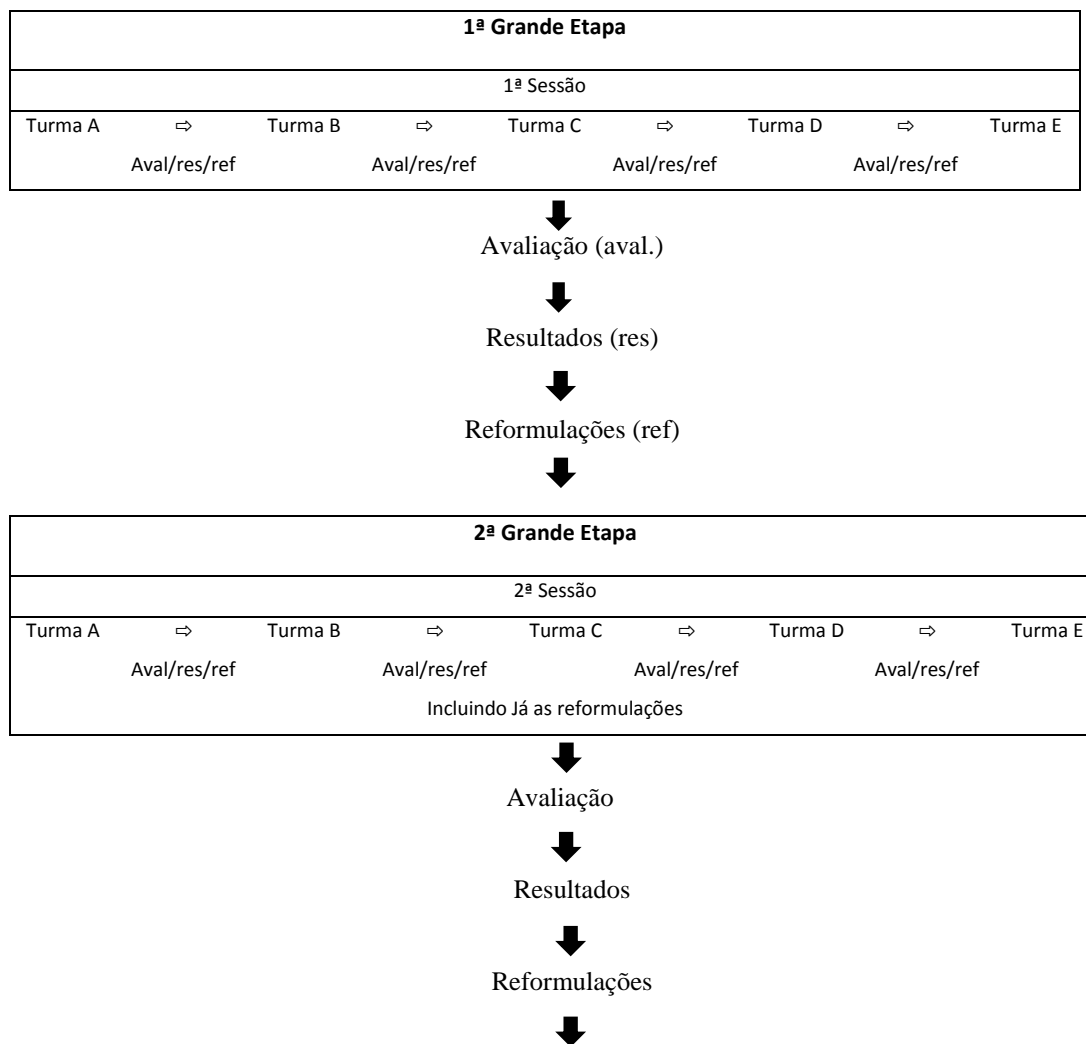


Diagrama 5 - Etapas na construção/reconstrução do programa (adaptado de Sousa, 2009)

A avaliação de cada etapa foi efetuada através das constatações verificadas pela enfermeira e/ou professor, pelas observações efetuadas verbalmente pelos alunos, pela análise dos trabalhos realizados, etc., fazendo o enfermeiro/professor um relato escrito de cada sessão.

As fichas de sessão, preenchidas pela enfermeira e/ou professor no final de cada sessão, constituíram-se no “Diário de bordo”, o qual serviu de suporte à construção/reformulação/avaliação do projeto.

O “diário de bordo” assumiu um papel preponderante na investigação, uma vez que nele foi registado o percurso da investigação: as percepções, os sentimentos, as reflexões, enfim, tudo o que se vivenciou durante este período de estudo, confirmando a sua importância, como nos ilustra Laperrière (2003: 273): “contém as reflexões pessoais da investigadora sobre o desenrolar quotidiano da sua investigação, a sua integração social no meio observado, as suas experiências e as suas impressões, os seus medos, os seus bons golpes, os seus erros e as suas confusões, as suas relações e as suas reações positivas ou negativas, relativas aos participantes na situação e as suas ideologias, etc.”.

As diversas atividades culminaram na elaboração do manual do programa “Ser & Saber” (S&S) (Apêndice1). O programa prevê a utilização de metodologias ativas e participativas.

2.4.3. Procedimentos Relativos à Avaliação do Efeito do Programa

Relativamente à avaliação da eficácia do programa foram aplicados os questionários já referidos, após a devida autorização dos autores (Anexo 24). Os questionários, nomeadamente Questionário de Avaliação de Conhecimentos Acerca da Sexualidade (QACS) e Escala de Autoconceito e de autoestima de Susan Harter, foram aplicados aos jovens em dois momentos distintos, antes do início do projeto (pré-aplicação), durante as duas primeiras semanas de Outubro de 2010, e após o desenvolvimento do projeto (pós-aplicação), nas duas últimas semanas de Maio de 2012. A sua aplicação foi efetuada após autorização dos pais/encarregados de educação. Foram preenchidos em sala de aula, em dois momentos distintos uma vez que se tratava de instrumentos diferentes.

Foram realizadas reuniões preparatórias com os diretores de turma que colaboraram na aplicação e recolha dos instrumentos, no sentido de se cumprirem as regras de codificação e os princípios técnicos previstos na aplicação de cada um dos instrumentos.

O Questionário de Avaliação de Aptidões Sociais (QAAS/SSRS versão para professores) foi preenchido pelos diretores de turma, como previsto pelas autoras, uma

vez que estes têm um conhecimento mais aprofundado e uma visão global de cada aluno. O Pré-teste foi realizado de 15 a 30 de Outubro de 2010, de forma a permitir ao professor ter já um conhecimento sobre as competências dos novos alunos, e o Pós-teste em Julho de 2012, após o final do ano letivo.

2.4.4. Procedimentos de Análise de Dados

A análise dos dados foi efetivada com o recurso ao programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.

Foram utilizadas diversas medidas estatísticas, nomeadamente a distribuição de frequências e o coeficiente de Alfa de Cronbach. Para efetuar as várias comparações a distribuição dos dados foi avaliada através do teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors. Quando a distribuição era não-normal, recorreu-se, na comparação entre momentos de avaliação ao Teste não paramétrico Wilcoxon Sign Rank Test para duas amostras emparelhadas, e na comparação de dois grupos (por exemplo, rapazes e raparigas) ao teste Mann-Whitney para amostras independentes. Quando a distribuição era normal, utilizou-se o teste T de Student.

2.5. O programa de intervenção “ser & saber” (S&S) – programa de ES em contexto escolar

O planeamento da intervenção assume um papel preponderante para o seu desenrolar, porque, como afirma Menezes (2007: 71) “não é demais sublinhar a importância deste guião da intervenção, sem o qual se corre o risco de perder a intencionalidade do projeto”. Por conseguinte, o desenho ou planeamento geral da intervenção, adotando um carácter de flexibilidade, foi concebido tendo por base o racional teórico que sustentou esta investigação, as evidências e os resultados da caracterização do fenómeno da educação sexual (Fase I – diagnóstico de situação).

Na visão de Bergstrom (2008), a prática de enfermagem baseada na evidência procura integrar os resultados das evidências considerando a avaliação das necessidades e especificidades da população alvo. A avaliação de necessidades (cf. Menezes, 2007), enquanto eixo fundamental desta investigação, não se limitou a um levantamento inicial, sendo constantemente operada através da promoção da reflexão sobre as

atividades efetuadas, da realização, nas diversas sessões, do preenchimento e posterior análise do “diário de bordo” e da realização de atividades dinâmicas com o duplo objectivo de se promover o questionamento sobre o processo de intervenção passado e deliberar sobre os conteúdos e atividades a realizar futuramente.

2.5.1. Eixos estruturantes do programa

Os objetivos, os temas e os conteúdos do programa S&S foram definidos de acordo com as finalidades da educação sexual³⁰, os objetivos propostos pela Portaria n.º 196-A/2010³¹, documentos orientadores no que respeita aos conteúdos de educação sexual que devem ser abordados com os alunos do 2º ciclo do ensino básico, nomeadamente as linhas orientadoras do Ministério da Educação e Ministério da Saúde³² e o Portal de saúde Sexual e Reprodutiva³³, e ainda materiais já construídos, como seja o Kit educativo – saúde e sexualidade³⁴ (2º ciclo) (Anexo 25). Resultaram ainda de uma articulação com os objetivos dos programas do 2º ciclo, especificamente das disciplinas de Ciências da Natureza, Português, História, matemática, educação física e Formação Cívica, de forma a proporcionar a transversalidade do programa.

Os eixos estruturantes e transversais ao processo, que nortearam a intervenção foram:

1. **Aquisição de conhecimentos** sobre a sexualidade, nomeadamente o funcionamento e as transformações do corpo ao longo da vida, os modos de evitar doenças de transmissão sexual ou situações de gravidez não planeada;
2. **Apropriação de valores e formação de atitudes:** aprender a importância dos valores na formação da consciência individual e definir a sua atitude pessoal perante situações concretas;
3. **Desenvolvimento de aptidões pessoais e sociais** de autonomia, responsabilidade, capacidade de decisão e comunicação e assertividade.

³⁰ Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto, Diário da República: 1.ª série, n.º 151

³¹ Diário da República, 1.ª série, N.º 69 - 9 de Abril de 2010

³² Marques, A.; Prazeres, V. (2000)

³³ <http://www.apf.pt/>

³⁴ Vilar, Duarte; Carriço, Elisabete; Associação para o Planeamento da Família. Kit educativo – saúde e sexualidade: 2º ciclo. Lisboa: APF, 2009.

Estes eixos vão de encontro à conceção de Sears (1992, cit in Buston et al., 2001), e de outros autores (e.g., Frade et al, 2009; Vaz et al, 1996), de que a educação sexual na sua forma mais abrangente compreende três elementos: o cognitivo que tem a ver com os factos e a informação; o afetivo que diz respeito aos sentimentos, valores e atitudes; e o comportamental que se refere às competências para comunicar eficazmente e para tomar decisões responsáveis.

O programa de ES “Ser & Saber” (S&S) constitui-se como um programa centrado nas características e necessidades da população, dirigido aos alunos do 2º Ciclo do Ensino Básico da Escola EB2 D. João IV de Vila Viçosa (5º e 6º ano de escolaridade) e desenvolvido nas áreas curriculares disciplinares e não disciplinares, nomeadamente Ciências da Natureza, Língua Portuguesa, Inglês, História e Geografia de Portugal, Matemática, Educação Visual e Tecnológica, Educação Física e Formação Cívica.

É um programa com carácter transversal, sincrónico com a multidimensionalidade de que se reveste a sexualidade. Não se limita a uma área curricular, antes atravessa as diversas áreas numa relação de reciprocidade e complementaridade. Integrado no projeto curricular da escola, uma vez que envolve as dimensões afetivas e sexuais dos estudantes, basilares ao desenvolvimento integral destes.

Utiliza um modelo de educação, democrático, científico e aberto, ancorado no modelo de desenvolvimento pessoal.

Democrático, porque se entende que a sexualidade humana se expressa de diversas maneiras, moral e comportamental, devendo a educação sexual aceitar esta pluralidade. O que não significa que a educação sexual não possua um quadro ético de referência, mas este deve ser baseado em valores humanistas e aberto de modo a promover o debate entre posições morais diversas.

Assente no modelo de desenvolvimento pessoal, porque é um modelo que procura integrar os componentes de natureza biológica com outros de tipo psicossocial (Vaz et al, 1996), parte de um conceito de sexualidade que integra várias vertentes:

- “- uma vertente biológica, constituída pelo conjunto de fenómenos que fazem do nosso corpo um corpo sexuado (anatomia e fisiologia da sexualidade e da reprodução, resposta sexual humana);*
- Uma vertente psicológica, que engloba processos como a identidade de género (aquisição de papéis sexuais), a orientação sexual (ou seja, a hetero, a homo e*

bissexualidade), a autoimagem e a construção da identidade sexual e todo o processo relacional, as relações afetivo-sexuais.

- Uma vertente social, que engloba as discussões dos valores e atitudes, os modelos morais que recobrem as vertentes anteriores.” (Vaz et al, 1996: 43)

O modelo de desenvolvimento pessoal baseia-se num conceito positivo de saúde, entendida como bem-estar e promoção da qualidade de vida das pessoas e povos (López, 2005), num conceito abrangente de sexualidade e de uma valorização positiva da mesma e das suas múltiplas expressões. Integra a sexualidade no contexto mais vasto da construção da identidade pessoal, e das relações interpessoais que se estabelecem no âmbito das relações e papéis sociais e do exercício da cidadania (Vilar, 2002).

O programa inclui as componentes: conhecimentos, atitudes e aptidões pessoais e sociais face à sexualidade, cujos conteúdos se desenvolvem de uma forma integrada nas várias atividades.

2.5.2. Organização do programa

Estruturalmente, o programa “Ser & Saber” (S&S) está organizado por áreas temáticas, temas e intervenções.

Partindo de uma visão multidimensional da sexualidade, são muitos os temas e os conteúdos passíveis de serem abordados. Assim, como forma de os organizar, agrupar e ordenar, foram definidas quatro grandes áreas temáticas: Corpo em transformação, Saúde Sexual e Reprodutiva, Identidade e Relações interpessoais.

A área temática é uma unidade constituída por vários temas e pelas intervenções que os sustentam. Cada tema está assim configurado por um conjunto de intervenções (quadro 34).

O programa Inclui quatro tipos de intervenções: atividades preliminares, sessões dirigidas, atividades de consolidação e atividades de ligação escola-família.

As **Atividades Preliminares (AP)** são atividades introdutórias ao programa. Desenvolvidas no início do ano letivo, funcionam como uma prospeção aquilo que o estudante já sabe e o que deseja saber, integram o estudante no programa e permitem a organização e programação das intervenções. O programa é constituído por duas atividades preliminares, uma em cada ano letivo.

As **Sessões Dirigidas (SD)** são intervenções específicas, elaboradas de acordo com o conhecimento científico e planeadas com metodologias ativas e participativas em função dos objetivos específicos. O programa é constituído por um conjunto de 16 sessões dirigidas, 9 sessões no 5º ano e 7 no 6º ano, desenvolvidas pela investigadora principal, pelas enfermeiras e/ou pelos professores das várias áreas curriculares.

As **Atividades de Consolidação (AC)** compreendem intervenções que complementam, enriquecem e consolidam as sessões dirigidas, também planeadas com metodologias ativas e participativas direcionadas para os objetivos específicos. O programa integra um conjunto de 11 atividades de consolidação, 5 no 5º ano e 6 no 6º ano, também desenvolvidas pela investigadora principal, pelas enfermeiras e/ou pelos professores.

As **Atividades de Ligação (AL)**, também aqui designadas por **atividades de ligação família-escola**, são atividades desenvolvidas com o intuito de estabelecer a comunicação entre a família/encarregados de educação, os seus filhos e a escola, através da preparação de temas para discussão. De acordo com Splendorio e Reichel (2014) estas atividades dão oportunidade aos pais para partilharem conhecimentos, opiniões e valores como os filhos. O programa integra 4 atividades de ligação, duas em cada ano letivo.

Tanto as sessões dirigidas, as atividades de consolidação como as atividades de ligação têm por base um guião estruturado ao longo do ano letivo.

O programa S&S foi desenvolvido ao longo de dois anos letivos consecutivos, 5º e 6º ano, durante os anos letivos 2010/2011 e 2011/2012, acompanhando os alunos no seu percurso ao longo do 2º ciclo, ajustado ao horário escolar e envolvendo metodologias ativas e participativas. As sessões e atividades do programa de intervenção do programa S&S, o seu conteúdo e justificação, assim como todos os procedimentos necessários à sua execução, encontram-se descritos em pormenor no manual em apêndice (Apêndice1).³⁵

³⁵ Considerando o caráter e as especificidades da sua organização, optou-se pela apresentação do programa num documento individualizado que segue em apêndice com a tese.

Quadro 34 - Síntese das atividades que integram o programa “Ser & Saber”

ÁREAS TEMÁTICAS	TEMAS	5º ANO	Tempo (1 aula/90 minutos)	6º ANO	Tempo (1 aula/90 minutos)
		INTERVENÇÕES		INTERVENÇÕES	
		Atividade Preliminar	1 aula	Atividade Preliminar	1 aula
Corpo em Transformação	Anatomia e fisiologia	SD ₁ : Conhecer o corpo	1 aula	SD ₁ : Aparelho reprodutor masculino e feminino AC ₁ : Bingo! Pesquisa sobre o que sabemos	1 aula
	Puberdade e desenvolvimento dos adolescentes	SD ₁ : Puberdade: aspetos biológicos e Emocionais SD ₂ : o que está a mudar em mim AC ₁ : Vamos testar os nossos conhecimentos acerca da puberdade	3 aulas		
	Reprodução e gravidez			SD ₁ : Da Conceção ao Nascimento AL: Conversando sobre o (meu) nascimento AC ₁ : Reflexão: conversas sobre o (meu) nascimento	2 aulas
Saúde Sexualidade	Crescimento e Saúde	SD ₁ : Cresço Saudável AC ₁ : <i>Poster</i> : Cresço Saudável SD ₂ : Higiene corporal e saúde	4 aulas		
	VIH/Sida e outras IST			SD ₁ : VIH/SIDA – A prevenção na minha mão	1 aula
Identidade	Autoestima	SD ₁ : Sou Especial AL: As minhas fotos	1 aula		
	Diversidade e respeito			SD ₁ : Todos diferentes, todos iguais AC ₁ : E se a história fosse diferente?	2 aulas
	Questões de género			SD ₁ : Era uma vez...Papéis de género e estereótipos sexuais	1 aula
Relações Interpessoais	Competências de Comunicação			SD ₁ : Ser Assertivo AC ₁ : Comunicar através do corpo	2 aulas
	Sentimentos – Afetos e emoções	SD ₁ : Sentimentos AC ₁ : O que nos Une AC ₂ : Carinhos	3 aulas	AC ₃ : Carta de amor AL: Conversando Sobre o Amor AC ₄ : O que é afinal o Amor?	2 aulas
	A Família	SD ₁ : Família AL: A árvore da família AC ₁ : A Família no Meu Coração	3 aulas		
	O Grupo de Pares	SD ₁ : Eu e os Outros	1 aula		
	Segurança pessoal			SD ₁ : Noção dos limites e proteção do corpo	1 aula

2.5.3. Operacionalização do programa

A questão da transversalidade do programa, impõe ao investigador particular atenção ao nível da operacionalização. Especialmente na coordenação das atividades que se desenvolvem em diferentes áreas disciplinares.

No sentido de ultrapassar este obstáculo, foi criada uma equipa coordenadora do programa (Diagrama 6), na qual estão representados o investigador principal, o diretor da escola, a enfermeira coordenadora da UCC, o professor-coordenador da educação para a saúde, o professor-coordenador dos diretores de turma e o representante dos pais. Esta equipa tem como função, organizar, coordenar e supervisionar as atividades, assim como definir horários para o desenvolvimento das mesmas, a fim de evitar sobreposições e colmatar lacunas que possam surgir.

Para além desta equipa coordenadora, foi constituída a equipa que operacionaliza o programa, constituída pela investigadora principal, os diretores de turma, os professores e as enfermeiras. As duas equipas mantêm uma relação de proximidade constante, essencial na garantia do rigor metodológico e científico.

Os diretores de turma, tendo um grande envolvimento no programa, desempenham neste um papel crucial, para além da relação privilegiada que mantêm com o aluno, servem de elo de ligação com os professores das várias unidades curriculares assim como com os pais/encarregados de educação.

O aluno, por sua vez, é o centro de todo o processo.

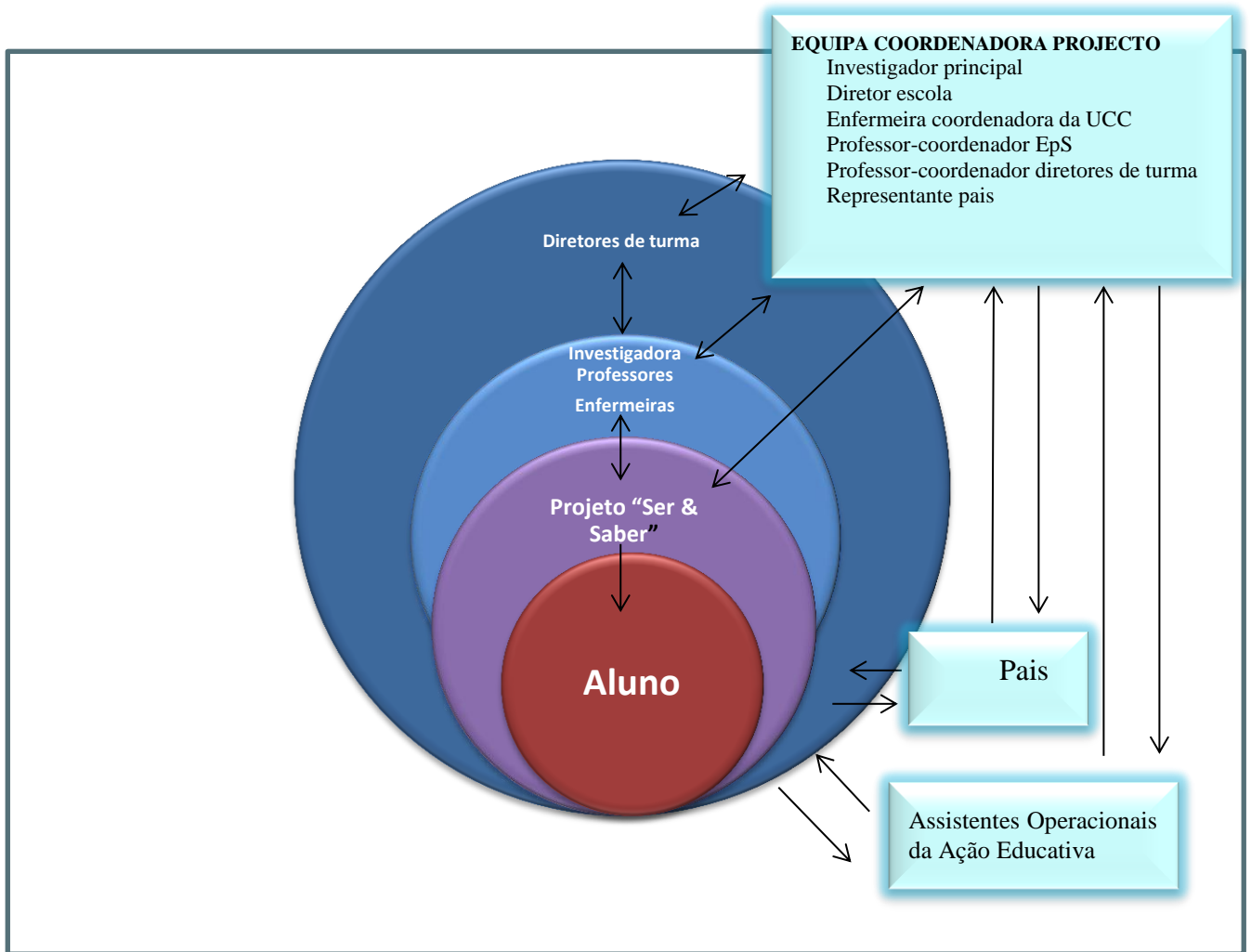


Diagrama 6 - Aspectos organizativos do programa

2.5.4. Avaliação do programa “ser & saber” S&S

Este ponto evidencia os resultados obtidos, a partir da análise dos dados recolhidos junto do grupo de estudantes, através dos instrumentos utilizados no pré-teste e no pós-teste, relativos às variáveis: conhecimentos acerca da sexualidade, autoestima e aptidões sociais.

O reflexo nos alunos

➤ Conhecimentos dos Alunos Acerca da Sexualidade

Para testar a diferença nos conhecimentos antes de depois da intervenção é necessário avaliar a distribuição destes resultados para poder adotar o teste estatístico

adequado. Para tal verificamos a normalidade da distribuição da 1ª aplicação e da 2ª aplicação do teste de conhecimentos através teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors. Concluimos que ambas as variáveis não possuem distribuição normal, pelo que para a análise das suas diferenças utilizámos o Teste não paramétrico Wilcoxon Sign Rank Test para duas amostras emparelhadas. Este teste mostrou uma diferença altamente significativa entre a primeira e a segunda aplicação ($Z = -8,34$, $p < 0,001$), não tendo nenhum dos 92 alunos obtido resultados inferiores na segunda avaliação. Ou seja, todos demonstraram melhorias nos seus conhecimentos. Podemos constatar essa melhoria, notando que a média da primeira aplicação foi de 16,55, ao passo que a da segunda foi de 25,23, para um score máximo de 28, um aumento de 33% (Quadro 35).

Estes resultados sugerem um aumento substancial nos conhecimentos dos estudantes acerca da sexualidade, sendo que na avaliação inicial os resultados do teste de conhecimentos foi, em média, de 57,14%, o que revela poucos conhecimentos acerca do tema, tendo este valor subido para 90,11% na segunda aplicação, revelando um nível de conhecimentos muito bom³⁶

Quadro 35 - Comparação quanto à evolução dos conhecimentos acerca da sexualidade

Conhecimentos sobre sexualidade	Grupo (n=92)	
	Média	DP
Avaliação inicial (t ₀)	16,55	1,07
Avaliação final (t ₁)	25,23	0,57
Evolução	8,68	

³⁶ Utilizada a escala qualitativa ou a escala em percentagem, aplicando-se a seguinte correspondência entre as diversas escalas:

Escala		
Qualitativa	Quantitativa	
	Percentagem	Níveis
Muito Bom	90 a 100	5
Bom	70 a 89	4
Suficiente	50 a 69	3
Insuficiente	20 a 49	2
Muito Insuficiente	0 a 19	1

De acordo com o Despacho normativo n.º 24-A/2012, Diário da República, 2.ª série — N.º 236 — 6 de dezembro de 2012

No que refere às várias dimensões do questionário de conhecimentos, o Teste, teste não paramétrico WilcoxonSignRankTest para duas amostras emparelhadas, como se pode ver no quadro 36, apresentou uma diferença altamente significativa entre a primeira e a segunda aplicação em todas as dimensões, com uma maior evidência para os conhecimentos sobre anatomia do sistema reprodutor ($Z= -7,62$, $p< 0,001$), normalidade, importância e frequência das suas variantes biopsicológicas ($Z= -7,17$; $p< 0,001$), fisiologia do sistema reprodutor ($Z= -6,98$; $p< 0,001$) e probabilidade de gravidez na adolescência ($Z= -7,21$, $p< 0,001$).

Quadro 36 - Comparação quanto à evolução dos conhecimentos nas várias dimensões

Dimensões	Grupo n=92				Evolução	Diferenças no grupo em t0 e t1 Teste não paramétrico WilcoxonSignRankTest para duas amostras emparelhadas
	Avaliação inicial (t ₀)		Avaliação final (t ₁)			
	Média	DP	Média	DP		
Conceito de sexualidade	2,22	0,95	3,4	(0,74)	+1,19	($Z= -6,79$, $p< 0,001$)
Anatomia do Sistema reprodutor	1,48	1,13	3,37	(0,75)	+1,89	($Z= -7,62$, $p< 0,001$)
Fisiologia do sistema reprodutor	2,59	1,32	3,9	0,3	+1,32	($Z= -6,98$, $p< 0,001$)
Puberdade – o corpo em transformação	2,87	1,04	3,85	0,44	+0,98	($Z= -6,3$, $p< 0,001$)
Probabilidade de gravidez na adolescência	2,34	1,05	3,55	0,64	+1,22	($Z= -7,21$, $p< 0,001$)
Gravidez	2,97	1,01	3,77	0,47	+0,81	($Z= -5,62$, $p< 0,001$)
Normalidade, importância e frequência das suas variantes biopsicológicas	2,1	1,01	3,39	0,63	+1,30	($Z= -7,17$, $p< 0,001$)

Variáveis demográficas e conhecimentos

Para avaliar a existência de diferenças nos conhecimentos antes e depois da intervenção tendo em conta o género, e o local de habitação (urbano ou rural) recorreu-se ao teste Mann-Whitney para amostras independentes.

Relativamente ao género, não se encontraram diferenças significativas quer na primeira ($U=999,5$; $W=1860,5$; $p= 0,838$), quer na segunda aplicação ($U=928,0$; $W=2254,0$; $p= 0,348$). Quanto à diferença entre a primeira e a segunda avaliação, os

rapazes ganharam um pouco mais que as raparigas, com um aumento médio da avaliação dos resultados de 8,88 para 8,42 das raparigas (Quadro 37)

Quadro 37 - Comparação quanto à evolução dos conhecimentos de acordo com o sexo

Sexo		Grupo n= 92	
		Média	DP
Avaliação inicial (t ₀)	Masculino	16,27	4,6
	Feminino	16,90	4,2
Avaliação final (t ₁)	Masculino	25,16	1,9
	Feminino	25,32	2,2

No que concerne as diferenças entre o meio rural e urbano, foram encontradas diferenças entre alunos de meio rural e urbano na primeira aplicação ($U=687,0$; $W=2283,0$; $p= 0,016$). Observando as médias constata-se que os alunos do meio rural obtiveram resultados médios de 17,63 (DP= 3,49) ao passo que os alunos de meio urbano tiveram resultados inferiores, obtendo uma média de 15,89 (DP= 4,75) no teste de conhecimentos. Na segunda aplicação já não se encontraram diferenças entre estes dois grupos ($U=898,5$; $W=2551,5$; $p= 0,418$), sendo agora a média dos alunos de meio urbano de 25,11 (DP= 2,06) e as de meio rural pouco superior com 25,46 (DP= 2,01).

➤ **Autoconceito e Autoestima**

Verificada a distribuição normal da escala global através do teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors para os dois momentos, recorreu-se ao teste T-Student para amostras emparelhadas. Pelo quadro 38, observa-se que, quanto às subescalas do questionário de autoconceito de Susan Harter (1985) “como é que eu sou?”, existe uma diferença estatisticamente significativa, observando-se na primeira aplicação um valor médio de 86,38 e na segunda aplicação de 90,37. Em ambos os momentos o grupo apresenta, em termos médios, elevado autoconceito (<75 baixo

autoconceito; ≥ 75 elevado autoconceito) tendo-se verificado um aumento do autoconceito da primeira para a segunda aplicação.

Quadro 38 - Autoconceito global

Autoconceito global	Grupo n= 92	
	Média	DP
Avaliação inicial (t ₀)	86,38	12,8
Avaliação final (t ₁)	90,37	12,8
Evolução	t= 2,913 p= 0,004	

Sendo que em cada subescala a pontuação varia entre 6 e 24 pontos, indicando a pontuação mais elevada uma alta competência percebida, verifica-se que todas as subescalas se situam num nível de alta competência percebida (≥ 15) (Quadro 39). As subescalas «comportamento», «aceitação social» e «aparência física» são as que registam mais alta competência percebida ($> 70\%$).

Constata-se ainda um aumento nos valores médios de todas as subescalas da primeira para a segunda aplicação, com particular evidência para a «competência escolar» (t₀=15,33; t₁= 16,41) e «aparência física» (t₀=17,91; t₁= 19,99) (Quadro 39).

Quadro 39 - Comparação quanto à evolução do autoconceito nas várias dimensões

Autoconceito	Grupo n=92				Evolução
	Avaliação inicial (t ₀)		Avaliação final (t ₁)		
	Média	DP	Média	DP	
Competência Escolar	15,33	3,58	16,41	3,91	+3,08
Aceitação Social	18,59	3,3	19,03	3,1	+0,44
Competência Atléticoa	15,7	4,01	16,01	3,69	+0,31
Aparência Física	17,91	4,46	19,99	3,58	+2,08
Comportamento	18,85	7,19	18,92	5,34	+0,07

Comparando rapazes e raparigas, verifica-se que as subescalas «competência atlética» nas raparigas e «competência escolar» nos rapazes, na primeira avaliação, situam-se num nível de baixa auto percepção (<15), não se tendo verificado o mesmo na segunda avaliação (Quadro 40).

As subescalas «aceitação social», «aparência física» e «comportamento», tanto nos rapazes como nas raparigas são as que registam mais alta competência percebida. Nos rapazes, a subescala «competência escolar» e nas raparigas «competência atlética» situam-se num nível moderado de competência percebida (aproximadamente, 50%).

Globalmente, os rapazes apresentam um score de 87,25 pontos na primeira aplicação e 90,75 na segunda, enquanto as raparigas 85,27 pontos na primeira aplicação e 89,90 na segunda. Ambos apresentam, em termos médios, elevado autoconceito com um aumento considerável da avaliação após a intervenção relativamente à avaliação antes da intervenção.

Desta forma, percebe-se que ambos, rapazes e raparigas, não obstante a inexistência de diferenças estatisticamente significativas, registam, em termos médios, graus mais altos de competência percebida na segunda aplicação.

Quadro 40 - Comparação quanto à evolução do autoconceito de acordo com o sexo

Autoconceito	Grupo n=92		Avaliação inicial (t0)		Avaliação final (t1)	
	Sexo	N	Média	DP	Média	DP
Competência Escolar	Masculino	51	14,98	3,47	16,12	4,38
	Feminino	41	15,76	3,72	16,78	3,25
Aceitação Social	Masculino	51	18,61	3,17	18,39	3,27
	Feminino	41	18,56	3,49	19,83	2,71
Competência Atlética	Masculino	51	16,45	4,13	16,80	3,45
	Feminino	41	14,76	3,69	15,02	3,78
Aparência Física	Masculino	51	18,18	4,34	20,24	3,37
	Feminino	41	17,59	4,64	19,68	3,86
Comportamento	Masculino	51	19,04	9,43	19,20	6,73
	Feminino	41	18,61	2,49	18,59	2,85
Autoconceito Global	Masculino	51	87,26	12,41	90,75	14,42
	Feminino	41	85,28	13,34	89,90	10,54

Relativamente à autoestima constatou-se um aumento da primeira para a segunda aplicação (+ 1,17), com valores médios de 19,27 na primeira aplicação, para 20,44 na segunda. Para avaliar esta diferença, foi necessário avaliar a distribuição dos resultados através do teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors para os dois momentos, que mostrou uma distribuição não-normal. Recorreu-se então ao teste não paramétrico WilcoxonSignRankTest para duas amostras emparelhadas, que revelou diferenças estatisticamente significativas ($Z= 3,432$, $p< 0,01$) (Quadro 41). A pontuação variou entre o mínimo de 6 pontos e o máximo de 24 na pré-aplicação enquanto na pós-aplicação entre 12 e 24 pontos.

Quadro 41 - Comparação quanto à evolução da autoestima global

Autoestima	Grupo n=92	
	Média	DP
Avaliação inicial (t_0)	19,27	3,49
Avaliação final (t_1)	20,44	3,23
Evolução	$Z= 3,432$ $p< 0,01$	

autoestima

21
20
19
18

t_0 t_1

Entre rapazes e raparigas, no que refere à autoestima, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas tanto na primeira aplicação ($Z= -0,478$; $p=0,635$) como na segunda ($Z= -0,867$; $p=0,389$). Na comparação entre os dois sexos, observa-se, pelo quadro 42, que houve um aumento na dimensão autoestima, em ambos os sexos, da pré para a pós-aplicação, com maior evidência nas raparigas.

De acordo com os resultados constata-se que rapazes e raparigas apresentam média igual de autoestima na primeira aplicação ($M= 19,27$), apresentando as raparigas na segunda aplicação uma média ligeiramente superior ($M= 20,80$; $DP= 3,00$) do que os rapazes ($M= 20,14$; $DP= 3,41$).

Quadro 42 - Comparação quanto à evolução da autoestima de acordo com o sexo

AUTO-ESTIMA	Sexo	N	Média	DP
Avaliação inicial (t0)	Masculino	51	19,27	3,11
	Feminino	41	19,27	3,95
Avaliação final (t1)	Masculino	51	20,14	3,41
	Feminino	41	20,80	3,00

Quanto às subescalas do questionário de autoconceito de Susan Harter **“Qual é para ti a importância destas coisas?”** observa-se, pelo quadro 43, que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as duas aplicações ($p>0,05$).

Especificamente, podemos observar que apenas no domínio «competência atlética» houve um ligeiro aumento dos valores médios da primeira ($X=5,90$; $DP=1,64$) para a segunda aplicação ($X=5,91$; $DP=1,78$) demonstrativo de uma mais alta importância atribuída a este domínio.

Nos restantes domínios predomina o equilíbrio do grupo entre os dois momentos de avaliação.

Sendo que em cada subescala a pontuação varia entre 2 e 8 pontos, indicando a pontuação mais elevada uma alta importância atribuída a esse domínio, verifica-se que, na generalidade das subescalas, a importância atribuída é superior a 70% (a exceção regista-se na importância atribuída à aparência física que é de 67,5%).

Quadro 43 - Média, desvio-padrão, e comparação entre a primeira e a segunda aplicação, relativamente às subescalas do questionário de Susan Harter “Qual é para ti a importância destas coisas?” (N=92)

Qual é para ti a importância destas coisas?	Grupo n=92				Evolução	Diferenças entre aplicações
	Avaliação inicial (t ₀)		Avaliação final (t ₁)			
	Média	DP	Média	DP		
Competência Escolar	7,09	1,04	6,93	1,17	-,15217	Z= -1,346 p= 0,178
Aceitação Social	7,14	1,18	7,10	1,25	-,04348	Z= -,345 p= ,730
Competência Atlético	5,90	1,64	5,91	1,78	,01087	Z= -,269 p= ,788
Aparência Física	5,59	1,49	5,42	1,63	-,17391	Z= -,79 p= ,430
Comportamento	6,87	1,18	6,81	1,34	-,05435	Z= -,247 p= ,805

Para determinar a relação entre a percepção de competência em domínios considerados importantes e a autoestima procedeu-se, tal como indicado pelos autores, ao cálculo da discrepância entre os julgamentos de competência da criança no perfil de auto percepção (Como é que eu sou?) e o seu julgamento da importância de cada um dos cinco domínios (Qual é para ti a importância destas coisas?). O objetivo principal foi determinar como é que a criança se percebe em áreas por si consideradas importantes³⁷.

Para obter os scores de discrepância, primeiro foram calculadas as médias para cada um dos domínios das escalas. Posteriormente subtraímos à média da competência a média da importância atribuída, para as áreas cuja importância atribuída é igual ou superior a 3 (Competência-Importância). Calculamos a média da discrepância, somando todas as pontuações de discrepância e dividindo pelo número de subescalas incluídas.

³⁷ Se a criança se percebe como competente em áreas consideradas importantes, então haverá uma pequena discrepância e a criança deverá obter um valor de auto-estima elevado. Pelo contrário, se a criança sente que alguns domínios são muito importantes, mas se os níveis de competência percebida são baixos nessas áreas, deverá então verificar-se uma discrepância elevada, entre importância e competência, discrepância essa que resultará numa baixa auto-estima (Harter, 1985, 1990, 1993a, 1993b In Alves-Martins, Peixoto, Monteiro, 1995).

Constata-se, pelo Quadro 44, que os alunos se percebem como competentes em áreas consideradas importantes como a «competência escolar», «aceitação social» e «comportamento», apresentando valores baixos de discrepância, revelador de uma autoestima elevada. Verifica-se ainda uma diminuição do valor de discrepância global da primeira (- 0,58) para a segunda aplicação (- 0,37) o que demonstra um aumento da autoestima nos estudantes após a intervenção.

Quadro 44 - Competência percebida, importância atribuída e discrepância - comparação entre a primeira e a segunda aplicação, relativamente às subescalas do questionário de Susan Harter (N=92)

Domínios	Avaliação inicial (t ₀)				Avaliação final (t ₁)			
	Competência	Importância	Discrepância	Discrepância Global	Competência	Importância	Discrepância	Discrepância Global
Competência Escolar	2,56	3,55	- 0,99	- 0,58	2,97	3,47	- 0,50	- 0,37
Aceitação Social	3,10	3,57	- 0,47		3,17	3,55	- 0,38	
Competência Atlética	2,62	2,96			2,67	2,96		
Aparência Física	2,99	2,80			3,33	2,72		
Comportamento	3,14	3,44	- 0,3		3,16	3,41	- 0,25	

➤ Habilidades Sociais

No que respeita às habilidades sociais globais, na perspectiva dos professores, os resultados indicam a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre a primeira e a segunda avaliação (p= 0,123) embora não se tenha verificado evolução no grupo, conforme se pode confirmar no quadro 45.

Especificamente, nas aptidões sociais de cooperação e assertividade, não se verificou evolução, tendo-se constatado no entanto um ligeiro progresso nas aptidões sociais de autocontrolo.

Quadro 45 - Comparação quanto à evolução das aptidões sociais globais (Score global)

Habilidades sociais globais	Grupo n=92	
	Média	DP
Avaliação inicial (t ₀)	44,55	12,38
Avaliação final (t ₁)	42,73	12,28
Evolução	Z=-1,544 P=0,123	

Considerando a distribuição por sexo, podemos verificar, pela análise do quadro 46, que as raparigas apresentam uma média de aptidões sociais significativamente mais elevada do que os rapazes, o que se constata tanto na primeira (raparigas: X= 49,59; DP= 10,11; Rapazes: X= 40,51; DP= 12,64) como na segunda aplicação (raparigas: X= 45,37; DP= 10,79; Rapazes: X= 40,61; DP= 13,08). Observamos no entanto um ligeiro aumento das habilidades sociais dos rapazes, da primeira para a segunda aplicação, ao contrário das raparigas nas quais se observa um decréscimo.

Na primeira aplicação verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas aptidões sociais, através do teste ao teste Mann-Whitney para amostras independentes, na comparação de entre rapazes e raparigas (U=610,5; W=1936,5; p= ,001), as quais não se verificaram na segunda aplicação (U=825,0; W=2151,0; p= 0,83).

Quadro 46 - Comparação quanto à evolução das aptidões sociais de acordo com o sexo

Habilidades sociais globais	Sexo	N	Média	DP
Avaliação inicial (t ₀)	Masculino	51	40,51	12,64
	Feminino	41	49,59	10,11
Avaliação final (t ₁)	Masculino	51	40,61	13,10
	Feminino	41	45,37	10,79

Especificando, na dimensão das aptidões sociais de cooperação (Quadro 47) observam-se diferenças significativas na evolução do grupo ($p=,048$), embora ligeiras.

Quadro 47 - Comparação quanto à evolução das aptidões sociais de cooperação

Cooperação	Grupo n=92	
	Média	DP
Avaliação inicial (t ₀)	15,64	4,42
Avaliação final (t ₁)	14,71	4,95
Evolução	Z= -1,973 p= ,048	

Relativamente às aptidões sociais de assertividade, conforme se pode verificar no quadro 48, os resultados indicam a existência de diferenças com significado estatístico no grupo entre a avaliação inicial e a avaliação final, embora tangencialmente significativa ($p= 0,49$)

Quadro 48 - Comparação quanto à evolução das aptidões sociais de assertividade

Assertividade	Grupo n=92	
	Média	DP
Avaliação inicial (t ₀)	14,36	4,69
Avaliação final (t ₁)	13,44	5,07
Evolução	Z= -1,969 p= ,49	

Analogamente, nas aptidões sociais de autocontrolo (Quadro 49), apesar de se constatar um ligeiro progresso da primeira para a segunda aplicação, os resultados também não indicam diferenças estatisticamente significativas tendo em conta as avaliações, inicial e final ($p=,776$).

Quadro 49 - Comparação quanto à evolução das aptidões sociais de autocontrole

Autocontrole	Grupo n=92	
	Média	DP
Avaliação inicial (t ₀)	14,55	4,75
Avaliação final (t ₁)	14,59	4,39
Evolução	Z= 0,285 p= ,776	

Autocontrole

Autoconceito/conhecimentos/habilidades Sociais

Foram calculados os scores de autoconceito da seguinte forma. Para cada subescala calculou-se o somatório dos itens da competência percebida e da importância atribuída, multiplicando-se depois os segundos pelos primeiros. Observou-se depois a existência de correlações entre estas variáveis e os conhecimentos não sendo encontrado qualquer correlação estatisticamente significativa. A subescala que avalia a autoestima também não se mostrou estar correlacionada com os conhecimentos.

Ao contrário das subescalas do autoconceito, as escalas de habilidades sociais, problemas de comportamento e realização acadêmica, quer avaliadas antes da intervenção quer depois, mostraram correlações significativas com os conhecimentos após a intervenção. Para as habilidades sociais e realização acadêmica as correlações foram positivas ($r=0,35$; $p=0,001$ e $r=0,34$; $p=0,001$, respetivamente), enquanto para os problemas de comportamento foram negativas, como seria de esperar ($r=-0,28$; $p=0,008$) (Quadro 50).

Quadro 50 - Correlação entre conhecimentos /habilidades Sociais/realização acadêmica/problemas de comportamento

Domínios			Conhecimentos			
			Avaliação inicial (t ₀)		Avaliação final (t ₁)	
			r	p	r	p
Habilidades Sociais	Avaliação inicial (t ₀)	0,15	0,15	0,45	>0,001	
	Avaliação final (t ₁)	0,21	0,49	0,35	0,001	
Realização Acadêmica	Avaliação inicial (t ₀)	0,16	0,16	0,23	0,48	
	Avaliação final (t ₁)	0,24	0,19	0,34	0,001	
Problemas de Comportamento	Avaliação inicial (t ₀)	-0,06	0,56	-0,3	0,004	
	Avaliação final (t ₁)	-0,16	0,13	-0,28	0,008	

** Correlação é significativa ao nível de 0.01

A subescala da autoestima, avaliada após a intervenção, mostrou correlações positivas com as habilidades sociais antes (r=0,28; p=0,006) e após a intervenção (r=0,36; p=0,000). Esta subescala apresentou ainda correlações positivas com a escala de autoconceito, tanto antes da intervenção como após a mesma (Quadro 51).

Quadro 51 - Correlação entre autoestima/conhecimentos/habilidades sociais/autoconceito

Domínios			Autoestima			
			Avaliação inicial (t ₀)		Avaliação final (t ₁)	
			r	p	r	p
Conhecimentos	Avaliação inicial (t ₀)	-,172	,101	-,028	,791	
	Avaliação final (t ₁)	,102	,333	,111	,293	
Habilidades Sociais	Avaliação inicial (t ₀)	,165	,117	,285**	,006	
	Avaliação final (t ₁)	,160	,129	,365**	,000	
Autoconceito	Avaliação inicial (t ₀)	,645**	,000	,444**	,000	
	Avaliação final (t ₁)	,315**	,002	,654**	,000	

** Correlação é significativa ao nível de 0.01

Em síntese, relativamente às diferenças na evolução do grupo, destacam-se os seguintes resultados:

- ✓ O grupo evidenciou um aumento significativo dos conhecimentos acerca da sexualidade após a intervenção;
- ✓ O grupo apresentou aumento do autoconceito da primeira para a segunda aplicação, tendo-se verificado um nível de alta competência percebida em todas as dimensões, com especial relevância para o «Comportamento», a «Aceitação Social» e a «Aparência Física». Nas raparigas observou-se um aumento global de 4,63 pontos, significativamente superior ao dos rapazes (3,5 pontos).
- ✓ O grupo, relativamente à autoestima, apresentou um aumento da primeira para a segunda aplicação, com diferenças estatisticamente significativas.
- ✓ O grupo, nas aptidões sociais de autocontrolo, apresentou um ligeiro progresso da primeira para a segunda aplicação.
- ✓ O grupo, no que se refere às aptidões sociais globais, na perspetiva dos professores, não mostrou uma evolução positiva.

Estes resultados sugerem que o programa de intervenção S&S poderá ter um efeito positivo nos conhecimentos, no autoconceito, na autoestima e nas aptidões sociais de autocontrolo. No entanto, globalmente, não se observam efeitos ao nível das aptidões sociais.

FASE IV – AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA MUDANÇA

Os critérios de avaliação foram sendo mencionados ao longo da abordagem de cada uma das fases do programa, enunciando as questões centrais que em cada etapa a avaliação coloca ao processo de planeamento e execução do programa, seguindo a proposta de Capucha (2008).

Decorrida a etapa de construção e implementação do programa de educação sexual, importa agora analisar o impacto deste na comunidade educativa (CE).

Este ponto reporta-se à análise do impacto da mudança gerada pelo percurso de investigação desenvolvido, através da opinião dos elementos da direção da escola, das enfermeiras e dos professores.

Para o efeito foi realizada entrevista à direção da escola e aplicação de questionário às enfermeiras e aos professores.

Iniciamos assim este ponto com a apresentação dos instrumentos de avaliação utilizados e os procedimentos realizados.

Posteriormente apresenta-se em síntese a perspetiva dos entrevistados, seguida de excertos dos seus discursos. Os pareceres organizam-se em dois pontos, sendo o primeiro relativo à apreciação da direção da escola e o segundo dos professores e das enfermeiras. Inicia-se, com a avaliação na perspetiva da direção da escola, nomeadamente no que refere à relevância do projeto na organização escolar, evidências de mudança na comunidade escolar e barreiras e dificuldades enfrentados durante a implementação da ES na escola. Segue-se a avaliação na perspetiva dos professores e das enfermeiras, através de uma análise swot na qual são identificados os pontos fortes e pontos fracos do projeto, as ameaças e as oportunidades.

Para finalizar, apresenta-se a avaliação face à evidência. Apresentam-se os resultados e a discussão dos mesmos à luz do enquadramento concetual e das questões nucleares que nortearam a investigação

1. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Entrevista Individual aos Elementos da Direção da Escola

A técnica de recolha de dados selecionada para obter a opinião dos elementos da direção da escola acerca do projeto foi a entrevista. Considerando Bogdan e Biklen (1994: 134), é o método que satisfaz a necessidade do investigador, porque permite recolher “dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo”.

Efetuiu-se uma entrevista individual, semiestruturada, ao diretor e vice diretora.

O guião da entrevista (Anexo 26) foi concebido a partir dos objetivos do estudo, tendo as questões seguido uma sequência lógica de desenvolvimento do projeto: avaliação do processo, avaliação dos efeitos e ainda visões (perspetivas de desenvolvimento futuro), possibilitando a informação que pretendíamos para o estudo.

Questionário de Pontos Fortes e Fracos do Projeto

Para avaliar o projeto e as potenciais interferências que nele podem surgir, foi elaborado um questionário que foi aplicado aos professores e às enfermeiras que participaram na sua operacionalização (Anexo 27).

As questões definidas foram de natureza aberta que, como referem Bogdan e Bicklen (1994: 209), capazes de “revelar maior preocupação pelo processo e significado, e não pelas suas causas e efeitos”. A questão de resposta aberta permite ainda ao “entrevistado” expressar a sua opinião de forma aberta e estruturada e facultar sugestões/mudanças de práticas.

O questionário, constitui-se num questionário de pontos fortes e fracos do projeto, cujo objetivo foi identificar os aspetos mais relevantes deste e designá-los como ponto forte ou fraco, interno ou externo ao mesmo.

A partir dos dados do questionário foi elaborada a matriz SWOT e procedeu-se à sua análise.

Optou-se pela utilização da análise SWOT, de forma a obter informação precisa, concreta e sistematizada. Esta ferramenta de análise de estratégia é habitualmente utilizada durante a validação de projetos. Identifica os pontos fortes e fracos de um

projeto/programa e com ele identifica também todos os fatores externos que o podem influenciar de forma positiva ou negativa. “A análise SWOT pertence ao grupo de ferramentas que estuda a relevância e a possível coerência de programas específicos ou de estratégias completas” (EuropAid, 2005). O termo SWOT é uma sigla que trata das forças (strengths), fraquezas (weaknesses), oportunidades (opportunities) e ameaças (threats).

Numa análise Swot as forças e fraquezas compreendem o ambiente interno da organização, aquele sobre o qual é possível exercer controlo. O exame destes dois pontos envolve as seguintes questões:

- Como tirar proveito dos pontos fortes?
- Como minimizar os pontos fracos?

Já as oportunidades e as ameaças fazem parte do ambiente externo à organização e não é possível exercer nenhum controle sobre elas. O exame das oportunidades e das ameaças envolve as seguintes questões:

- Quais as oportunidades que o projeto apresenta? E como tirar a melhor vantagem delas?
- Que riscos e obstáculos se opõem ao projeto? E como é possível conduzir cada ameaça identificada?

2. PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO

Como forma de avaliar globalmente o projeto, após a sua implementação, em Julho de 2012, foram realizadas entrevistas aos elementos da direção da escola e aplicado um questionário às enfermeiras e diretores de turma que participaram no projeto.

O planeamento da entrevista aos elementos da direção da escola contemplou o pedido de autorização formal, considerando os princípios éticos inerentes aos processos de avaliação de projetos/investigação. Foi igualmente enunciada a finalidade da entrevista, assegurada a confidencialidade dos dados obtidos e garantido um local, tanto quanto possível, isento de estímulos perturbadores da comunicação eficaz. Deste modo, como exigências da técnica de entrevista, destacou-se a necessidade de preparação da mesma, incluindo o conhecimento prévio do entrevistado, marcação de data, hora e local. As entrevistas decorreram no dia 2 de Julho de 2012. No cumprimento da ética investigativa foi ainda pedida a autorização da gravação áudio e garantida a confidencialidade.

As entrevistas foram realizadas pela investigadora considerando-se uma vantagem, na medida em que possibilita reformular questões não compreendidas pelos informantes, contudo, não foram colocadas dúvidas quanto ao teor das mesmas.

Os professores e enfermeiros, intervenientes do projeto, responderam individualmente ao questionário de pontos fortes e fracos.

Os dados provenientes das entrevistas foram tratados na aplicação NVivo^{®8} recorrendo-se à técnica de análise de conteúdo. Os dados foram organizados, codificados e categorizados, a fim de proceder à sua análise.

Após a transcrição exata do que foi transmitido pelos informadores nas entrevistas, importaram-se os ficheiros para a aplicação NVivo^{®8}. Procedeu-se à codificação dos textos categorizando os dados em categorias e subcategorias. Pretendeu-se alcançar dois objetivos: seleccionar os excertos mais representativos do texto original e, de seguida, reduzir o texto categorizando-o.

A aplicação NVivo^{®8} permitiu fazer a análise qualitativa de dados permitindo organizar, classificar, analisar e questionar a informação, com o objetivo de responder às questões da investigação.

Os resultados do questionário de pontos fortes e fracos do projeto foram convertidos numa matriz SWOT. Após estabelecer os componentes da Matriz SWOT, cruzaram-se as oportunidades com as forças e as fragilidades com as ameaças, procurando estabelecer estratégias que minimizem e monitorem os aspetos negativos e maximizem as potencialidades.

3. DISCURSOS DA DIREÇÃO DA ESCOLA, DOS PROFESSORES E DAS ENFERMEIRAS SOBRE A MUDANÇA NA ORGANIZAÇÃO E NA CE

A Perspetiva da Direção da Escola

Após a implementação do programa de ES, foi nossa preocupação proceder à avaliação do mesmo na ótica da direção da escola. Optámos, como já referimos anteriormente, pela realização de entrevistas individuais. A análise que efetuámos centra-se nas categorias apresentadas no diagrama 7 (Anexos 28) e que, de seguida, iremos descrever e analisar.

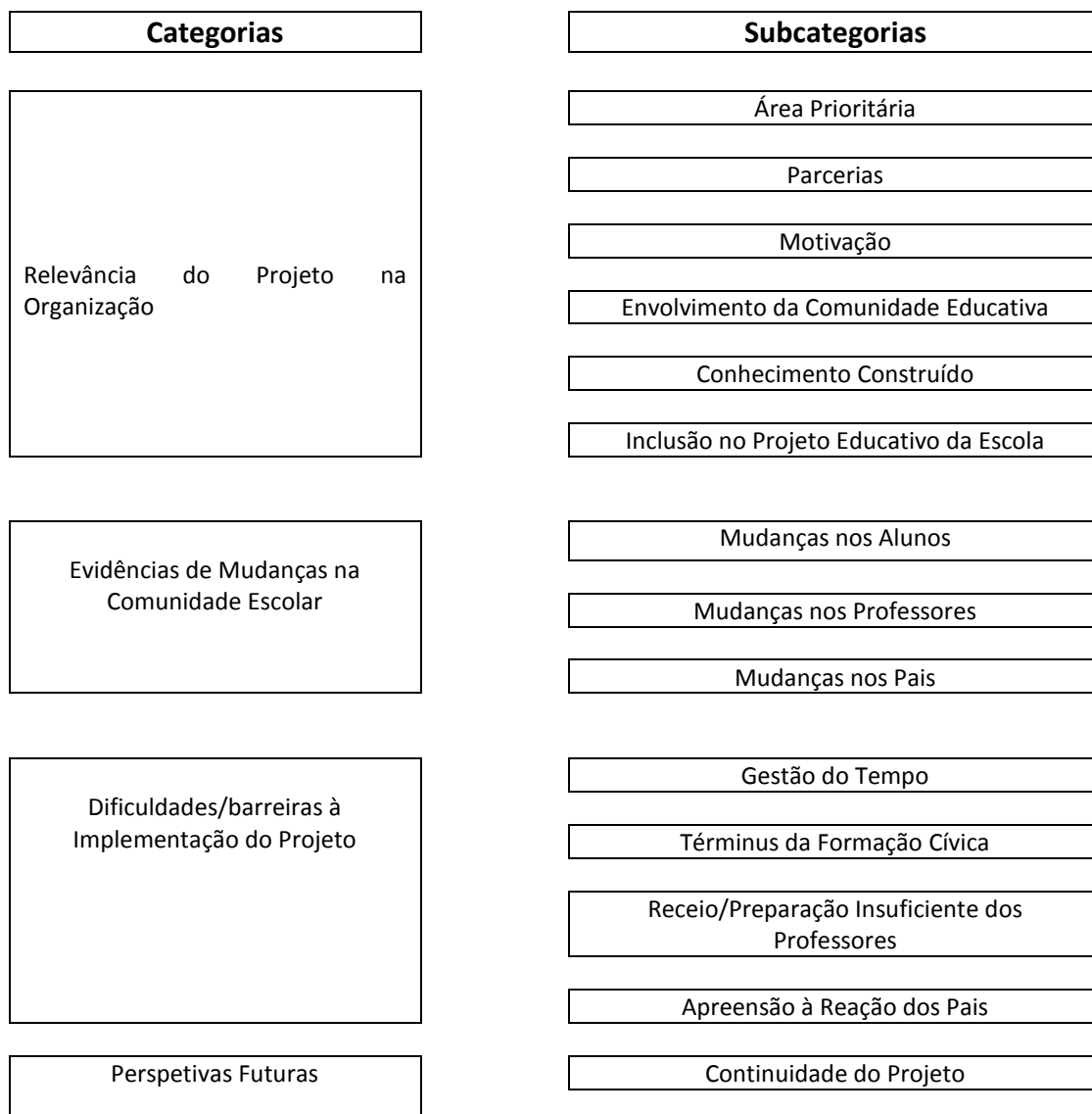


Diagrama 7- Plano organizador das categorias e subcategorias emergentes nos discursos da direção da escola

➤ **Relevância do Projeto na Organização**

Ao nível da relevância do projeto para a organização foram identificadas sete subcategorias, nomeadamente: área prioritária, parcerias, motivação, organização das atividades, envolvimento da comunidade educativa, conhecimento construído e inclusão no projeto educativo da escola.

A gestão e organização de uma escola são o resultado do tipo de normas e regulamentações criadas no seu interior. As lógicas de ação e decisão influenciam diretamente os projetos nela desenvolvidos. Em simultâneo, estes funcionam, muitas vezes, num processo de feedback provocando mudanças na própria organização.

a) Área prioritária

O projeto de educação sexual foi referido como um projeto prioritário. De acordo com os entrevistados, apesar de alguns professores desenvolverem, embora pontualmente, algumas atividades de ES, houve um reconhecimento da importância da temática.

“Quando surgiu a possibilidade do projeto, nada melhor do que aproveitar para essa área porque era uma área prioritária para nós... numa área que nós identificamos como prioritária...” (E1)

“...há professores que sempre nos fizeram sentir a necessidade de algumas abordagens em termos de educação sexual em contexto escolar e que faziam isso e que sentiam essa necessidade e havia professores inclusive que já o faziam com as limitações e com os conhecimentos que tinham até à data...” (E1)

a) Parcerias

Permitiu a operacionalização de parcerias extremamente importantes para a escola, nomeadamente com o Centro de Saúde e a Universidade, e um grande comprometimento de toda a comunidade escolar. É visível que a escola não pode estar sozinha neste esforço, precisando de apoio técnico e humano de outras instituições, empreendendo um caminho positivo no sentido de uma melhor educação:

“Eu acho que efetivamente era assim que as coisas deviam ser feitas na escola, com todas as áreas de intervenção, era o meio académico a abordar a escola, o próprio ministério abordar a escola e tentar que a intervenção nos vários projetos e nos vários

sectores de atividade da escola fossem efetivamente sentidos pela escola...fazíamos reuniões em conjunto...tentamos tirar o maior partido possível da parceria...” (E1)

É inquestionável a importância e o significado que as parcerias têm para o desenvolvimento de projetos concretos nas escolas, especialmente em projetos de promoção da saúde. A interdisciplinaridade, ancorada na participação de técnicos de várias áreas, entre os quais técnicos de saúde, assumem um papel essencial no centro da ação para a promoção da saúde e nos processos de tomada de decisão.

Neste projeto, as enfermeiras tiveram um papel fundamental, agindo como facilitadores na interação com o grupo do projeto e no trabalho centrado no aluno. Pelo reconhecimento e credibilidade que lhes é conferido como técnicos de saúde, foram essenciais à comunicação proporcionando, na comunidade educativa, um diálogo aberto sobre sexualidade e educação sexual:

“...há a questão de efetivamente da motivação das pessoas, quer da parte da escola quer da parte dos outros técnicos que estão envolvidos, enfermeiras, o fato das pessoas viverem o projeto com alguma intensidade e mostrarem muita motivação e muita abertura para falar sobre as coisas...” (E1)

De salientar ainda o papel das enfermeiras na relação de proximidade estabelecida com os alunos, proporcionando uma maior abertura, à-vontade e capacidade de questionamento destes. Vistos como pessoas externas à escola, detentores de conhecimentos técnicos, suficientemente distintos do professor com quem o aluno passa o dia-a-dia mas suficientemente próximos dos alunos de forma a permitir um questionamento sem receios:

“...os alunos têm mais à vontade para perguntar, nomeadamente aos técnicos de saúde que estavam envolvidos, que eram de alguma forma externas à escola mas envolvidas no projeto, pessoas com uma atitude fresca... com uma atitude mais jovem, uma atitude mais próxima dos alunos que não eram propriamente os professores...não propriamente o professor amigo ou o professor confidente...” (E1)

b) Envolvimento da comunidade educativa

Outro fator referido pelos entrevistados foi o envolvimento da comunidade educativa. Este envolvimento surge como resultado de um processo de interação entre os diversos intervenientes e do diálogo claro e aberto entre estes.

“...um projeto muito bem aceite tanto pelos professores como pelos pais.” (E2)

Esta ligação permitiu, na opinião dos entrevistados, a apropriação de ganhos por toda a comunidade educativa

“Haverá sempre um elevado grau de benefícios do projeto que ficarão apropriados pela escola, pela própria comunidade e pela própria escola...” E1

c) Conhecimento construído

O projeto trouxe ainda para a organização o “sentido de pertença” na medida em que se investiga a ação. Não é um projeto externo à organização mas sim concebido e construído dentro desta, utiliza uma estratégia metodológica levada a efeito pelo professor sobre a ação pedagógica desempenhada por si com os alunos:

“...o projeto tem a grande vantagem, é o aspeto mais positivo, quanto a mim, que é ser um projeto de investigação ação e baseado na escola, ou seja, não é alguém que vem de fora, que sentado num sítio qualquer que está a pensar sobre a escola e que não age sobre a escola e que não tem o reflexo dessa ação...é ser negociado na escola, pensado com a escola, falado com a escola, acompanhado com a escola...A grande vantagem de um projeto desta natureza é que se constrói na própria escola...que é sentido pela escola.” (E1)

O trabalho científico dá credibilidade à ação pedagógica dos professores. Na opinião dos entrevistados, a necessidade de uma abordagem científica da educação sexual, surge aqui como uma necessidade dos próprios professores para legitimarem as suas práticas:

“...faziam-no e precisavam de justificar essas suas práticas na base de um enquadramento mais legal, mais de projeto, mais de base científica e surge a hipótese de ser um trabalho de investigação ação que dá alguma cobertura científica e alguma justificação científica à ação dos professores” (E1)

Houve assim a possibilidade de construção do conhecimento e apropriação deste pelos vários intervenientes, o que culminou numa mais-valia para a escola enquanto instituição:

“...a escola...agora ficou com a mais valia do projeto, ficou com mais conhecimento efetivo sobre a questão...” (E1)

De entre as mudanças na escola, a mais evidente prende-se com a organização do programa. Constituindo-se como transversal às várias unidades curriculares, sistemático e com uma abordagem científica, impulsionou a discussão e a reflexão conjunta possibilitando um diálogo aberto entre parceiros. Reconhecem as vantagens da transversalidade do projeto ao todo escolar, credenciando que as temáticas podem ser desenvolvidas nas unidades curriculares disciplinares e não disciplinares permitindo ao professor flexibilidade na gestão do tempo e da matéria, como referem:

“...área que foi discutida transversalmente em todas as disciplinas e entretanto os professores é que adequaram aos seus tempos, às suas matérias...” E2

“...isso foi discutido dentro do projeto, se uma temática devia ser abordada no 5º se uma temática devia ser abordada nesta área, mais cedo no ano letivo, mais tarde no ano letivo...fazíamos reuniões em conjunto...” (E1)

Pronunciam-se assim favoravelmente à transversalidade do projeto como uma das condições para o sucesso do mesmo.

Neste sentido, Precioso (2009, p. 86), diz-nos que a transversalidade exige “o envolvimento de professores de todos (ou quase todos) os grupos disciplinares e uma coordenação entre as diferentes áreas”. Acrescenta, ainda, ao referir-se a Gavídea e Rodes (1996), que:

“Um verdadeiro tratamento transversal da EpS supõe que todas ou grande parte das áreas do conhecimento participam no seu desenvolvimento. Mantém-se a estrutura disciplinar tradicional, mas as áreas incorporam a saúde nos seus objetivos e conteúdos. Isto não significa uma ampliação da matéria mas sim uma mudança metodológica na qual a saúde impregna o ato didático e onde se conjuga o saber escolar com o saber quotidiano necessário para fazer frente aos problemas de saúde na vida diária” (Idem, p. 87).

d) Motivação

Na perspectiva referida anteriormente, tornou-se um estímulo ao trabalho de grupo, fator de motivação, proporcionando o envolvimento da equipa:

“...o facto disto ter sido debatido ao longo dos anos no agrupamento também leva a que os professores se sintam vinculados a uma necessidade do agrupamento e portanto isso também já constitui uma certa motivação...Depois há a questão de efetivamente da motivação das pessoas, quer da parte da escola quer da parte dos outros técnicos que estão envolvidos, enfermeiras...” (E1)

e) Inclusão no projeto educativo da escola

Ainda na perspectiva da direção, o maior impacto verificou-se ao nível do projeto educativo da escola. Este expõe-se como documento fundamental da política interna da organização, cuja finalidade é definir as linhas orientadoras da escola, dentro do quadro das políticas nacionais e mostrar em que medida a escola se propõe assegurar a continuidade dos seus projetos e intervenções e estabelecer novas metas de desenvolvimento. O projeto educativo surge como uma ferramenta que possibilita a definição e a enunciação das estratégias que vão fazer da escola o espaço organizacional onde se decidem os desafios educativos. O projeto de educação sexual, integrando o projeto educativo, representa um dos grandes reptos da escola:

“...quer dizer que já é uma necessidade da comunidade educativa, ou seja, não é possível voltar a fazer um novo projeto educativo sem ter em conta esse fator e portanto realmente era uma questão que a escola sentia como uma necessidade e portanto nada melhor do que aproveitar um projeto desta natureza para dar um valor acrescentado a essa intervenção educativa.” (E1)

➤ **Evidências de mudança na comunidade escolar**

Foram observadas evidências de mudança na comunidade escolar como consequência do desenvolvimento do projeto de ES, especificamente ao nível dos pais, dos professores e dos alunos.

a) Mudanças nos pais

A participação dos pais é fundamental e indiscutível nas diversas fases de um programa de ES em meio escolar. É reconhecido o papel crucial dos pais e da família como uma fonte de informação e apoio na abordagem saudável da sexualidade.

Ao longo do projeto, os pais participaram na formação em ES, estiveram presentes em reuniões na escola sobre o tema e foram envolvidos nos trabalhos de casa dos seus filhos no âmbito do projeto. A mudança nos pais, referida pelos entrevistados, prendeu-se essencialmente com a manifestação clara de aceitação da ES na escola. O receio e medo de que os pais não a aceitassem esbateu-se completamente com o interesse demonstrado por estes e a sua colaboração ao longo de todo o projeto.

A aceitação do projeto pelos pais é percebida como um aspeto muito positivo do mesmo. O consentimento e aceitação por parte destes, por si só, favorece o sentimento de confiança.

“...um projeto muito bem aceite tanto pelos professores como pelos pais.” (E2)

b) Mudanças nos professores

As mudanças mais evidentes nos professores, referidas pelos entrevistados, como consequência da participação no projeto, foram a mudança de atitude face à ES, a motivação, o maior dinamismo e a intencionalidade pedagógica.

Os professores foram envolvidos no projeto desde a sua conceção até à avaliação final, mostrando um interesse crescente desde o início. O grande envolvimento e motivação destes foi extremamente importante para o desenvolvimento do projeto, é que os professores têm um conhecimento muito específico dos alunos, uma formação científica, pedagógica e didática que lhes permite intervenções adequadas e além disso possuem a experiência e a competência, desenvolvidas na prática quotidiana, de adaptar objetivos, estratégias e materiais à realidade concreta dos alunos.

A motivação dos professores surgiu deste envolvimento constante no projeto e ainda, por um lado da necessidade em desenvolverem o tema, e por outro, da falta de uma base científica para as suas práticas ao nível da ES:

“...os professores estariam motivados para tentar encontrar soluções para essas coisas (decrécimo do rendimento escolar das raparigas ao entrarem na puberdade...não estavam preparadas para as mudanças do corpo) e isso foi um fator

de motivação...surge a hipótese de ser um trabalho de investigação ação que dá alguma cobertura científica e alguma justificação científica à ação dos professores. Portanto houve professores que se motivaram até por aí.” (E1)

“...professores que logo por si já estariam mais motivados...” (E1)

A par da motivação, constatou-se um maior dinamismo, vontade de aprender e utilização efetiva das aprendizagens expressando-se numa mudança de atitude face à ES. Como refere Ramiro (2008) a concordância dos professores com a ES e com o programa a desenvolver são condição para a realização da mesma. Se o professor tiver uma atitude favorável à ES, desenvolverá maior motivação para a lecionar e mais facilmente a implementará.

“...levaram a que pensassem efetivamente qual era a melhor altura do ano para tratar algumas questões no âmbito da educação sexual, e isso também é uma mudança de atitude e de comportamento...alguns docentes irão continuar de alguma forma e irão sempre adaptar a sua prática educativa aquilo que aprenderam e aquilo que beneficiaram e aquilo que tiraram como mais valia do projeto”. (E1)

Outro aspeto referido pelos entrevistados respeita à intencionalidade pedagógica demonstrada pelos professores no âmbito da ES. Como refere Negri (2013), agir com intencionalidade pedagógica é organizar a aula de maneira consciente, criativa e capaz de produzir um efeito positivo na aprendizagem do aluno. Incide na postura do professor, que deve manter um diálogo aberto, elucidativo, formativo e proactivo com os alunos, ajustando o seu discurso no esforço de construir no aluno algo maior que a transmissão de conceitos e teorias.

Os professores socorreram-se de estratégias de ensino-aprendizagem que envolveram o aluno, adaptaram-se ao conteúdo e usaram os meios de ensino mais favoráveis para esse conteúdo:

“...é uma planificação...coisa que até antes não havia, era muito por intuição, não havia discussão se vamos fazer isto agora ou depois, e isso é uma mudança que o projeto trouxe, na intencionalidade pedagógica da abordagem que é dada em determinada altura do ano letivo e em determinada altura do percurso escolar dos alunos...” (E1)

c) Mudanças nos alunos

A grande mudança, tal como era esperada, verificou-se nos alunos, especificamente ao nível do envolvimento no projeto, das aprendizagens feitas, do à-vontade para colocar questões e na mudança de atitude.

Relativamente ao interesse e participação dos alunos, os entrevistados, salientam o envolvimento manifestado por estes no projeto, realçando que a maior atenção dos alunos se direciona para temas do seu interesse. Os alunos envolveram-se de uma forma efetiva no projeto manifestando, no decurso do mesmo, grande à-vontade para colocar questões. Na opinião da direção da escola este envolvimento manifesta efetivamente uma mudança de atitude dos alunos, sendo claramente um indicador de sucesso do projeto, tal como podemos verificar pelos excertos:

“... sempre nos chegava alguns relatos de que os alunos estavam muito envolvidos nessas atividades e que perguntavam muito, colocavam muitas questões. Isso só por si é um fator já de sucesso e de mudança de alguma atitude ...porque não era normal dizerem-nos a nós, elementos da direção, que os alunos nas aulas...se empenhassem tanto nessas questões e colocassem tantas questões e tentassem procurar saber algumas coisas sobre estas questões...Isso para nós será um indicador de que as coisas melhoraram...” (E1)

“...na participação e no gosto que os miúdos tiveram nestas atividades...” (E2)

A par destas mudanças, o aumento de conhecimentos foi sem dúvida a mudança mais evidente. Referem-na como uma melhor preparação dos estudantes e um conhecimento sedimentado:

“Uma das coisas também que os professores nos disseram, enquanto direção, é que os alunos estariam mais preparados...” (E1)

“...sentirem que sabem mais e sabem bem...sabem as coisas, sabem chamar as coisas pelo nome mesmo e sabem...” (E2)

➤ **Dificuldades/barreiras à Implementação do Projeto**

Das dificuldades/barreiras ao desenvolvimento do projeto emergiram quatro subcategorias, a gestão do tempo, o término da formação cívica, falta de formação dos professores e a apreensão à reação dos pais.

a) Gestão do tempo

A gestão do tempo pelos professores foi uma das dificuldades referidas pela direção da escola, como uma das barreiras iniciais à implementação do projeto

“... as dificuldades normais de qualquer implementação de um projeto, nomeadamente, por exemplo, em termos de gestão de tempo em que as pessoas por vezes dizem que têm alguma dificuldade...” (E1)

b) Término das unidades curriculares não disciplinares

Uma outra dificuldade apontada para o desenvolvimento do projeto foi a reorganização curricular, coincidente com o desenvolvimento do projeto, que veio a acabar com algumas áreas curriculares não disciplinares, nomeadamente a formação cívica. Esta era considerada uma unidade privilegiada para a ES, um espaço de diálogo e reflexão sobre experiências vividas e preocupações sentidas pelos alunos. Contando com um tempo semanal, para sessões de informação e de debate, era sentida como a área de eleição para promover aspetos fraturantes como a ES.

“... o projeto acompanhou aquela fase da reorganização curricular em que terminou algumas áreas e aí sim houve algum queixume dos colegas que deixa de haver algumas áreas que prioritariamente eram afetadas a este tipo de abordagem e estamos a falar da formação cívica e área de projeto...” (E1)

c) Falta de formação dos professores

Referem a subcategoria “falta de formação dos professores”. Os elementos da direção, ao contemplarem as dificuldades acima mencionadas, complementam a sua argumentação com as carências que os professores sentem ao nível da formação o que lhes traria algum receio na abordagem dos temas sobre sexualidade.

O diagnóstico de situação relativamente à formação dos professores em ES já tinha demonstrado uma lacuna ao nível da formação dos professores nesta área, não lhes possibilitando as ferramentas necessárias, seja a nível teórico, seja a nível prático, para a abordagem da educação sexual na escola:

“...algum receio. Porque acho que os professores, acho não, tenho a certeza, sentem-se muito pouco à vontade em abordar a temática, temáticas sobre a sexualidade

e sobre as diferenças e sobre essas coisas todas porque não se sentem preparados”
(E2)

d) Apreensão à reação dos pais

Uma das preocupações principais, referida como obstáculo à implementação da ES na escola, foi a percepção de que os pais ofereceriam resistência à sua implementação. A escola, em geral, e os professores, em particular, temem a reação desfavorável dos pais quando esta temática é abordada:

“...era como se toda a gente aceitasse que era difícil à escola implementar qualquer projeto de natureza de educação sexual porque os pais iriam oferecer resistência” (E1)

Embora alguns professores já tivessem tido experiências negativas a este nível, não existem dados que evidenciem a oposição dos pais à ES na escola:

“...havia professores que nós sabíamos que quando tentavam abordar alguma questão sobre educação sexual não obtinham tanta resistência e havia professores que se queixavam de alguma resistência” E1

“...em termos intuitivos, sempre achámos que quando abordaríamos certas questões nós obteríamos alguma reação, pelo menos alguma reserva dos pais, era mais reserva que nós achávamos que iria acontecer, mas não tínhamos a ideia clara que isso fosse assim.” (E1)

A Perspetiva dos Professores e das Enfermeiras

Para a avaliação do projeto, na perspetiva das enfermeiras e dos professores, optou-se pela aplicação de um questionário com questões abertas. Posteriormente, procedeu-se à análise das respostas recorrendo a uma grelha de análise SWOT (Quadro 52). A grelha serviu como estrutura à análise interna do projeto e interpretação dos dados (forças e fraquezas). A matriz, em termos de análise e interpretação de dados, é passível de traçar indicadores de avaliação e definir estratégias para projetos futuros

Esta forma de análise é perfilhada por Boutinet (1996), ao dizer-nos que haverá interesse em dissociar o diagnóstico interno do externo: no primeiro, pretende-se que o(s) autor(es) se interroguem sobre tudo aquilo que constitui as forças e fraquezas ao

projeto e, no segundo, a atenção dos atores deve estar voltada para aquilo que o ambiente contém de oportunidades e ameaças, reconhecendo-se como fundamental a identificação das oportunidades existentes. Capucha (2008) refere ainda que a construção de tabelas SWOT é uma das técnicas mais comuns para organizar o debate e as respetivas conclusões, de forma a chegar a consensos.

Pela sua pertinência, construiu-se uma matriz no final do estudo a partir dos resultados obtidos pelo processo avaliativo dos professores e das enfermeiras envolvidos no projeto.

Da análise interna – pontos fortes do projeto – emergiram dezoito forças relevantes para o estudo: a estruturação e organização do projeto; as atividades bem definidas e adaptadas às necessidades dos alunos; as atividades dinâmicas e a flexibilidade no decurso do projeto; as vantagens da transversalidade; a promoção de uma relação de confiança com os alunos; o espírito de colaboração entre os vários intervenientes; o grande envolvimento, interesse e motivação de todos os intervenientes no projeto; a equipa dinâmica e interessada na continuidade do projeto; a parceria estabelecida com a Escola de Enfermagem e o Centro de Saúde (CS); o bom nível de formação dos técnicos envolvidos; a promoção da saúde dos jovens através das sessões desenvolvidas; o grande envolvimento e motivação dos alunos; o interesse, maior capacidade de questionamento e aquisição de conhecimentos pelos alunos; a oferta formativa para docentes, auxiliares de ação educativa e pais; a importância do DT no projeto; a aceitação do projeto pelos pais e o envolvimento dos pais/encarregados de educação.

Os aspetos mais focados como forças do projeto foram os benefícios da transversalidade, a relação estabelecida entre os vários intervenientes da equipa, o grande envolvimento e motivação dos intervenientes no projeto, a formação dos técnicos envolvidos, a oferta formativa e ainda o interesse dos alunos pelos temas tratados. Porém, todas as outras forças do projeto foram percebidas como igualmente relevantes.

A maioria dos professores reconhece, que a relação estabelecida entre os vários intervenientes da equipa do projeto é uma força significativa e com grande impacto em projetos deste âmbito. Destacam ainda a formação das enfermeiras e da professora da

ESE pela sua formação neste âmbito, através da abordagem pedagógica utilizada e experiência profissional favorável ao envolvimento dos adolescentes.

O mesmo aspeto havia sido referido pela direção da escola, a qual considerou a presença de profissionais externos à escola como uma “lufada de ar fresco”, detentores de conhecimentos científicos, com uma “atitude fresca”, uma atitude de proximidade dos jovens, capazes de conquistar a atenção dos estudantes.

As enfermeiras valorizam, como ponto forte do projeto, a organização e estruturação das sessões como uma ferramenta de promoção da saúde dos jovens.

Ambos reconhecem o interesse, motivação e envolvimento efetivo da equipa no desenvolvimento do projeto. Consta-se um envolvimento afetivo e ligação entre o grupo, fruto da estabilidade da equipa, conseguido à custa, essencialmente dos DT, enfermeiras e responsável pelo projeto que se mantiveram no mesmo durante todo o seu decurso. É assim reconhecida a dedicação dos elementos da equipa do projeto aos quais é atribuída uma enorme motivação e empenho na continuidade do mesmo, identificando-os assim como uma força.

Todos identificam benefícios na transversalidade do projeto, não só pela “possibilidade de envolvimento e participação ativa dos vários professores durante todo o processo”, como refere um dos questionados, como também pela “maior articulação entre docentes”, a possibilidade de “percorrer as várias unidades curriculares” e “as perspetivas diferentes com que as várias disciplinas podem contribuir para a construção do projeto”, referido por outros.

Relativamente ao interesse e participação dos adolescentes pelos temas tratados, três professores e uma enfermeira referiram-no como um ponto forte. Salienta-se a motivação e o envolvimento manifestados por estes, a participação nos debates e a capacidade de questionamento, facto que foi igualmente evidenciado na opinião da direção da escola, realçando que a maior atenção dos adolescentes se direcionou para temas do seu interesse.

Igualmente foi consensual a importância da formação proporcionada aos agentes educativos (docentes, técnicos operacionais de ação educativa e pais), tal como referiram, proporcionou um suporte teórico contribuindo para quebrar receios e proporcionando um maior à-vontade para o desenvolvimento destas temáticas com os alunos. A formação, surgindo de uma necessidade claramente identificada, constituiu-se

ainda num dos pilares basilares para o projeto, na medida em que proporcionou a reflexão e discussão sobre os temas e aspetos essenciais à operacionalização do mesmo, permitindo enfrentar um novo desafio e percorrer novos espaços para educar.

Entre outros aspetos referidos como pontos fortes, contam-se as atividades bem definidas e adaptadas às necessidades dos alunos, assim como a dinâmica imposta às atividades e a flexibilidade no decurso do projeto. Para este aspeto muito contribuiu o diagnóstico inicial e a identificação sistemática das necessidades e interesses dos estudantes assim como o espírito de colaboração entre os vários intervenientes. Este último também referido como uma força, sendo muitas vezes fator de motivação, discussão e tomada de decisão consensualizada.

As atividades dinâmicas possibilitam a abordagem dos temas de uma forma apelativa, contribuindo para aprendizagens significativas, identificando-se coerência no conteúdo do discurso dos professores/enfermeiros e a avaliação feita pela direção da escola.

A promoção de uma relação de confiança com os alunos, o grande envolvimento e motivação destes, assim como a aquisição de conhecimentos, também referidos como forças do projeto demonstra o culminar de um trabalho intenso e dinâmico no contexto de atividades de ensino-aprendizagem especificamente estruturadas e dirigidas ao aluno.

De referir também a valorização da parceria estabelecida com o Centro de Saúde e a Escola de Enfermagem. Como refere Carvalho (2008) a qualidade das interações estabelecidas entre os profissionais de ambos os sectores, o da educação e o da saúde, parece ser fundamental para uma efetiva e consequente parceria.

Ainda a importância do diretor de turma no projeto foi referida por um respondente. De facto o DT teve uma importância fulcral em todo o processo, não só como dinamizador, interlocutor mas também como mediador entre a equipa do projeto, os restantes professores e os pais, agindo como gestor de relacionamentos entre todos os atores educativos em articulação com a família. Tendo assumido um papel de liderança, especificamente na turma, o seu envolvimento foi determinante no sucesso do projeto.

Por fim, ainda na opinião de um professor, a aceitação do projeto pelos pais/ encarregados de educação, tal como o seu envolvimento neste, são percecionados como uma força do mesmo. Esta opinião é coincidente com a da direção da escola que se referiu ao projeto como muito bem aceite por pais/encarregados de educação. Apesar

dos pais não terem tido uma participação muito ativa houve um envolvimento efetivo destes, tanto na participação na formação inicial como na colaboração com os seus filhos na realização de trabalhos no âmbito do programa de ES.

Quanto às fraquezas identificadas, distinguem-se como uma dimensão importante na avaliação se pensarmos no seu contributo relativamente às perspetivas futuras de continuidade do projeto. A análise permitiu-nos reconhecer que a maioria das fraquezas relaciona-se com a falta de financiamento. Foram assim referidas: os recursos financeiros limitados, a falta de recursos materiais e a falta de um psicólogo afeto ao projeto.

A falta de financiamento do projeto foi referida pela maioria dos respondentes como uma das fraquezas do mesmo. De facto, um projeto deste âmbito requer custos, nomeadamente para a aquisição de materiais pedagógicos, outro dos pontos fracos apontados. Não havendo financiamento, foram, no entanto, aproveitados os recursos existentes e mobilizados no sentido da consecução do projeto, muito à custa da criatividade e boa vontade dos intervenientes.

As enfermeiras referiram ainda a falta de um psicólogo como um ponto fraco.

Na análise das dinâmicas externas foram identificadas as oportunidades, aspetos da envolvente que podem ser aproveitados e potenciados, e as ameaças, aspetos da envolvente que podem vir a dificultar a prossecução dos objetivos.

Foram assim evidenciadas como oportunidades: o relacionamento institucional com outros parceiros (CS e Universidade Évora), a possibilidade de envolvimento de novos parceiros, a possibilidade de criação de um gabinete de atendimento ao aluno com a colaboração do CS e de um psicólogo, a oportunidade de divulgar o que se faz e a possibilidade de financiamento do projeto pelo MS e ME.

As ameaças identificadas foram: a mobilidade dos docentes, a mudança anual do professor responsável pela Educação para a saúde, a falta de tempo para preparação dos temas, o término da formação cívica e a escassez de recursos humanos.

A grande mobilidade dos docentes e a mudança anual do professor responsável pela Educação para a saúde no decurso do projeto são consideradas, pela maioria dos questionados, uma ameaça do mesmo, na medida em que intervém com a união do grupo, determinando uma constante readaptação e, conseqüentemente, interferindo com a continuidade do processo e a motivação dos vários atores.

A falta de tempo para a preparação dos temas, o términus da formação cívica e a escassez de recursos humanos são outros aspetos apontados como ameaçadores da continuidade do projeto. A não existência de horas atribuídas ao projeto dificulta a disponibilidade dos professores, nomeadamente para a preparação dos temas, assim como a falta de recursos humanos, nomeadamente enfermeiros, poderá colocar em causa o seu normal desenvolvimento. Salienta-se ainda que a UCC, apenas dispõe de duas enfermeiras o que poderá tornar difícil dar resposta a todas as solicitações.

Também o fim da disciplina de formação cívica poderá, na opinião dos professores, fragilizar o projeto. Utilizada, sobretudo, como um espaço de gestão dos conflitos de turma, um espaço para os diretores de turma abordarem os problemas criados ou colocados pelos seus alunos, era também um espaço propício ao desenvolvimento de ações de ES, permitindo uma melhor gestão do tempo e do espaço para estas sessões. Também aqui existe coerência entre os discursos da direção da escola e os professores e enfermeiras, na medida em que os primeiros também consideraram a formação cívica como um espaço fundamental para dar resposta ao projeto.

Quadro 52 - Matriz de Análise SWOT – avaliação do projeto

	Forças (aspetos positivos no contexto, objetivos e resultados alcançados)	Fraquezas (aspetos negativos, objetivos não atingidos, bloqueios e dinâmicas de resistência à mudança)
Dinâmicas internas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estruturação e organização do projeto ✓ Promove relação de confiança com os alunos ✓ Atividades bem definidas e adaptadas às necessidades dos alunos ✓ Atividades dinâmicas e flexibilidade no decurso do projeto ✓ Transversalidade do projeto ✓ Espírito de colaboração e relação estabelecida entre os vários intervenientes ✓ Grande envolvimento e interesse de todos os intervenientes no projeto ✓ Motivação dos professores e dos técnicos de saúde envolvidos ✓ Promoção da saúde dos jovens através das sessões desenvolvidas ✓ Parceria estabelecida com a Escola de Enfermagem e o CS ✓ Bom nível de formação dos intervenientes ✓ Grande envolvimento e motivação dos alunos ✓ Grande interesse dos alunos pelos temas e maior capacidade de questionamento ✓ Aquisição de conhecimentos pelos alunos ✓ Oferta formativa para os agentes educativos ✓ Importância do DT no projeto ✓ Aceitação do projeto pelos pais ✓ Envolvimento dos pais 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recursos financeiros limitados ✓ Falta de recursos materiais ✓ Falta de psicólogo no projeto
	Oportunidades (aspetos da envolvente que podem ser aproveitados e potenciados)	Ameaças (aspetos da envolvente que podem vir a dificultar a prossecução dos objetivos)
Dinâmicas externas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Relacionamento institucional com outros parceiros (CS e Universidade Évora) ✓ Possibilidade de envolvimento de outros parceiros ✓ Possibilidade de criação de um gabinete de atendimento ao aluno, com a colaboração do CS e de um psicólogo ✓ Oportunidade de divulgar o que fazemos ✓ Possibilidade de financiamento do projeto pelo MS e ME 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Grande mobilidade dos professores ✓ Mudança anual do professor responsável pela Educação para a saúde ✓ Falta de tempo para preparação dos temas ✓ Falta de tempo para o projeto ✓ Fim da formação cívica ✓ Escassez de recursos humanos

4. AVALIAÇÃO FACE À EVIDÊNCIA

Neste ponto procedeu-se à análise da informação proporcionada pelos participantes nas várias fases do estudo, tendo-se tecido alguns comentários aos resultados obtidos sempre que tal se justificou e considerou oportuno. Consagra uma discussão mais detalhada, dando especial relevo aos resultados mais importantes, comparando-os com os objetivos e questões de investigação, com o quadro concetual que deu suporte ao estudo e ainda com os resultados de outros estudos publicados sobre a problemática.

Desenvolver um projeto de ES, com todas as condicionantes económicas, sociais e profissionais que atualmente se impõem, é por si só uma “aventura”. Não é no entanto impeditivo de avançar, de enfrentar as adversidades, principalmente quando os ganhos em saúde, a médio-longo prazo, se anteveem francamente positivos.

Tendo como pano de fundo a visão da ES como um processo contínuo e permanente de socialização que deve dotar os jovens dos conhecimentos, atitudes e competências necessárias para fazerem escolhas responsáveis e garantir a possibilidade destes viverem a sua sexualidade de uma forma feliz (IPFF, 2007), partiu-se para o diagnóstico de situação que deu início ao presente estudo, passando pelo envolvimento ativo dos diversos atores do processo educativo, pela construção, implementação e avaliação do programa de educação sexual “Ser & Saber”.

No desenvolvimento deste processo, nunca se perdeu de vista um dos objetivos da avaliação, nomeadamente a “construção de mecanismos de autocorreção do projeto a partir daquilo que os agentes envolvidos aprendem sobre o que está a acontecer” (Capucha, 2008: 45), nem a perspetiva da Saúde Escolar como facilitadora do acesso à boa informação de saúde, a cuidados de saúde e a ambientes promotores de uma vida mais saudável (PNSE, 2014).

Considerando os resultados apresentados no decurso deste documento, há indicadores de que a intervenção realizada foi eficaz, uma vez que além das diferenças significativas entre o pré e o pós-teste, em algumas das dimensões quantitativas analisadas, os aspetos mencionados na avaliação qualitativa também são indicadores dessa eficácia.

Perceção dos alunos quanto à importância da ES em contexto escolar e formas de implementação (diagnóstico de situação)

O diagnóstico de situação, como ponto de partida do projeto permitiu o conhecimento da realidade e a reflexão sobre os pontos cruciais. Constatou-se assim, que os estudantes se consideravam, maioritariamente, informados ou muito informados sobre aspetos relacionados com a sexualidade, apenas 17,3% referiram considerar-se pouco informados sobre o tema. Segundo os mesmos, essa informação foi-lhes transmitida pelos pais, amigos e meios de comunicação social. Numa amostra de 81 estudantes, os professores foram referidos apenas por oito alunos e os profissionais de saúde apenas por um aluno. Foram principalmente as raparigas quem mais referiu os pais como fontes de informação sobre sexualidade (41,2%). Dos 30 rapazes, apenas 8 (26,2%) mencionaram falar com os pais sobre estes temas. Fora do círculo familiar as raparigas indicaram os amigos e os professores enquanto os rapazes a internet e a televisão.

Apesar dos sentimentos de ambivalência próprios dos adolescentes, os adultos, particularmente os pais, pela sua proximidade e disponibilidade em momentos difíceis, continuam a funcionar como um recurso imprescindível. Na opinião de alguns adolescentes, quando os pais têm uma relação próxima com os filhos e conseguem estabelecer uma comunicação positiva são mais importantes que os amigos, o que é espelhado pelo discurso de um adolescente no trabalho de Dias, Matos & Gonçalves (2007: 630) “Se calhar vocês acham que os amigos são mais importantes que a família porque não falam com os vossos pais. Eu tenho à-vontade para falar com eles e com os amigos, mas gosto mais de falar com os meus pais”. Facto também sancionado por Brás (2008) ao referir que a ES deve ser, sempre que possível, transmitida no seio familiar, devendo o convívio e a vivência familiar ser utilizados para, de uma forma natural, os pais transmitirem a informação sexual adequada a cada situação.

Quanto ao grupo de pares, é inquestionável o seu papel na adolescência, funcionando como confidentes, partilhando os mesmos desejos, as mesmas dúvidas e até revoltas, são assim o porto de abrigo e representam o espaço de diálogo entre iguais permitindo a discussão sobre os mais diversos temas nomeadamente sobre sexualidade.

Efetivamente, no nosso estudo, os jovens manifestaram mais à-vontade em abordar temas sexuais com os amigos (66,7%), os profissionais de saúde (60,5%) e os

pais (46,9%). Os professores foram referidos por 14,8% dos jovens. Os adolescentes preferem falar sobre sexualidade com os amigos, os colegas e os profissionais de saúde mostrando dificuldade em conversar com os professores. Estes resultados encontram concordância no estudo de Afonso & Lucas (2001), segundo os quais os principais intervenientes na educação sexual dos adolescentes, a nível da construção de um sistema de valores, de atitudes e de condutas no âmbito da sexualidade são a família, os amigos, a escola, os profissionais de saúde e os meios de comunicação social.

Como fontes de informação privilegiadas na abordagem destes temas, a maioria (32,1%) referiu que esta deve ser uma ação conjunta de professores, enfermeiros, médicos e família. A abordagem só pela família é preferida por 29,6% dos jovens e só pelos profissionais de saúde por 22,2%. A participação exclusiva dos professores foi delegada para segundo plano sendo referida apenas por 12,3% dos alunos.

A Educação Sexual na escola é muito valorizada pelos estudantes sendo considerada muito importante/ importante por 96,3% dos adolescentes do estudo. A par destes resultados, a revisão da literatura indica que 85 a 90% dos adolescentes valorizam a educação sexual e gostariam de participar em ações relativas a essa temática (Sampaio, 2000).

Quanto às finalidades da Educação Sexual os estudantes, destacaram a aquisição de informação, tirar dúvidas, proteger-se das IST, aprender a relacionar-se com outra pessoa e retardar o início das relações sexuais. A abordagem aos temas da sexualidade deveria ser, na opinião da maioria dos jovens, numa disciplina de educação sexual (72,8%).

Razões para não implementar a ES na escola de forma sistemática e intencional (diagnóstico de situação)

A valorização da ES é espelhada pelas respostas dos diversos intervenientes do processo educativo, nomeadamente, professores, alunos, pais, enfermeiras e assistentes operacionais. Não existe no entanto, entre estes, uniformidade quanto à forma de operacionalização da ES em contexto escolar.

Apesar disso, dos resultados do diagnóstico de situação, constatou-se que cerca de metade dos professores, não se sentia motivado para tratar os temas relacionados com a sexualidade na sala de aula. As dificuldades apontadas foram essencialmente a

necessidade de apoio de técnicos especializados, a falta de diretrizes centrais claras, a falta de conhecimentos científicos necessários e a ausência de materiais didáticos. A perspectiva da direção da escola vai de encontro ao referido pelos professores, ao ser questionada acerca das dificuldades/barreiras à implementação do projeto, assinalou a dificuldade de gestão do tempo, o término da formação cívica, falta de formação dos professores e a apreensão à reação dos pais.

Os obstáculos didáticos parecem perpetuar-se no tempo, já em 1996, Haignere e colegas, constataram que os professores que participaram no seu estudo referiram a falta de materiais como o maior obstáculo à abordagem da educação para a sexualidade, seguindo-se a falta de tempo.

Também Anastácio (2007) no seu estudo ao tentar perceber quais os argumentos dos professores do 1º Ciclo do Ensino Básico para abordarem ou para não abordarem a ES na escola, verificou que os argumentos apresentados a favor da abordagem foram pelo exemplo positivo, pela consequência positiva, pela causa, pela autoridade concedida pela legislação e pela natureza das coisas, tendendo para uma coerência científica. Pelo contrário, os argumentos para a não abordagem e contra a ES foram, principalmente, argumentos sobre a pessoa (colocando em causa a competência dos professores), de autoridade para as famílias em detrimento dos professores e pelo exemplo, mas negativo, aconselhando os futuros professores através de uma argumentação retórica. Ainda de acordo com a mesma autora, as posições intermédias, ditas de evitação, expuseram argumentos justificativos da não abordagem, caracterizados essencialmente por argumentação moral, pela analogia e pela ignorância, assentando numa lógica não formal. Segundo Anastácio (2007), nestas posições evidencia-se um sentimento de insegurança como argumentação de causalidade da não abordagem.

Os receios dos professores relativamente à reação dos pais à ES são na maioria das vezes mal fundamentados e utilizados como uma mera “desculpa”. Só com o discurso dos pais, na primeira pessoa, podemos conhecer a sua opinião. De fato, apesar dos medos referidos pela direção da escola, a maioria dos pais (80.2%) é da opinião que deveria existir uma disciplina de ES obrigatória dividindo-se as opiniões quanto ao seu início entre o 2º e o 3º ciclo, coincidindo com o início da adolescência.

Relativamente à formação, constatou-se que 73.1%, dos professores não fizeram formação na área da ES ao longo do seu percurso profissional. Dos restantes (7

professores), a sua formação no campo da sexualidade restringiu-se a sessões na própria escola (3 professores) e frequência de cursos, colóquios/congressos, ações de formação e seminários (4 professores). Este tipo de formação é manifestamente insuficiente principalmente quando se pretende uma abordagem transdisciplinar das temáticas da sexualidade.

Dos docentes que referiram ter feito formação na área da sexualidade, apenas três participaram ou promoveram algum tipo de ação de educação sexual, designadamente, uma aula, uma ação extracurricular para alunos e uma ação ou ações no contexto da Área de Projeto, sendo que apenas um destes professores foi interveniente ativo na sessão.

Em contexto de sala de aula, a maioria dos professores referiu falar abertamente com os seus alunos sobre todos os assuntos relacionados com a sexualidade (69.2%) e utilizar sempre os termos científicos na abordagem dos temas (69.2%). No entanto, as atividades de educação sexual desenvolvidas eram essencialmente informativas (73.1%), não sendo, na sua maioria, planificadas de forma sistemática, surgindo das dúvidas colocadas pelos alunos (57.7%).

Relativamente à planificação e coordenação das atividades/projetos de ES na escola, a maioria dos professores considerou não existir nenhuma equipa coordenadora, responsável pela planificação e coordenação dessas atividades e que não era habitual discutirem-se as atividades e projetos de ES no Conselho Pedagógico.

A responsabilidade da ES na escola foi imputada aos professores, preferencialmente com formação nestas temáticas, coadjuvados pelos técnicos de saúde. Os próprios professores percecionam-se como agentes de formação no campo da ES dos alunos.

Quanto ao envolvimento dos docentes em futuras ações de ES, verificamos que 42.3% afirmaram que tencionavam desenvolver atividades nesse âmbito, seguidos de 26.9% que disseram estar disponíveis para colaborar com outros colegas na promoção deste tipo de ações.

Constatou-se ainda, que a formação em ES e a existência de uma equipa de trabalho que apoie os professores após a formação é terminante, uma vez que os professores, por si só, consideram-se agentes de formação em ES mas, por questões de

insegurança, falta de à-vontade e falta de formação específica têm dificuldade em colocar em prática.

Relativamente aos enfermeiros, as atividades de ES na escola resumiam-se a intervenções pontuais apenas quando solicitados, direcionando a sua intervenção para as consultas de planeamento familiar do Centro de Saúde nas quais mantinham uma postura de abertura e diálogo com os adolescentes que os procuravam. No entanto, estes expressaram interesse em participar em projetos que viessem a ser desenvolvidos em parceria entre a escola e o CS.

Buston e colegas (2001), no seu estudo, relatam que existe uma expectativa crescente de que a escola concretize mais e melhor a ES. Para isso é fundamental que todos os envolvidos compreendam o contexto no qual a ES é abordada e as acessibilidades e obstáculos à sua concretização e posterior desenvolvimento.

Perceção dos vários atores do processo educativo acerca da forma de operacionalização da educação sexual em contexto escolar (diagnóstico de situação)

A ES na escola foi reconhecida, pelos diversos atores, como uma prioridade, no entanto, se por um lado existia unanimidade acerca do seu carácter de obrigatoriedade, por outro acentuavam-se as divergências no que concerne a quem e como deveria ser desenvolvida. Os professores entendem que diz respeito a todos os professores e que deve ser transversal, mas ter um programa definido para cada área curricular disciplinar e não disciplinar, planificada, de forma sistemática, em cada Conselho de Turma. Para as enfermeiras, transversal às várias disciplinas, secundadas por um gabinete de apoio ao adolescente, desenvolvida por professores coadjuvados por outros técnicos especializados (enfermeiro, médico, psicólogo), com o envolvimento dos pais e assistentes operacionais. Para os pais devia ser desenvolvida por especialistas na temática, considerando estes como professores com formação especializada em educação sexual e técnicos de saúde. Na opinião dos jovens esta devia ser uma ação conjunta de professores, profissionais de saúde e pais. Em termos gerais, a responsabilidade da ES na escola foi imputada aos professores, preferencialmente com formação nestas temáticas, coadjuvados pelos técnicos de saúde. A confirmar estas perceções, o estudo de Kakavoulis (2001), na Grécia, sobre as atitudes dos pais acerca

do seu papel na ES das crianças, mostrou que nem os pais nem os professores consideram que as famílias tenham os requisitos necessários para dar ES adequada.

Pelo contrário, Westwood e Mullan (2007) ao realizarem em algumas escolas do Reino Unido um estudo com 115 professores sobre o conhecimento e as atitudes dos professores do ensino secundário relativamente ao ensino da ES em Inglaterra, constataram que a maioria dos professores que colaborou neste estudo, não considerou que a ES devesse ser um dos papéis do professor, mas antes uma atribuição de um grupo multidisciplinar, para uma abordagem mais completa da ES, defendendo uma responsabilidade partilhada no ensino da mesma.

Contudo, além das opiniões favoráveis à participação dos pais, vários estudos indicam a insegurança que os mesmos sentem no desempenho desta tarefa. Geasler e colegas (1995) analisando as preocupações dos pais como educadores de sexualidade dos seus filhos, constataram insegurança sobre a quantidade de informação sexual apropriada e sobre o momento certo para lha fornecer, assim como verificaram que os pais vivem um conflito entre a ES que tiveram e a que experimentam com os seus filhos. Welshimer e Harris (1994) também detetaram insegurança dos pais quanto às suas capacidades e conhecimentos.

No presente estudo constatou-se ainda uma opinião muito favorável à participação de profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros e médicos, no desenvolvimento da ES em contexto escolar. Esta opinião é consensual entre todos os atores do processo educativo. Particularmente, os professores referem-no ao evidenciarem a sua necessidade de formação e de apoio de técnicos especializados, embora considerem, em primeiro plano, a ES na escola como uma responsabilidade sua. Esta necessidade de envolvimento dos profissionais de saúde poderá dever-se à relação estabelecida entre ES e promoção da saúde.

Anastácio (2007), ao encontrar resultados comparados aos do nosso estudo, coloca a questão:

“Porquê esta conceção resistente de que a ES é tarefa de médicos e enfermeiros? É que este dado proveniente do questionário também é coerente com os registados nos grupos de foco, se bem que aqui alguns professores especificaram que a intervenção destes profissionais seria mais dirigida aos professores, em vez de ser para os alunos, argumentando que com estes os profissionais da educação sabem lidar melhor,

conhecendo as estratégias de ensino apropriadas, incluindo um vocabulário mais adequado.” Anastácio (2007: 468)

Não contrariando o referido por Anastácio, antes complementando, de fato os profissionais de saúde, principalmente os que integram as equipas de saúde escolar têm a responsabilidade da capacitação da comunidade educativa. De acordo com o PNSE (2014: 1):

“Capacitar a comunidade educativa é integrar as intervenções de saúde no projeto educativo da Escola. Ter equipas de profissionais de saúde e de educação com formação e motivação é definir e planear ações a partir das necessidades sentidas e agir na melhoria de competências em saúde e em educação de todo o grupo escolar.”

A par da necessidade sentida e manifestada pela comunidade educativa relativamente ao envolvimento dos profissionais de saúde, também o relatório do GTES propõe a inclusão destes profissionais na escola, acrescentando a sua necessidade de vinculação ao estabelecimento, assim como de formação.

Partindo do pressuposto que a ES na escola contempla a formação de professores e outros profissionais de forma a terem uma atuação profissional que lhes permita responder às dúvidas das crianças e jovens em matéria de sexualidade, a promoção de atividades de apoio às famílias na ES dos seus filhos, o estabelecimento de parcerias com os serviços de saúde que se consubstancia na “abordagem pedagógica sistemática de temas ligados à sexualidade humana em contexto curricular, quer nas áreas disciplinares, quer nas áreas não disciplinares, numa lógica interdisciplinar, privilegiando o espaço turma e as diferentes necessidades de crianças e jovens”(Portal de Saúde Sexual e Reprodutiva, 2011) é importante que os docentes, os técnicos de saúde e pais, se consciencializem da importância do seu papel em todo o processo e que unam esforços no sentido da sua operacionalização. É imprescindível ter como fio condutor, que ensinar ES é muito mais abrangente do que transmitir informações relacionadas com o sexo, passa por refletir sobre emoções, sentimentos e atitudes, treinar competências de vida e fornecer informação cientificamente correta sobre as questões da fisiologia humana (Ramiro, Reis, Matos,2010).

Neste sentido é necessário que as intervenções de educação para a saúde, e a ES como parte integrante desta, sejam baseadas numa perspetiva de desenvolvimento dos jovens, aferidas para o contexto a que se destinam (Sampaio et al, 2007), fundamentadas

na evidência científica e, realizadas por profissionais com conhecimentos próprios no domínio específico na área de intervenção, para os quais concorrem os sectores da saúde e da educação (Rodrigues, Pereira, Barroso 2005).

Formação específica e conceção e implementação do programa de educação sexual

Os dados do diagnóstico mostraram que os professores atribuem grande importância à ES em meio escolar, manifestam conhecimentos sobre o tema, contudo muitos dos docentes reconhecem não ter formação suficiente para o fazer. O que vem de encontro ao estudo de Reis e Vilar (2004) no qual os resultados demonstraram que os professores portugueses têm uma atitude positiva em relação à implementação da ES nas escolas, têm bons níveis de conhecimentos e mostram-se disponíveis para que esta seja efetivamente desenvolvida. Outro estudo em Inglaterra, o estudo de Westwood e Mullan (2007), revela que os professores sentem que têm pouca informação/formação para abordar alguns temas de sexualidade. Os resultados revelam que embora o conhecimento geral dos professores sobre ES esteja num bom nível, o conhecimento específico relativamente a infeções sexualmente transmissíveis e ao uso da pílula do dia seguinte é pobre, o que pode ser explicado pela carência de formação que os próprios professores afirmam ter. Também Leurs e colegas (2007), numa investigação com professores de 1º Ciclo na Holanda, mencionam que os professores que tiveram formação em promoção da saúde têm mais probabilidade de se envolver em atividades de promoção da saúde nas suas escolas e que as competências pessoais e motivações têm um efeito importante na quantidade de atividades desenvolvidas.

Relativamente aos pais, falam com naturalidade com os filhos sobre os assuntos relacionados com a sexualidade mas, cerca de metade, não utilizam os termos científicos.

As assistentes operacionais percecionam-se com um papel pouco ativo relativamente à ES na escola, limitando-se a responder a questões colocadas pelos alunos caso estes as abordem. Associaram o pouco à-vontade com os temas sobre sexualidade à falta de formação.

Partindo do princípio que os conhecimentos na área da sexualidade são pré requisito para o sucesso da ES (Zapiain, 2003) e reconhecendo a necessidade de

formação, manifestada pelos diversos atores do processo educativo, como condição fundamental para a implementação em meio escolar, partiu-se para a organização e execução da ação de formação.

De fato não podemos perder de vista que para uma lecionação mais consistente da ES em meio escolar os professores devem receber formação e treino, assim como terem abertura para o tema e elevada motivação para o seu ensino (WHO, 2010). Confirmado por Went (1985), para desenvolver ações de ES, é desejável que o professor se preocupe verdadeiramente com o bem-estar físico e psicológico dos jovens, que aceite e respeite a sua sexualidade e a dos outros, que procure o envolvimento dos pais, encarregados de educação e outros profissionais quando reconheça que há situações em que não domina a informação que necessita transmitir.

Após a formação, todos foram unânimes ao considerar que a formação foi importante e constituiu uma mais-valia na sua formação académica e pessoal. Os receios e os medos foram-se dissipando no decurso da formação. As vivências pessoais, no campo da sexualidade e da ES, trazidas pelas pessoas em formação, e a partilha de experiências em grupo foram cruciais para quebrar receios e dúvidas.

A formação constituiu-se na pedra basilar para a construção, implementação e avaliação do programa de ES. Promoveu a união do grupo e a expectativa de um objetivo comum – a implementação da ES na escola.

Desenvolver um programa transversal às várias unidades curriculares, onde todos os professores das diferentes disciplinas abordam a temática, manifestou-se uma aposta sublime mas com um percurso difícil. Um programa que segue este trajeto requiere, antes de mais, que os próprios intervenientes tenham uma visão transdisciplinar da temática.

Contornar estes obstáculos foi um dos grandes objetivos, conseguidos através da definição de estratégias que se mostraram eficazes como a constituição da equipa coordenadora do programa e a promoção e incentivo ao espírito de grupo. Desenvolver um projeto transversal às várias unidades curriculares, com o envolvimento dos diversos atores do processo educativo, veio contrariar o exposto por Silva (2006), ao referir que os inúmeros fatores que estão subjacentes a um modelo transversal da ES, tais como a coordenação dos programas curriculares das diferentes disciplinas, perfil dos docentes,

organização da escola, dilemas e crenças dos professores, etc, originarão uma difícil coordenação e uma desresponsabilização por parte dos professores.

Os efeitos positivos do programa devem-se ainda na nossa opinião ao desenvolvimento do programa tendo por base a metodologia de projeto, como preconizado por Menezes (2007), e indo ao encontro das necessidades manifestadas pela população alvo. Teve-se ainda em conta os contextos de vida dos próprios adolescentes e utilizaram-se metodologias ativas e participativas, aplicadas de forma flexível, por se considerar serem as mais adequadas e eficazes em ES (López, 1990; Frade, 2009). Como refere Frade et al (2009): “Partir dos conhecimentos individuais e do grupo (certos ou errados), utilizar esses e novos conhecimentos, problematizar e resolver situações, utilizar o humor e o jogo ou trabalhar em pequenos grupos são as metodologias mais eficazes nesta área” (p. 24).

Kirby e colegas (2006) ao analisarem diversos projetos de ES, implementados por todo o mundo, identificaram dezassete características que estes devem possuir para que sejam verdadeiramente promotores da mudança de comportamentos considerados de risco. Os autores integraram estas características em três categorias: 1) as que se relacionam com o desenvolvimento do currículo; 2) as que se referem ao conteúdo do currículo; 3) e as que respeitam à implementação do currículo. De acordo com estes autores, os programas mais eficazes foram os que envolveram uma equipa pluridisciplinar no desenvolvimento do currículo, consideraram as necessidades do grupo-alvo, utilizaram um modelo lógico de abordagem, desenvolveram atividades de acordo com os valores da comunidade e recursos disponíveis e realizaram testes piloto do mesmo.

Educação sexual em contexto escolar e conhecimentos dos alunos sobre sexualidade

O Grupo de Trabalho para a Educação Sexual define a educação sexual como *“o processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual. Tem como objetivo fundamental o desenvolvimento de competências nos jovens, de modo a possibilitar-lhes escolhas informadas nos seus comportamentos na área da sexualidade, permitindo que se sintam informados e seguros nas suas opções.”* (Sampaio et al, 2005: 6)

As escolas, na perspectiva de Carvalho (2008), são agências culturais das sociedades, onde crianças e jovens têm acesso ao conhecimento próprio de uma tradição cultural e social e alcançam as competências necessárias para se integrarem e promoverem essa sociedade. Sob este ponto de vista, a escola e os agentes da comunidade educativa não se podem esquecer das mudanças constantes que se verificam e vivenciam nas sociedades atuais, como sejam as mudanças na estrutura familiar, a gravidez na adolescência, as infeções sexualmente transmissíveis, entre outras. Vivem-se momentos de maior liberdade mas que, necessariamente, devem fazer-se acompanhar de maior responsabilidade.

As transformações processadas na adolescência fazem com que o adolescente viva intensamente a sua sexualidade, manifestando-a muitas vezes através de práticas sexuais desprotegidas. O comportamento sexual é assim uma área de potencial risco para os adolescentes, resultante de uma atividade sexual precoce, muitas vezes sem um planeamento, ou mesmo sem a efetiva ponderação dos riscos possíveis, como o risco de contrair infeções sexualmente transmissíveis ou uma gravidez não desejada. Estes fatores associados à falta de conhecimentos sobre a vivência de uma sexualidade responsável podem trazer para o jovem consequências muitas vezes irreparáveis.

Apesar do grande desenvolvimento a que as sociedades estão sujeitas, constata-se ainda uma lacuna ao nível da ES nas principais instituições em que o adolescente convive, nomeadamente na escola e na família.

A escola representa um espaço primordial para trabalhar conhecimentos e competências pois é o local onde os jovens permanecem a maior parte do seu dia. Torna-se assim um local propício para o desenvolvimento de ações educativas. No entanto, apesar da legislação em vigor, que cria a obrigatoriedade de implementação da ES em contexto escolar, muitas instituições de ensino continuam a fechar os olhos e a não desenvolverem este tipo de intervenções.

Os resultados do estudo permitem concluir que os conhecimentos relacionados à sexualidade, dos alunos do 2º ciclo do ensino básico, melhoraram consideravelmente após o desenvolvimento do programa “Ser & Saber”. Constatou-se uma diferença altamente significativa entre a primeira aplicação do teste de conhecimentos (antes da intervenção) e a segunda aplicação do teste (após a intervenção) ($Z = -8,34$, $p < 0,001$). Todos os alunos demonstraram melhorias nos seus conhecimentos. Estes resultados

sugerem um aumento substancial nos conhecimentos dos estudantes acerca da sexualidade, sendo que na avaliação inicial os resultados do teste de conhecimentos foi, em média, de 57,14%, o que revela poucos conhecimentos acerca do tema, tendo este valor subido para 90,11% na segunda aplicação, revelando um nível de conhecimentos muito bom

Os alunos demonstraram grande interesse ao longo de todo o programa e observou-se que se preocuparam em aprender mais sobre o seu corpo e o do outro, principalmente no que diz respeito à anatomia e fisiologia do sistema reprodutor e à probabilidade de gravidez na adolescência.

Educação sexual em contexto escolar e aparência física

A satisfação com a imagem corporal faz parte da nossa identidade, é decisiva na autoaceitação do adolescente e pode provocar atitudes inadequadas que prejudicam o seu crescimento e desenvolvimento. Uma imagem corporal positiva é essencial, fortalece o sentido de atratividade, de aceitação social e a capacidade de dar e receber afeto (Nelas, 2010)

Um estudo realizado por Gaspar e colegas (2010) mostra que os adolescentes, considerando a média, estão satisfeitos com a sua imagem corporal, são os rapazes que apresentam uma percepção mais positiva quando comparados com as raparigas. Estes resultados consubstanciam os obtidos no nosso estudo ao verificarmos que os adolescentes estão satisfeitos com a sua aparência física, tendo no entanto apresentado valores mais elevados após a aplicação do programa de ES ($t_0=17,91$; $t_1= 19,99$). Os mais satisfeitos com a imagem corporal são os rapazes não sendo no entanto significativa a diferença.

Estes resultados são concordantes com os obtidos no estudo de Nelas (2010) em que verificou que é o sexo feminino que apresenta uma maior insatisfação com a imagem corporal antes e após a intervenção formativa com diferenças estatísticas significativas. Contudo, a quase totalidade dos inquiridos antes e após a intervenção formativa manifestaram satisfação com a sua imagem corporal, sendo que os maiores valores percentuais se observaram entre os rapazes.

Resultados diferentes são documentados por Conti; Costa; Peres & Toral (2009), num estudo desenvolvido com 121 jovens, que ao avaliarem a satisfação corporal de um

grupo de adolescentes e as possíveis diferenças entre os sexos, verificaram que entre as adolescentes se destacou a insatisfação com o corpo, a idealização do corpo magro e os discursos vinculados às ideias do desejo de diminuir ou aumentar áreas corporais. Os rapazes apresentaram menor insatisfação, idealizando uma forma corporal mais robusta.

Educação sexual em contexto escolar e autoestima

A autoestima é uma dimensão central para se alcançar com sucesso a identidade na adolescência (Quiles & Espada, 2009). É fundamental para o ajustamento psicológico e social (Antunes et al., 2006; Quiles & Espada, 2009) e para a realização do potencial do indivíduo (Baumeister, 1993) nesta fase do desenvolvimento.

As grandes transformações físicas, cognitivas, psicológicas e sociais a que os adolescentes estão sujeitos são potencialmente indutoras de *stress* e podem gerar alterações na perceção que o adolescente tem de si próprio e na sua autoestima (Gullotta, 2000; Santos & Carvalho, 2006). Entendendo-se a autoestima como a avaliação que cada um faz do seu autoconceito (Gallahue & Ozmun, 2005; McKay, 1991), sendo um elemento central para a compreensão e explicação do comportamento humano (Bernardo & Matos, 2003).

No nosso estudo, constatou-se um aumento da autoestima da primeira para a segunda aplicação, após o desenvolvimento da intervenção, (+ 1,17). A pontuação variou entre o mínimo de 6 pontos e o máximo de 24 na pré-aplicação enquanto na pós-aplicação entre 12 e 24 pontos. Entre rapazes e raparigas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas tanto na primeira aplicação como na segunda. Na comparação entre os dois sexos houve um aumento na dimensão autoestima, em ambos os sexos, da pré para a pós-aplicação, com maior evidência nas raparigas.

Feliciano e Afonso (2012) realizaram um estudo com 360 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos, com o objetivo de avaliar e comparar os valores de autoestima em diferentes fases da adolescência. Os resultados obtidos indicaram que os participantes na fase final da adolescência são os que apresentam um valor médio de autoestima mais elevado. Seguido do grupo da adolescência intermédia e por fim os que se encontram na adolescência inicial. Os adolescentes mais novos (12 anos) são os que apresentam valores médios de autoestima mais baixos. As raparigas apresentam valores médios de autoestima inferiores aos rapazes, sendo a diferença

estatisticamente significativa. Quanto ao contexto social, os adolescentes do meio rural apresentam um valor médio de autoestima inferior aos do meio urbano.

Educação sexual em contexto escolar e aptidões sociais

Apesar do programa de intervenção “Ser & Saber” não apresentar efeitos contabilizáveis nas aptidões sociais globais dos alunos, foram expressivos nas competências de autocontrolo. Basicamente os valores das aptidões sociais globais mantiveram-se nos rapazes, da pré-aplicação para a pós-aplicação, tendo, no entanto, diminuído nas raparigas.

Nas aptidões sociais de autocontrolo, apesar de se constatar um ligeiro progresso da primeira para a segunda aplicação, os resultados não indicam diferenças estatisticamente significativas tendo em conta as avaliações, inicial e final.

Os alunos não tendo demonstrado aumento ao nível da assertividade e cooperação, revelaram ter mais autocontrolo tendo domínio sobre as próprias reações emocionais em situações de conflito, capacidade para seguir regras e respeitar limites.

Os comportamentos dos adolescentes são extremamente complexos e frequentemente influenciados pelos contextos em que ocorrem e pela presença dos outros (Demaray et al, 1995; Gresham e Elliot, 1990). Treinar as habilidades sociais reveste-se de grande dificuldade, especialmente pelas variáveis sociais que envolve e que confluem para o seu desenvolvimento. Como refere Moreira (2005) no sentido de favorecer e potenciar o desenvolvimento e evolução da criança para níveis de funcionamento mais complexos e diferenciados é necessário considerar as características, as necessidades e os ritmos da criança que nos permitam desenvolver estratégias adequadas ao nível em que elas estão.

A implementação do programa - educação sexual em contexto escolar como processo colaborativo dos diversos atores

Planear e desenvolver programas de ES que visem contribuir para o desenvolvimento integral da pessoa, implica considerar a família como unidade social primária; contribuir para que as crianças e os adolescentes se vejam a si mesmos como indivíduos únicos; desenvolver a confiança dos adolescentes nos educadores;

proporcionar aos educadores um ponto de partida organizado e estruturado que facilite a construção de programas adaptados a cada contexto; estimular os educadores a adotar uma pedagogia personalizada; facultar elementos de trabalho e discussão para a formação de educadores (Carvalho,2008) e envolver os diversos atores do processo educativo.

Durante o processo de implementação do programa “Ser & Saber” foi utilizado um método participativo. Todas as atividades foram definidas em função das necessidades identificadas e sujeitas a discussão e debate entre a equipa do projeto, antes da sua implementação, a fim de obter atividades apropriadas ao grupo em causa.

Tendo por base os pressupostos referidos, os resultados do programa “Ser & Saber” indicaram que foi eficaz em aumentar os conhecimentos sobre sexualidade, aumento da autoestima e do autocontrolo. Estes resultados são consistentes com os achados de outros estudos (Sommart e Sota, 2013; Padhy, Pattanayak, Jena, 2013; Maticka-Tyndale, 2008) que avaliaram o impacto de programas desenvolvidos em contexto escolar. O estudo de Sommart e Sota (2013) desenvolvido em colaboração com a investigadora do estudo, os professores e os representantes dos pais, recorrendo à utilização de metodologias participativas, nomeadamente dramatização, demonstração, estudo de caso e discussão em grupo, mostrou que, após a intervenção, o grupo experimental apresentou diferenças significativas nos conhecimentos e nas atitudes em relação ao grupo de controlo.

No nosso estudo, antes da intervenção, constatou-se um baixo nível de conhecimentos em matéria de sexualidade, sendo referidos como principais fontes de informação os pais, os amigos e os meios de comunicação social. Resultados semelhantes sobre as fontes de informação a que os jovens recorrem foram encontrados por no estudo de Yazici et al (2011) que indicou que os adolescentes receberam informação sobre saúde sexual e reprodutiva dos pais e amigos tal como o estudo de Marinho e Anastácio (2012) que referenciam os amigos como a principal fonte de informação sobre sexualidade.

Os resultados do efeito do programa indicam que a aprendizagem participativa é benéfica (Cheng et al., 2008), e melhor do que a aprendizagem por atividades passivas. Além disso, a participação e apoio da direção da escola, professores, enfermeiros e pais durante o período de intervenção foram significativas para o sucesso do programa.

Os pontos fortes do programa, evidenciados pelos professores e enfermeiras, são demonstrativos da pertinência do projeto, tanto em termos de resultados para os alunos como para os educadores, na medida em que o programa para além de representar um espaço de reflexão e debate, funcionou como um fator de aproximação entre os envolvidos no processo.

CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES

A educação sexual, desde a formulação da primeira lei (Lei nº3/84), tem-se construído com avanços e recuos, emergindo a escola como o contexto privilegiado para a implementação de programas de ES. Para a sua concretização é fundamental que os programas assentem na multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, que nasçam dos interesses da comunidade educativa, e que sejam criadas atividades dirigidas à adoção de comportamentos saudáveis e aquisição de competências nos jovens.

No presente estudo, assumindo um contexto específico, escola do 2º ciclo do ensino básico, partimos para a compreensão das conceções e da prática de ES dirigida aos estudantes e, com os diversos atores da comunidade educativa, estabelecemos um plano de mudança orientado para o desenvolvimento de novas práticas.

Pela natureza metodológica do processo, seguimos uma trajetória flexível que adequamos à complexidade do contexto onde se pretendeu a produção de novos percursos da prática

Perante o exposto, neste ponto serão apresentadas as conclusões associadas às várias fases do estudo realizado e será feita uma sinopse final que apresentará as principais conclusões que emergiram da análise do processo de investigação ação como um todo.

No primeiro estudo, diagnóstico de situação, os resultados obtidos direcionaram para a relevância do investimento no desenvolvimento de programas de educação sexual, dirigidos às crianças e adolescentes, transversais às várias unidades curriculares, integrando as componentes dos conhecimentos e aptidões sociais.

Considerada, por todos os atores, indispensável ao desenvolvimento saudável dos alunos, assumida pela escola numa colaboração estreita com o centro de saúde, a responsabilidade da educação sexual na escola foi imputada aos professores, preferencialmente com formação nestas temáticas, coadjuvados pelos profissionais de saúde.

A análise detalhada da situação real da ES na escola trouxe contributos valiosos à investigação permitindo, com base nas descobertas iniciais, delinear os passos seguintes. A reflexão sobre o diagnóstico despertou nos diversos intervenientes,

particularmente nas enfermeiras e nos professores, o compromisso com o projeto de ES manifestamente coerente com uma disposição para a mudança.

Demos assim lugar à fase seguinte do processo de investigação, planeamento da ação, que possibilitou a definição conjunta do plano de implementação da mudança. Foram definidas estratégias de mudança direcionadas para a implementação de um plano formativo em ES e para a elaboração e implementação de um programa de ES adequado ao contexto.

A formação, dirigida aos professores, pais/encarregados de educação e assistentes operacionais, manifestou ser uma via eficaz para ultrapassar obstáculos, promover a motivação e alterar as perceções no sentido do conhecimento cientificamente aceite.

O programa de ES “Ser & Saber” partindo das necessidades identificadas e dos recursos disponíveis, resultou da ação conjunta do investigador principal, dos professores e das enfermeiras (co-investigadores). Constitui-se como um programa centrado nas características e necessidades da população e desenvolvido nas áreas curriculares disciplinares e não disciplinares. Utiliza um modelo de educação, democrático, científico e aberto, ancorado no modelo de desenvolvimento pessoal. Constituído por atividades iniciais, sessões dirigidas, atividades de consolidação e atividades de ligação escola-família, utiliza metodologias ativas e participativas.

Os resultados do estudo de avaliação sugerem que o programa “Ser & Saber” (S&S) apresenta efeitos positivos nos conhecimentos, no autoconceito, na autoestima, e ainda, nas aptidões sociais de autocontrolo.

Da análise do impacto produzido pela mudança na prática, emergem como resultados relevantes na perspetiva dos vários atores, a relevância da investigação na promoção de uma relação de confiança com os alunos, no espírito de colaboração entre os vários intervenientes, no grande envolvimento, interesse e motivação de todos os intervenientes no processo, no desenvolvimento de novas práticas e nas mudanças nos profissionais resultado da aquisição de poder e da criação de ferramentas para maior eficácia. A satisfação com o processo de mudança, traduzida, no discurso de professores e enfermeiras, pelo bom nível de formação dos intervenientes, pela organização das atividades, pela transversalidade do projeto e pela possibilidade de dar visibilidade externa ao projeto, também se revelam impactos positivos.

Para o futuro do projeto, na opinião dos entrevistados, perspectiva-se a sua continuidade, fruto da motivação dos intervenientes e dos conhecimentos e competências desenvolvidas no decurso do mesmo.

Podemos, ainda, identificar no discurso de um elemento da direção, uma atitude de abertura face à aprendizagem e também motivação para a ação sobre metodologia de projeto, para aplicar no futuro, como salienta ao revelar as suas expectativas relativamente à continuidade do projeto:

“...há dois fatores muito importantes aqui que me permitem até pensar e acreditar na continuidade do projeto, um deles é este fato que acabei de referir que era a escola já sentir alguma necessidade e agora ficou com a mais valia do projeto, ficou com mais conhecimento efetivo sobre a questão, mais tarde ou mais cedo pelo menos alguns colegas vão sempre utilizar esta estrutura que foi criada com o projeto e vão tentar segui-la e eventualmente ir adaptando a novas realidades.” (E1)

Finalizando, apresentamos um excerto representativo do vivido no projeto na partilha de saberes dos professores e dos profissionais de enfermagem, nas relações humanas estabelecidas, nas emoções expressadas pela participação no projeto:

“Depois há a questão da motivação das pessoas, quer da parte da escola quer da parte dos outros técnicos que estão envolvidos, enfermeiras, o fato das pessoas viverem o projeto com alguma intensidade e mostrarem muita motivação e muita abertura para falar sobre as coisas e muita, eu não queria ser muito romântico, muita alegria e muito empenho e muita dedicação e muito amor à camisola. Isso faz com que as pessoas percebam que efetivamente isto é possível de fazer e portanto não é uma coisa que termine agora, efetivamente não há já como voltar atrás já com as mais-valias do projeto.” (E1)

Este extrato é exemplo da alegria e motivação com que os participantes viveram todo este processo. Também é significativo dos laços de afetividade criados que resultou num bom trabalho de equipa.

Está no entanto patente que a continuidade do projeto não depende apenas da escola mas dos vários parceiros, nomeadamente dos enfermeiros:

“...eu acho que quando as pessoas gostam e se sentem confortáveis é uma forma de darem continuidade mesmo que não seja com tanta colaboração de técnicos de

saúde, darem continuidade aquilo que ouviram, sentiram e fizeram durante o projeto nestes anos letivos...Penso que sim, mas isso não dependerá só dos professores.” (E2)

As conclusões decorrentes desta investigação sugerem algumas **implicações**, nomeadamente ao nível da formação dos vários atores do processo educativo, da conceção e implementação de projetos de ES transversais, democráticos, científicos e abertos e das parcerias interinstitucionais.

Relativamente à formação de professores em ES, tendo por base o seu conhecimento de partida e as práticas, constatados através do estudo diagnóstico, e a eficácia demonstrada pela sua intervenção seguindo a metodologia de investigação ação, como consequência da formação, permite sugerir implicações deste estudo na formação contínua em ES.

Também a formação para pais/encarregados de educação e assistentes operacionais, tendo-se revelado enriquecedora, não só pelo conhecimento adquirido mas também como o ponto de partida para o seu envolvimento no processo, sugerem que esta deve ser uma prática no desenvolvimento de projetos de ES que se desejem efetivos.

A eficácia demonstrada pela metodologia de investigação ação no desenvolvimento do projeto de ES, passando por uma ação conjunta de diversos atores, sugere que esta metodologia deverá ser discutida com os professores, profissionais de saúde e restante comunidade educativa, tornando-se a base dos projetos a desenvolver. Também deverá ser reforçada a operacionalização do trabalho em parceria, professores e enfermeiros, a qual se revelou manifestamente vantajosa, assim como a participação dos alunos em todas as fases do projeto.

A conceção e implementação de um programa de ES transversal, democrático, científico e aberto, assente num modelo de desenvolvimento pessoal, com efeitos positivos nos alunos, configura-se como um modelo de eleição na abordagem da ES na escola.

Embora os resultados da presente investigação, possam ser considerados, na sua globalidade, como um contributo importante para a investigação e intervenção nesta área do saber, confrontamo-nos incontornavelmente com algumas limitações que interessam identificar e refletir para futuros desenvolvimentos.

Assim identificamos como **limitações**:

- As condições organizacionais causadoras, em algumas etapas do processo, de oscilações no decurso da mudança, nomeadamente a saída de uma enfermeira da equipa da UCC e a saída da escola do professor responsável pela EpS, com a conseqüente integração de novos elementos;
- A avaliação das aptidões sociais, tendo-se baseado exclusivamente na perspectiva dos professores (QAAS/SSRS), poder-se-á considerar uma limitação relativamente à análise das mudanças ocorridas neste domínio. A autoavaliação, sendo um autorrelato do adolescente, poderia dar uma visão mais concreta acerca das mudanças vivenciadas pelo próprio.

Não obstante as limitações mencionadas, mas sobretudo o facto de se ter caminhado para uma nova forma de pensar e estruturar a ES na escola, emergem como **sugestões** para futuras investigações:

- O impacto do programa de ES nos pais/encarregados de educação, nomeadamente no que correspondeu ou excedeu as suas expectativas e no que pode ser melhorado;
- A autoavaliação das aptidões sociais, por parte dos adolescentes, através da utilização dos questionários que integram a bateria de avaliação de aptidões sociais (QAAS – SSRS – versão para alunos);
- A inclusão de outros indicadores de avaliação, os quais permitirão um conhecimento mais aprofundado sobre esta temática, concretamente as atitudes face à sexualidade.

Como apontamento final, com a investigação desenvolvida, tendo como desígnio a reflexão sobre a sexualidade dos adolescentes com uma postura crítica e o envolvimento dos diversos atores do processo educativo, pretendemos contribuir para a educação sexual dos mais jovens e ser uma alternativa aos numerosos programas, centrados na informação, com estratégias meramente instrutivas. Pretendemos ainda, através do processo de avaliação sistemática e acompanhamento do projeto, que este se constituísse como um contributo à formação dos atores envolvidos, na medida em que proporcionou condições de aprendizagem mútua através da prática, favorecendo o diálogo e a tomada de consciência coletiva.

BIBLIOGRAFIA

- AFONSO, E.; LUCAS, A. P. (2001) - **A sexualidade na adolescência**. Servir. Lisboa. Vol.49, nº4. (Julho-Agosto). p.165-171.
- AHLERT, Alvori (2007) - **Inter-relações entre ética e cidadania no processo educativo**. Educação Temas e Problemas. nº3. p. 91-107.
- ALMEIDA, José (1987) – **Adolescência e Maternidade**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- ALVES-MARTINS, M., PEIXOTO, F., MATA, L., & MONTEIRO, V. (1995) - **Escala de Auto-Conceito para Crianças e Pré-Adolescentes de Susan Harter**. In L. S. Almeida, M. R. Simões & M. M. Gonçalves (Eds.) Provas Psicológicas em Portugal, (pp. 79-89). Braga: APPORT.
- AMENDOEIRA, J.; CARREIRA, T.; CRUZ, O.; DIAS, H.; SANTIAGO, C. (2013) - **Programas de educação sexual em meio escolar: revisão sistemática da literatura**. Revista da UIIPS. Instituto Politécnico de Santarém: Unidade de Investigação. Vol. 1, nº 4 (Dezembro 2013). P.198-211.
- ANASTÁCIO, Z.; CARVALHO, G. & CLEMENT, P. (2008) - **Concepções dos professores do 1º CEB sobre o contributo da Educação Sexual para a Promoção da Saúde e a sua relação com a formação**. In Pereira, B.; Carvalho, G. (coord). «Atividade física, saúde e lazer: modelos de análise e intervenção». Lisboa: Lidel.
- ANASTÁCIO, Zélia (2007) - **Educação Sexual no 1.º CEB: Concepções, Obstáculos e Argumentos dos Professores para a sua (não) Consecução**. Universidade do Minho. Dissertação de Doutoramento.
- ANASTÁCIO, Zélia (2010) - **Sexualidade na Fase Intermédia da Adolescência: Relacionamentos, Comportamentos e Conhecimentos**. International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicologia. ISSN: 0214-9877. Nº 2 (2010). p.695-705.
- ANASTACIO, Zélia (2012) - **Saúde e desenvolvimento adolescente : relação entre tomada de decisão, comportamento sexual, autoestima e imagem corporal**

[em linha]. Acedido em : 4/10/2014. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/21346>

ANASTÁCIO, Zélia; CARVALHO, Graça (2006) - **Saúde na adolescência: satisfação com a imagem corporal e a autoestima** [em linha]. Acedido em: 24/10/2014. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5770/1/Saude%20na%20adolescencia.pdf>

ANDRADE, Heloísa et al. (2009) - **Changes in sexual behavior following a sex education program in Brazilian public schools**. Cadernos de Saúde Pública. Vol. 25, nº 5. p. 1168-1176.

ANDRADE, Maria Isabel (1996) – **Labirintos da sexualidade**. Porto: Porto Editora Lda. ISBN 972-0-70038-6

ANTUNES, C., SOUSA, M. C., CARVALHO, A., COSTA, M., RAIMUNDO, F., LEMOS, E. & ANDRADE, A. (2006) - **Autoestima e comportamentos de saúde e de risco no adolescente: efeitos diferenciais em alunos do 7º ao 10º ano**. Psicologia, saúde & doenças [em linha]. Vol. 7, nº1. P. 117-123. Acedido em: 11/05/2010. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v7n1/v7n1a10.pdf>

APF (2014) – **Educação Sexual, Jovens, Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva**. The Safe Project.

BADGER, T. (2000) - **Action Research, change and methodological rigour**. Journal of Nursing Management. Vol.8, nº4 (Julho 2000), p.201-207.

BAKKER, A. (1999) - **Persuasive communication about AIDS prevention: Need for cognition determines the impact of message format**. AIDS Education and Prevention. Vol.11, nº2. p.150-162.

BANDEIRA, Marina et al (2009) - **Validação das escalas de habilidades sociais, comportamentos problemáticos e competência académica (SSRS-BR) para o ensino fundamental**. Psicologia: Teoria e Pesquisa [em linha]. Vol.25, nº2. P.271-282. Acedido em 20/08/2014. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a16v25n2.pdf>

- BARDIN, Laurence (2006) – **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Lda. ISBN 978-972-44-1320-4
- BAUMEISTER, Roy (1993) - **Understanding the inner nature of self-esteem**. In R.F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* New York: Plenum Press. p.201-218. Acedido em: 02/07/2013. Disponível em: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4684-8956-9_11#page-1
- BECKER, D. (1994) - **O que é a adolescência?** 13ª ed. São Paulo: Brasiliense.
- BEKAERT S. (2005) - **Adolescents and sex: the handbook for professionals working with young people**. Oxford: Radcliffe.
- BELO, Márcio ; SILVA, João (2004) - **Knowledge, attitudes, and practices on previous use of contraceptive methods among pregnant teenagers**. Revista de Saúde Pública [em linha]. Vol.38, nº4 (Agosto 2004). P.479-487. Acedido em : 09/10/2013. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n4/21075.pdf>
- BENNETT, Paul; MURPHY, Simon (1999) – **Psicologia e promoção da saúde**. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-8449-48-8.
- BERNARDO, Rui; MATOS, Margarida (2003) - **Desporto aventura e auto-estima nos adolescentes, em meio escolar**. Revista Portuguesa de Ciências do Desporto [em linha]. Vol.3, nº1. p.33–46. Acedido em 9/10/2014. Disponível em: http://www.fade.up.pt/rpcd/_arquivo/artigos_soltos/vol.3_nr.1/1.4.investigacao.pdf
- BEZERRA, Ana; MACÁRIO, Rui (2011) – **Educação Sexual na Escola. Manual para professores e educadores. 2º Ciclo do Ensino Básico**. V. N. Gaia: Editora Educação Nacional. ISBN 978-972-659-584-7
- BILHIM, J. (2008) - **Teoria organizacional: estruturas e pessoas**. 6ª ed. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- BLOS, Peter (1985) – **Adolescência. Uma Interpretação Psicanalítica**. São Paulo: Livraria Martins Fontes.

- BOETHIUS, C. G. (2000). Introduction. In Sweden's National Agency for Education, Skolverket (Ed). **"Love! You can really feel it, you know!"**. Talking about sexuality and personal relationships in school. Stockholm: Skolverket, National Agency for Education, p.7-8.
- BOGDAN, R. ; BIKLEN, S. (1994) - **Investigação Qualitativa em Educação**. Porto: Porto Editora
- BORGES, Ana (2007) – **Pressão social do grupo de pares na iniciação sexual de adolescentes**. Rev. esc. enferm. USP [Em linha]. Vol. 41, (2007), p.782-786. ISSN 0080-6234. Acedido em : 28/04/2011. Disponível em: [www: <URL:http://www.scielo.br/pdf/reensp/v41nspe/v41nspea06.pdf>](http://www.scielo.br/pdf/reensp/v41nspe/v41nspea06.pdf).
- BRACONNIER, Alain (2000) – **Le Sexe des Émotions**. Paris: Éditions Odile Jacob. ISBN 2-7381-0913-6
- BRACONNIER, Alain; MARCELLI, Daniel (2000) - **As mil faces da adolescência**. Confrontações. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-8449-56-9
- BRÁS, Manuel Alberto (2008) – **A sexualidade do adolescente: a perspetiva do profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários**. Porto. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem apresentada no Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar. Universidade do porto
- BRETAS, José Roberto et al (2009) - **Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes**. Rev. Esc. Enferm. USP [em linha]. Vol.43, nº3. p.551-557. Acedido em 24/06/2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v43n3/a08v43n3.pdf>
- BRUNNER, Lillian S.; SUDDARTH, Doris S. (1985) - **Nova Prática de Enfermagem**. 3ª Edição, 3º Vol., Rio de Janeiro: Discos CBS, Interamericana.
- BRYMAN, A. & BURGESS, R. (Eds) (1999) - **Qualitative research**. London: Sage.
- BUSTON, K., WIGHT, D. & HART, G. (2002) - **Inside the sex education classroom: the importance of context in engaging pupils**. Culture, Health & Sexuality, Vol.4, nº3. p. 317-335.

- BUSTON, K., WIGHT, D. & SCOTT, S. (2001). **Difficulty and Diversity: the context and practice of sex education**. British Journal of Sociology of Education, Vol.22, N°3 (Setembro 2001). p.353-368
- BZgA/WHO (2006) - **Conference on youth sex education in a multicultural europe: documentation**. Cologne: BZgA, Who.
- BZgA/WHO (2006). **Conference on youth sex education in a multicultural europe: documentation**. Cologne: BZgA, Who.
- CACHAPUZ, António et al (2002) - **Ciência, Educação em Ciência e Ensino das Ciências**. Lisboa: Ministério da Educação.
- CALADO, Beatriz S. P. (1990) – **O Planeamento familiar na promoção de saúde da mulher**. Planeamento Familiar. Lisboa. Vol.16 (Julho 1990). p.3-9.
- CALDEIRA, Ermelinda (2005) – **A Dinâmica da Perceção e Comportamento Sexual dos Adolescentes**. Rev. SERVIR, Vol.53, nº1. (Janeiro – Fevereiro 2005). p.31-39.
- CAMARGO, E. ; FERRARI, R. (2009) - **Adolescents: knowledge about sexuality before and after participating in prevention workshops**. Ciência & Saúde Coletiva. Vol.14, nº 3. p.937-946.
- CAMPBELL, C. (1995) - **Male gender roles and sexuality: implications for women`s aids risk and prevention**. Social Science and Medicine. Vol.41, nº2, p197-210.
- CAMPOS, B. P. (1992) - **A informação na orientação profissional**. Cadernos de Consulta Psicológica. Vol.8, p.5-16.
- CANO, P. M.; GOMEZ, A G.; BREEZE, R.; MOURA, M. (2000) - **A Situação das Mães Adolescentes no Sul da União Europeia: Portugal, Espanha, Itália e Grécia**. In GERALDES, M. & ARAÚJO, E. R. (coord.). Lisboa: Fundação da Juventude.
- CAPUCHA, Luis Manuel (2008). **Planeamento e Avaliação de Projectos**. Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular - Ministério da Educação.

- CARRERA-FERNANDEZ, Maria Victoria et al (2007) - **Evaluacion de un programa de educacion sexual con estudiantes de Educacion Secundaria Obligatoria.** Intemational Journal of Clinical and Health Psychology. Vol.7, nº3, p.739-751. ISSN 1697-2600
- CARVALHO, A.; SIMÕES, G. (2008) - **Eixos de valores em Promoção da Saúde e Educação para a Saúde.** In B. O. Pereira, Actividade física, saúde e lazer: modelos de análise e intervenção. Lisboa: Lidel, p.195-205.
- CARVALHO, Cristina Sá (2008) - **Guia de educação da sexualidade.** Lisboa: Fundação Secretariado Nacional da Educação Cristã. ISBN 978-972-8690-32-8
- CARVALHO, I. E.; SILVA, J. L. P.; MELLO, M. B. (2008) - **Conhecimentos de adolescentes grávidas sobre anatomia e fisiologia da reprodução.** Revista Associação Medida Brasileira [em linha]. Vol.54, nº1, p.29-35. Acedido em: 24/06/2010. Disponível em: em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/17.pdf>.
- CARVALHO, Maria Irene et al (1997) – **Nova Enciclopédia Larousse.** Edição nº3891, Circulo de Leitores, Lda e Larousse. Vol. III.
- CASTANYER, Olga (2006) - **A Assertividade: expressão de uma auto-estima saudável.** Coimbra: Edições Tenacitas.
- CASTRO, Rosa Roriz (2007) - **Para (Re)Pensar a Educação : Desafios Emergentes em Contexto de Globalização.** Educação Temas e Problemas. Vol.3, p.109-123.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2000) - **CDC Fact Book 2000/2001.** Department of Health and Human Services. Acedido em: 10/12/2003. Disponível em: [ww.cdc.gov/maso/factbook/](http://www.cdc.gov/maso/factbook/).
- CERWONKA, E., ISBELL, T. & HANSEN, C. (2000) - **Psychosocial factors as predictors of unsafe practices among young adults.** AIDS Education and Prevention. Vol.12, nº2, p.141-153.
- CHENG, Y. et al. (2008) - **Effectiveness of a school-based AIDS education program among rural students in HIV high epidemic area of China.** Journal of Adolescent Health. Vol.42, nº 2 (Fevereiro 2008), p. 184-191.

- CLÃES, M. (1990) - **Os problemas da adolescência**. 2ª Ed.. Lisboa: Editorial Verbo.
- COHEN, L.; MANION, L. (1994) - **Research Methods in Education**. London: Routledge.
- COMUNIDADES EUROPEIAS (1995) - **Comissão. Projeto Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde – promover a saúde da juventude europeia - educação para a saúde nas escolas: manual de formação para professores e outros profissionais que trabalham com jovens**. Lisboa. DGS
- CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y CIENCIA (1999) - **Educación Afectivo Sexual en la Educación Infantil : Guía para el profesorado**. Adaptação para Andalucía da obra de Espinosa, M. et al. Programa HARIMAGUADA [em linha]. Dirección General de Promoción Educativa. Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno Canario (1999). Com a colaboração de Félix López Sánchez. Editado por: JUNTA DE ANDALUCÍA. Consejería de Educación y Ciencia. Instituto Andaluz de la Mujer. Acedido a 10/08/2014. Disponível em: http://www.educagenero.org/ESJunta/Infantil/guia_profesorado_infantil.pdf
- CONTI, M. A., COSTA, L. S., PERES, S. V., & TORAL, N. (2009) - **A insatisfação corporal de jovens: um estudo exploratório**. Physis [em linha]. Vol.19, nº2, p.509-528. Acedido a 11/10/2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n2/v19n2a15.pdf>
- COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A INFECÇÃO VIH/SIDA (2007) - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/Sida 2007-2010 – Um compromisso com o futuro** [em linha]. ISBN 978-972-8478-18-6 Acedido em: =3/10/2013. Disponível em: http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/ieep_programa_nacional_vih-sida_2007-2010_portugal.pdf
- CORDEIRO, Mário (2004) – **Dos 10 aos 15. Adolescentes e Adolescências**. 2ª Ed. Lisboa: Publisher Team. ISBN 989-601-008-0
- CORTESÃO, Irene; SILVA, Maria; TORRES, Maria (1989) - **Educação Para Uma Sexualidade Humanizada - Guia para Professores e Pais**. Porto: Edições Afrontamento. ISBN 972-36-0206-7.

- CORTESÃO, Luíza. STOER, Stephen (1997) - **Investigação-ação e a produção de conhecimento no âmbito de uma formação de professores para a educação inter/multicultural.** Educação, Sociedade & Culturas, nº7, p.7-28.
- COSTA, J. Almeida et al (2003) - **Dicionário da Língua Portuguesa 2004.** Porto: Porto Editora, Lda. ISBN 972-0-01119-X.
- COSTA, M. E.. (1998) – **Novos encontros de amor: amizade, amor e sexualidade na adolescência.** Porto: Edinter.
- COSTA, M.; LÓPEZ, E (1996) - **Education para la salud. Una estratégia para cambiar los estilos de vida.** Madrid: Ediciones Pirámide.
- COUTINHO, Maria de Sousa (2008) - **Cidadania e Educação.** In Patrício, Manuel Ferreira, Liber Amicorum “Da filosofia, Da Pedagogia, Da Escola. Universidade de Évora.
- CRUZ, José et al (1997) – **Prevenção do VIH e do SIDA nos adolescentes e jovens adultos: investigação do conhecimento, atitudes e comportamento sexual.** Psicologia: Teoria, investigação e prática, nº2, p.279-304.
- DECRETO-LEI n.º437/91. Diário da República, 1.ª série - A, nº 257 (8-11-1991). 5723-5741. Acedido em 10/01/2013. Disponível em: http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2011/02/Decreto-Lei_437_91.pdf
- DECRETO-LEI n.º3/84. **Educação Sexual e Planeamento Familiar.** Diário da República. 1.ª série, nº-71 (07/03/1984), 3-24.
- DECRETO-LEI n.º60/2009. **Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar.** Diário da República, 1.ª série, nº-151 (06/08/2009), 5097-5098.
- DEJOURS, C. (1993) - **Intelligence pratique et sagesse pratique: deux dimensions méconnues du travail réel.** Education Permanente, 116, p.47-70.
- DEMARAY, M.; RUFFALO, S. (1995) - **Social skills assessment: A comparative evaluation of six published rating scales.** Schol Psychology Review, 24: 648-672
- DENZIN, N. (1989) - **Interpretive interaccionism.** Newbury Park: Sage.

- DENZIN, N. K. & LINCOLN, Y. S. (org) (2006) – **O planeamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed.
- DIAS, Alda et al (2002) - **Educação da sexualidade no dia-a-dia da prática educativa**. Braga: Edições Casa do Professor. ISBN 972-98584-4-6.
- DIAS, S. M. F. (2009) - **Comportamentos Sexuais nos Adolescentes: Promoção da Saúde Sexual e Prevenção do VIH/Sida**. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- DIAS, S.; MATOS, M. G.; GONÇALVES, A. (2007) - **Perceção dos adolescentes acerca da influência dos pais e pares nos seus comportamentos sexuais**. *Análise Psicológica* Vol.4 (XXV), p.625-634.
- DIAS; Ana; RODRIGUES, Manuel (2009) - **Adolescentes e a sexualidade: contributo da educação, da família e do grupo de pares adolescentes no desenvolvimento da sexualidade**. Referência. II Série, nº10 (Julho 2009), p.15-22. Acedido a 10/01/2014. Disponível em: http://www.esenfc.pt/ui/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2140&id_revista=4&id_edicao=27
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) (2005) - **Programa Nacional de Saúde dos Jovens (Proposta)**. Lisboa: Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- DIREÇÃO GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (1990) – **Doenças Transmitidas Por Via Sexual**. Lisboa: Direcção de Serviços de Doenças Transmissíveis e Parasitoses.
- DOLBEC, A. (2003) - **A investigação-acção**. In Gauthier, B. *Investigação social: da problemática à colheita de dados* (pp. 483-512). Loures: Lusociência.
- DUARTE, Maria (1999) - **Investigação em ensino das ciências: Influências ao nível dos manuais escolares**. *Revista Portuguesa de Educação* [em linha]. Vol. 12, nº2. p. 227-248. Acedido em: 10/07/2013. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/494>

- DUMAS, Didier (2010) – **A sexualidade dos adolescentes contada por eles próprios**. Lisboa: Editorial Bizâncio Lda. ISBN 978-972-53-0454-9
- ELLEN, J.M. MONASTERIO, E. B. (2001) – **Doenças transmitidas sexualmente**. In Campos; Douglas. Cuidados de saúde preventivos. McGraw Hill
- ELLIOTT Lawrie et al (2013) - **Has untargeted sexual health promotion for young people reached its limit? A quasi-experimental study**. Journal of Epidemiology & Community Health. N°67 (Fevereiro 2013), p.398-404. Acedido a 4/09/2013. Disponível em : ech.bmj.com/content/early/2013/02/19/jech-2012-201034.full
- ENAH C, SOMMERS M, MONEYHAM L, ANN LONG C, CHILDS G (2010) - **Piloting an HIV Prevention Intervention for Cameroonian Girls**. J Assoc Nurses AIDS Care. Vol.21, n°6 (Novembro/Dezembro 2010). Acedido a 23/04/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20413329>.
- ERICKSON, F. (1989) - **Métodos Cualitativos de Investigación sobre la Enseñanza**. In M. Wittrock (Ed.), La investigación de la enseñanza, II. Barcelona: Paidós – M.E.C., p.195-301.
- ESERE, Mary Ogechi (2008) - **Effect of sex education programme on at-risk sexual behaviour of school-going adolescents in Ilorin, Nigeria**. African Health Sciences. Vol. 8, n° 2, p.120-125.
- ESTRELA, Maria Teresa; ESTRELA, Albano (org.) (2001) – **IRA – Investigação, reflexão, ação e formação de professores**. Estudos de caso. Porto: Porto Editora Lda. ISBN 972-0-34158-0
- EVAX; TAMPAX (2009) - **A Adolescência e Tu**. Manual do professor. Projecto educativo para o 9º ano. Ano lectivo 2009/2010. Arbora & Ausonia.
- EWLES, L., & SIMNETT, I. (1999) - **Promoting health: A practical guide**. London: Baillière Tindall.
- FARIA, Humberto; CARVALHO, Graça (2004) - **Escolas promotoras de saúde: factores críticos para o sucesso da parceria escola-centro de saúde**. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol.22, n° 2 (Julho/Dezembro 2004), p.79-90.

- FEDERAÇÃO INTERNACIONAL PARA O PLANEAMENTO FAMILIAR (1988) - **Manual de Planeamento Familiar Para Médicos**. 6ª Edição, Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- FELICIANO, I.; AFONSO, R. (2012) - **Estudo sobre a auto-estima em adolescentes dos 12 aos 17 anos**. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Vol.13, nº2, p.252-265. EISSN - 2182-8407. Acedido a 10/10/2014. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v13n2/v13n2a09.pdf>
- FENWICK, Elizabeth; Smith, Tony (1995) - **Adolescência**. Edição nº3780, Barcelos: Editora do Minho S.A.
- FERNANE, S. et al (2012) - **Effective Health Promotion Strategies to Reduce Sexually Transmitted Infections: A Rapid Review**. Region of Peel. January 2012. Acedido a 18/09/2014. Disponível em : <http://www.peelregion.ca/health/resources/pdf/EffectiveHealth.pdf>
- FERREIRA, M. C. (1996) – **Desenvolvimento psicossocial do adolescente**. APF (textos de apoio ao gabinete de apoio ao jovem).
- FERREIRA, Maria M.; TORRAL, Maria C. (2011) - **Estilos de vida na adolescência: comportamento sexual dos adolescentes portugueses**. *Rev Esc Enferm USP*. Vol.45, nº3, p.589-95. Acedido em : 7/10/2014. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a06.pdf>
- FERREIRA, Pedro (2010) - **Contextos da iniciação sexual – idade, relacionamento e geração**. In FERREIRA, P. M.; CABRAL, M. V. (org.) et al. *Sexualidades em Portugal: Comportamentos e riscos*. Lisboa: Editorial Bizâncio. p.231-288. ISBN 978-972-53-0461-7.
- FISCIAN V. S. et al (2009) - **Adapting a multifaceted U.S. HIV prevention education program for girls in Ghana**. The Guildford Press. *AIDS Education and Prevention*. Vol.21, nº1, p.67–79.
- FLEMING, Manuela (1997) – **Adolescência e Autonomia. O Desenvolvimento Psicológico e a Relação com os Pais**. 2ª Edição. Porto: Afrontamento.

- FLORA, M; RODRIGUES, R; PAIVA, H (2013) - **Intervenções de educação sexual em adolescentes: uma revisão sistemática da literatura.** Revista d'Enfermagem Referência. III Série, nº10 (Julho 2013), p.125-134.
- FONNER, Virginia et al (2014) - **School Based Sex Education and HIV Prevention in Lowand Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis.** PLOS ONE. Vol. 9, nº 3 (Março 2014). Acedido a 10/10/2014. Disponível em : <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0089692>
- FONSECA, Helena (2002 - **Compreender os adolescentes: Um desafio para pais e educadores.** 3ª ed. Lisboa: Presença.
- FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – **O processo de Investigação: da conceção à realização.** Loures : Lusociência.
- FRADE, Alice et al (2009) - **Educação Sexual na Escola. Guia para Professores, Formadores e Educadores.** 6ª Edição, Lisboa: Texto Editores, Lda.
- FRASQUILHO, M. A (1996) - **Comportamentos Problema: Factores Protectores e Educação para a Saúde. Ocaso da toxicodependência.** Queluz: Laborterapia.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO – UNFPA (2013). **Motherhood in Childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy.** State of World Population 2013. EDITORIAL TEAM
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO (2005) - **A situação da população mundial 2005: A promessa de igualdade: Equidade em matéria de género, saúde reprodutiva e objectivos de desenvolvimento do milénio.** New York: FNUAP.
- GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J.C. (2005) - **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos.** 3ª Ed. São Paulo: Phorte Editora.
- GASPAR, Tania et al (2006) - **Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/SIDA em adolescentes migrantes.** Psicologia, Saúde &

Doenças. Lisboa. Vol.7, nº2, p.299-315. Acedido a 10/10/2013. Disponível em:
http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862006000200011&script=sci_arttext

GEASLER, M., DANNISON, L.; EDLUND, C. (1995) - **Sexuality education of young children: parental concerns**. Family Relations, nº44, p.184-188.

GESELL, Arnold et al (1978) - **O Jovem dos 10 aos 16 Anos**. Lisboa: D. Quixote.

GIL, A. Carlos (1989) – **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. S. Paulo: Editora Atlas.

GIL, A.; INACIO, A. (2010) - **Corpo das Palavras – Kit bibliográfico de apoio às acções de educação sexual do primeiro ciclo no ensino básico**. Associação para o Planeamento da Família. Acedido em : 25/09/2014. Disponível em :
<http://www.apf.pt/?area=002&mid=005>

GOETZ, J. E LECOMPTE, M. (1984) - **Ethnography and qualitative design in educational research**. New York: Academic Press.

GONZALEZ, P. P. (1987) – **Jovens de Tavira desconhecem contraceção**. Planeamento Familiar. nº34, p.2-5.

GRESHAM, F.; ELLIOT, S. (1990)- **Social Skills rating system**. Circle Pines, MN: American Guidance Service.

GRUCHOW, Harvey; BROWN, Roger (2011) - **Evaluation of the Wise Guys Male Responsibility Curriculum: Participant-Control Comparisons**. Journal of School Health. Vol.81, nº3 (March 2011), p.152-158.

GULLOTTA, T. P. (2000) - **Adolescent Experience**. San Diego: Academic.

HAGAN, J. F. et al (2001) - **Pediatrics**. Career and Teccnhical Education, Vol.108, nº2.

HAIGNERE, C. et al (1996) - **Teachers' receptiveness and comfort teaching sexuality education and using non-traditional teaching strategies**. The Journal of School Health. Vol. 66, nº 4, p.140-144.

- HARTER, SUSAN (1993) - **Causes and consequences of low self-esteem children and adolescents.** In Roy F. Baumeister Ed., *Self-esteem – The puzzle of low self-regard*, p. 87-116. New York: Plenum Press
- HEALTH CANADA (2003) - **Canadian guidelines for sexual health education.** Published by the authority of the Minister of Health, Community Acquired Infections Division, Centre for Infectious Disease Prevention and Control. Ottawa, Ontario: Health Canada
- HEALTH CANADA (2008) - **Canadian guidelines for sexual health education.** Ottawa, Ontario: Public Health Agency of Canada, Health Canada ISBN: 978-0-662-48083-9
- HENDERSON, M. et al (2007) - **Impact of a theoretically based sex education programme (SHARE) delivered by teachers on NHS registered conceptions and terminations: final results of cluster randomised trial.** *British Medical Journal*. N°334, p.133–136. Acedido a 10/10/2014. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/334/7585/133>
- HOCKENBERRY, Marilyn. J.; WILSON David (2014) - **Wong. Enfermagem da criança e do Adolescente.** 9ª Edição. Loures: Lusociência, Edições técnicas e científica Lda. ISBN 978-989-748-004-1. 2 vol.
- HOCKENBERRY, Marilyn. J.; WILSON, David (2011) - **Wong. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.** 8ª Edição. São Paulo: Elsevier Editora Lda.
- INSTITUTO DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL. **Classificação Nacional de Profissões.** Acedido em 12/08/2013. Disponível em: <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1998) – **Inquérito à Fecundidade e Família.** Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2001) - **Censos 2001, resultados definitivos.** Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- IPPF/INTERNATIONAL MEDICAL ADVISORY PANEL (1995) – **Declaração sobre Contraceção para Adolescentes.** Sexualidade & Planeamento Familiar.

Lisboa: Associação para o Planeamento da Família. Série 2, nº6 (Abril – Junho 1995), p. 19-21.

JAHANFAR, S. et al. (2008) – **Improvements of knowledge an perception towards HIV/AIDS among secondary school students after two hours talk.** The Medical Journal of Malaysia. Vol.63, nº4, p.288-292.

JARDIM, Jacinto (2010) - **Programa de Desenvolvimento de Competências Pessoais e Sociais: Estudo para a promoção do sucesso académico.** Instituto Piaget. Lisboa: Horizontes Pedagógicos

JINGFANG, H. J. et al (2010) - **Development of a theory-based sexual and reproductive health promotion and HIVprevention program for Chinese early adolescents.** Nursing and Health Sciences, nº12, p.360–368.

KAKAVOULIS, A. (2001) - **Family and Sex Education: a survey of parental attitudes.** Sex Education, Vol.1, nº2, p.163-174.

KIRBY, D. (2001) - **Emerging answers: research findings on programs to reduce teen pregnancy.** Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy (Summary)

KIRBY, D. (2002) - **The impact of schools and schools programs upon adolescent sexual behaviour.** Journal of Sex Research. Vol.39, nº1, p.27-33.

KIRBY, D. B., LARIS, B. A. ; ROLLERI, L. A. (2006) - **The Impact of sex and HIV education programs in schools and communities on sexual behaviors among young adults.** Durham: Family Health International.

KIRBY, D., LARIS, B., ROLLERI, L. (2006) - **Sex and HIV Education. Programs for Youth: Their Impact and Important Characteristics.** Family Health International, Scotts Valley.

KOO, Helen P. et al (2011) - **Valuation of a randomized intervention to delay sexual initiation among fifth-graders followed through the sixth grade.** Sex Education. Vol.11, nº1 (February 2011), p.27–46.

LAKATOS, Eva; MARCONI, M. A. (1991) – **Técnicas de Pesquisa.** S. Paulo: Atlas.

- LAMY, Michel (1996) – **As Camadas Ecológicas do Homem**. Lisboa: Perspectivas Ecológicas.
- LAPERRIÈRE, A. (2003) - **A Observação Directa**. In B. Gauthier, *Investigação Social: da problemática à colheita de dados*. Loures: Lusociência, p.258-278.
- LASH, Sandra (1990) – **Convicções e comportamento na educação da saúde**. *Revista Nursing – Edição Portuguesa n°27 (Abril 1990)*, p.46-48. ISSN: 0871-65196.
- LEITÃO, L. M. (1990) - **Educação Sexual nas Escolas**. *Saúde e Escola*, n°15 (Junho 1990), p.4-9.
- LEMONS, M., & MENESES, H. (2002) - **A avaliação da competência social: Versão portuguesa da forma para professores do SSRS**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Vol.18, n°3, p.267-274.
- LEURS, M. et al (2007) - **Focus points for school health promotion improvements in Dutch primary schools**. *Health Education Research*, vol.22, n°1, p.58–69.
- LEVISKY, David Leo (1995) – **Adolescentes**. *Reflexões Psicanalíticas*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- LIMA, Maria L. (2000) – **Atitudes: Estrutura e mudança**. In VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria. *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Caloust Gulbenkian.
- LIMA, Maria L. (2003) – **Terramotos, amor e outras coisas perigosas: uma abordagem psicossociológica da percepção de riscos**. In LIMA, M. L.; CASTRO, P.; GARRIDO, M. - *Temas e Debates em Psicologia Social*. Lisboa: Livros horizonte.
- LOPES, Gerson (1993) – **Sexualidade Humana**. São Paulo, Editora Médica e Científica.
- LOPES, J. et al (2006) - **Competências Sociais: aspetos comportamentais, emocionais e de aprendizagem**. Braga: Psiquilíbrios Edições
- LOPES; Manuel J. (2006) - **A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma Teoria de Médio Alcance**. Coimbra: Formasau – Formação e saúde Lda.

- LOPEZ, F & FUERTES, A (1999) – **Para compreender a sexualidade** (A M. Marques e L. Silva, Trad.). Lisboa: Associação para o Planeamento da Família. (obra original publicada em 1989)
- LOPEZ, F. & OROZ A. (1999) – **Para comprender la vida sexual del adolescente**. Navarra: Editorial Verbo Divino.
- LÓPEZ, Félix (2005). **La educación sexual de los hijos**. Madrid: Ediciones Pirámide.
- LÓPEZ, Félix (2005). **La educación sexual**. Madrid: Biblioteca Nueva.
- LOPEZ, Félix; FUERTES, A (2001) – **Para comprender la sexualidade**. 9ª Ed. Editorial: Verbo Divino
- LÓPEZ, SÁNCHEZ (2014). **Educação Sexual Hoje**. Portal de Saúde Sexual e Reprodutiva. Acedido em 29/08/2014. Disponível em: <http://www.apf.pt/?area=002&mid=003&sid=004>
- LOUREIRO, Fernanda (1990) - **Informação Sexual dos Adolescentes - Grau e Conhecimentos, Relação com Comportamentos e Opiniões**. Revista Portuguesa de Saúde Pública. nº2, p.17-21.
- LUCAS, Santos (1993) – **A sexualidade desprevenida dos portugueses**. Lisboa: McGraw Hill.
- LUDKE, M. e ANDRÉ, M. (1986) - **Pesquisa em Educação: Abordagens qualitativas**. São Paulo: E.P.U.
- MACHADO, P. (1985) – **Ecologia Humana**. S. Paulo: Cortez Editora / Autores Associados
- MARINHO, S.; ANASTÁCIO, Z. (2012) - **Conceções de adolescentes dos 10 aos 18 anos sobre educação sexual e sexualidade**. In ALBUQUERQUE, C. et al - **Comportamentos de Saúde Infanto-Juvenis: Realidade e Perspetivas**. Instituto Politécnico de Viseu: Escola Superior de Saúde, p.441-451.
- MARQUES, António (coord.) et al (2000) - **Educação Sexual em Meio Escolar - Linhas orientadoras**. Lisboa: Ministério da Educação, Ministério da Saúde, 2000. ISBN 972-783-035-8

- MARQUES, E; SILVA, M. (1999) – **Educação para a Saúde/ Sexualidade... uma experiência a partilhar...** Sinais Vitais, nº26 (Setembro 1999), p.33-36.
- MASON, S. (2010) - **Braving it out! An illuminative evaluation of the provision of sex and relationship education in two primary schools in England.** Sex Education, Vol.10, nº2, p.157-169.
- MATOS, M. (1997) - **Comunicação e Gestão de Conflitos na Escola.** Lisboa: Edições FMH.
- MATOS, Margarida et al (2003) - **A saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois): relatório português do estudo HBSC 2002.** Lisboa: FMH.
- MATOS, Margarida et al (2003) - **Aventura social, etnicidade e risco: prevenção primária do VIH em adolescentes de comunidades migrantes.** Lisboa: FMH [em linha]. Acedido a 05/07/2014. Disponível em : http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio_Migrantes.pdf
- MATOS, Margarida, (coord.) et al (2008) - **Sexualidade, segurança & sida: estado da arte e propostas em meio escolar.** Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.
- McCAFFREE, K. & MATLACK, A. L. (2001) - **Does Sexuality Education Last? Self-Reported Benefits of a High School Comprehensive Sexuality Education Course.** Journal of Sex Education & Therapy. Vol.26, nº4, p.347-357.
- McCARY, J. L. (1980) – **A sexualidade humana.** Coimbra: livraria Almedina.
- MCKAY, M. (1991) - **Autoestima: Evaluación y Mejora.** Barcelona: Martínez Roca.
- MCTAGGART (1997) – **Reading principles for participatory action research.** In MCTAGGART (Ed.) Participatory action research. International contexts and consequences. New York: State University of New York Press, p.25-44.
- MENEZES, I. (2007) - **Intervenção Comunitária: Uma Perspectiva Psicológica.** Porto: Livpsic.
- MENEZES, Isabel (1990) – **O desenvolvimento Psicosexual.** In CAMPOS, B. - Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens. Lisboa: UA.

- MIGUEL, N. S. (1983) - **Informação Sexual**. In Boletim de Educação Sanitária, Vol VI, nº2 (Dezembro 1983), p.19-23.
- MIGUEL, N. S. (1987) – **A Sexualidade na Adolescência e Juventude**. In GOMES, F. A.; ALBUQUERQUE, A; NUNES, J. Silveira - Sexologia em Portugal. I Volume, Lisboa: Texto, Lda., p.78-83.
- MIGUEL, N. S. (1990) - **Os Jovens e a Sexualidade**. 5ª Edição.
- MIGUEL, N. S. (1994) – **Os Jovens e a Sexualidade**. 6ª Ed., Lisboa, Comissão da Condição Feminina, EPNC.
- MIGUEL, Nuno; VILAR, Duarte (1987) – **Afetividade e sexualidade no contexto cultural e social português**. Lisboa: IED, Vol. XII.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2003) - **Saúde na comunidade: Guia orientador para elaboração de indicadores**. Lisboa: DGS.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004) - **Plano Nacional de Saúde 2004-2010**. Volume I – Prioridades; Volume II – Orientações estratégicas. Lisboa: Ministério da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (2006) - **Protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde**. Acedido em: 20/08/2014. Disponível em: http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1CEE249-8AA5-4B5F-BA05-866C7D3D57E8/0/ProtocoloME_MS.pdf
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Despacho nº 12045/2006 de 07 de Junho**. Programa Nacional de Saúde Escolar. D.R. 2ª série, nº110.
- MONTEIRO, M.; SANTOS, M.R. (1995) – **Psicologia**. 1ºVolume. Porto Editora.
- MONTEIRO, VERA (2012) - **Promoting Self-Concept and Self Esteem through a Peer Reading Program**. Psicologia: Reflexão e Crítica. Porto Alegre. Vol.25, nº1, p.147-155
- MOREIRA, Paulo (2005) - **Ser Professor: Competências básicas**. Resolução de problemas, tomada de decisões, gestão de emoções e promoção da saúde. Coleção Crescer a Brincar. Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-14069-0.

- MRUK, Chris (1999) - **Auto-estima: Investigación, teoría & práctica**. 2ª Edição. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- MUELLER T.; GAVIN L.; KULKARNI, A. (2008) - **The association between sex education and youth's engagement in sexual intercourse, age at first intercourse, and birth control use at first sex**. J Adolesc Health. Vol.42, nº1 (Janeiro 2008), p.89-96. Acedido a 20/09/2014. Disponível em : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18155035>
- MURTEIRA, Bento et al (2002) – **Introdução à Estatística**. Lisboa: McGraw-Hill.
- NATIONAL AGENCY FOR EDUCATION (2001) - **Curriculum Development for Social Inclusion. Experiences from Sweden**. Stockholm, Sweden, December 2001. Acedido a 21/09/2014. Disponível em : <http://www.ibe.unesco.org/curriculum/Balticpdf/sweden.pdf>
- NEGRI, P. S. (2013) - **A intencionalidade pedagógica como estratégia de ensino**. Acedido em 10/06/2014. Disponível em: <http://lilianamaro.wordpress.com/2013/03/14/a-intencionalidade-pedagogica-como-estrategia-de-ensino-paulo-sergio-negri/>
- NELAS, PAULA (2010) - **Educação Sexual em Contexto Escolar: uma intervenção contra a vulnerabilidade na vivência da sexualidade adolescente**. Aveiro: Tese de Doutoramento apresentada na Universidade de Aveiro.
- NETO, António et al. (1999) – **Estereótipos de Género**. Lisboa: Comissão Para a Igualdade e Para os Direitos das Mulheres.
- NETO, O.; CERQUEIRA-SANTOS, E. (2012) - **Sexual Behavior and Self-Esteem on Adolescents**. Contextos Clínicos. Vol.5, nº2 (Julho-dezembro 2012), p.100-111.
- NODIN, Nuno (2001) – **Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX**. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família. ISBN 972-8291-07-8.
- NÚCLEO DE VIGILÂNCIA LABORATORIAL DE DOENÇAS INFECCIOSAS DO INSA (2010) - **Infecção VIH/Sida – A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2009** Doc. 141. Lisboa 2010

- OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIA DE SAÚDE) (1985) – **As Metas da Saúde Para Todos**. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**. Acedido em 10/09/2013. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- PACHECO, Silvia; CUNHA, Susana (2006) – **A Educação para a Saúde nos Cuidados de Saúde Primários: o papel do enfermeiro**. Revista Nursing – Edição Portuguesa nº211 (Junho 2006), p.19-22. ISSN: 0871-6196.
- PADHY, Gouri; PATTANAYAK, Anasuya; JENA, Dhaneswari (2013) - **Effectiveness of Planned Teaching Programme on Reproductive Health Among Adolescent Girls**. Indian Medical Gazette, Agosto 2013. p.287-290.
- PALMA-OLIVEIRA, J. M. (1992) – **Stress ambiental: um selectivo ponto da situação e modelo explicativo**. Revista Portuguesa de Psicologia, nº28, p.13-77.
- PATRÍCIO, Manuel Ferreira (1996) - **A Escola Cultural Horizonte Decisivo da Reforma Educativa Educação Hoje**. Lisboa: Texto Editora.
- PEREIRA, M.; FREITAS, F. (2002) - **Educação Sexual – Contextos de sexualidade e adolescência**. Porto: Edições Asa.
- POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardette P. (1995) - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- POLIT, D. & BECK, C. (2004) – **Nursing Research: Principles and Methods**. 7ª Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- PORTAL DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA (2011) - **Educação sexual na escola**. Centro de recursos para professores. Acedido em 3/12/2011. Disponível em: <http://www.apf.pt/?area=002&mid=001&sid=001&ssid=001>

- PRAZERES, Vasco (1998) – **Saúde dos adolescentes. Princípios orientadores.** Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- PRAZERES, Vasco (2002) – **Adolescentes, pais e tudo o mais.** Lisboa: Texto Editora Lda.
- PRECIOSO, J. (2009) - **As escolas promotoras de saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar.** Educação: Porto Alegre. Vol.32, nº1, p.84-91.
- PROGRAMA REGIONAL DE EDUCAÇÃO SEXUAL EM SAUDE ESCOLAR (PRESSE) (2014) - **O que é o PRESSE?** Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.; Ministério da Saúde; Ministério da Educação e Ciência; Direcção Geral dos Estabelecimentos Escolares – Direcção de Serviços da Região Norte. Acedido a 20/09/2014. Disponível em : <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/presse>
- PUERTO, Cosme (2009) - **Educação Sexual e a Escola.** Lisboa: idbooks. ISBN 978-989-9192-03-5.
- QUILES, M. J.; ESPADA, J. P. (2009) - **Educar para a auto-estima: Propostas para a escola e para o tempo livre.** 2ª Ed.. Sintra: K Editora.
- RADDI, Sudha ; RAJAPUT, Ashakumari; KHARDE, Sangeeta (2010) – **Effectiveness of planned teaching program (PTP) on knowledge of sex education among adolescent girls.** Journal of South Asian Federation of Obstetrics and Gynecology. Vol.2, nº 1, p. 85-88.
- RAMIRO, L., MATOS, M. (2008) - **Perceções de professores portugueses sobre educação sexual.** Revista de Saúde Pública. Vol.42, nº4, p.684-692.
- RAMIRO, L., REIS, M., MATOS, M. (2010) - Educação sexual: propostas para escolas. In MATOS, Margarida (coord) et al. - **Sexualidade, afectos e cultura: Gestão de problemas de saúde em meio escolar.** Lisboa: Coisas de Ler. ISBN 978-989-8218-49-0. p.203-244.

- RAMIRO, L.; MATOS, M. G.; VILAR, D. (2008) - **Factores de sucesso da Educação Sexual em Maio escolar**. Educação Sexual em Rede. Lisboa: APF, nº3, p.8-13.
- RAMIRO, Lúcia (2013) - **A Educação Sexual na Mudança de Conhecimentos, Atitudes e Comportamentos sexuais dos Adolescentes**. Lisboa : Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana. Tese de Doutoramento. Acedido a 4/10/2014. Disponível em : http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/5862/1/Lucia_Ramiro_Dout.pdf
- RAMIRO, Lúcia et al (2011) - **Educação sexual, conhecimentos, crenças, atitudes, e comportamentos nos adolescentes**. Revista Portuguesa de Saúde pública. Vol.29, nº1, p.11-21.
- RAMOS, Isabel (2000) - **Aplicações das tecnologias de informação que suportam as dimensões estrutural, social, política, simbólica do trabalho**. Acedido em 12/12/2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/181>
- RAO, R. et al. (2008) – **Effectiveness of reproductive health education among rural adolescent girls: a school based intervention study in Udupi Taluk, Karnataka**. Indian Journal of Medical Sciences. Vol.62, nº 11, p.439-443.
- REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS (REPE). [S.l.]: Ordem dos Enfermeiros, 1996. Acedido a 10/09/ 2014. Disponível na em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- REIS, Maria Helena, VILAR, Duarte (2004) - **A implementação da educação sexual na escola: Atitudes dos professores**. Análise Psicológica. 4 (XXII), p.737-745.
- REIS, Marta et al (in press, 2013) - **Determinants influencing male condom use among university students in Portugal**. International Journal of Sexual Health

- RIBEIRO, José Luís Pais (1996) – **Questões acerca da avaliação do comportamento sexual**. Análise Psicológica, nº1, Série XIV, p.13-21.
- RIBEIRO, José Luís Pais (1998) – **Psicologia e saúde**. Lisboa: ISPA. ISBN 972-8400-07-1.
- RIBEIRO, José Luís Pais (2008) – **Investigação e avaliação em psicologia e saúde**. 2ª Ed. Lisboa: Livpsic. ISBN 978-989-8148-16-2.
- RIBEIRO, Teresa Tomé (2006) – **Educação da Sexualidade na Escola: Um treino de competências**. Braga: Edições Casa do Professor. ISBN 978-972-8850-14-2.
- RIFKIN, S., & PRIDMORE, P. (2002)- **Partners in planning: Information, participation and empowerment**. Health Promotion International, nº17, p.285-286.
- RIJSDIJK, Liesbeth et al (2011) - **He World Starts With Me: A multilevel evaluation of a comprehensive sex education programme targeting adolescents in Uganda**. BMC Public Health, p.11:334. Acedido em : 01/08/2013. Disponível em : <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/334>
- ROBERTSON, A.; CECCON, C.; UNICEF, ZIMBABWE (SD) - **Educação para a Saúde na Escola para prevenção da SIDA e de outras DST**. Documentos para o desenvolvimento de programas escolares. Guia do Planificador. Organização Mundial de Saúde, UNESCO, ONUSIDA
- RODRIGUES, J. (2002) - **Os jovens e a sexualidade**. Coimbra: Centro de Atendimento a Jovens
- RODRIGUES, J. M. (1989) – **O Enfermeiro e a Sexualidade**. Nursing, Ano 2, nº18 (Julho 1989), p.25-30.
- RODRIGUES, J. M. G. (2003) - **Conhecimentos e experiências sexuais dos jovens estudantes do ensino superior**. Millenium. Viseu. Vol.8, nº28 (Outubro 2003), p.149-173.
- RODRIGUES, M., PEREIRA, A., BARROSO, T. (2005) - **Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde**. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-52-2.

- ROQUE, Otilia (2001) – **Semiótica da cegonha. Jovens, sexualidade e risco de gravidez não desejada**. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- SA, Eduardo (2003) - **Adolescentes somos nós**. 2ª Ed. Lisboa: Edições Fim de Século. ISBN 972-754-139-9.
- SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. (2001) – **Adolescência: prevenção e risco**. São Paulo: Editora Atheneu.
- SAMPAIO Daniel (coord.) et al (2005) - **Grupo de trabalho de educação sexual. Educação para a saúde: relatório preliminar**. [em linha]. Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Ministério da Educação; Acedido em 2/07/2007. Disponível em: http://www.dgicd.min-edu.pt/saude/Documents/Relatorio_Preliminar_ES_31-10-2005.pdf
- SAMPAIO Daniel (coord.) et al (2007a) - **Grupo de trabalho de educação sexual Educação para a saúde: relatório de progresso**. [em linha]. Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Ministério da Educação; Acedido em 2/07/2007. Disponível em: http://www.dgicd.min-edu.pt/saude/Documents/Relatorio_progressoGTES.pdf.
- SAMPAIO Daniel (coord.) et al (2007b) - **Grupo de trabalho de educação sexual. Educação para a saúde: relatório final**. [em linha]. Lisboa: Direcção-Geral d'Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Ministério da Educação; 2007b. Acedido a 30/09/2007. Disponível em: http://www.dgicd.min-edu.pt/saude/Documents/GTES_RELATORIO_FINAL.pdf
- SAMPAIO, Daniel (1993) – **Ninguém morre sozinho**. O Adolescente e o Suicídio. 4º Edição, Lisboa: Caminho.
- SAMPAIO, Daniel (1993) – **Vozes e ruídos**. Diálogos com Adolescentes. 2ª Edição, Lisboa: Caminho.
- SAMPAIO, Daniel (1994) – **Inventem-se novos pais**. 7ª Edição, Lisboa: Editorial Caminho. ISBN 972-21-0903-0

- SAMPAIO, Daniel (2000) – Sexualidade na adolescência. In BARBOSA, António; GOMES-PEDRO, João – **Sexualidade**. Lisboa: Departamento de Educação Médica, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- SAMPAIO, Daniel (2006) - **Lavrar o Mar : Um olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos**. Lisboa: Editorial Caminho
- SANDERS, P. & SWIDEN, L. (1995) - **Para me conhecer, para te conhecer: estratégias de educação sexual para o 1º e 2º ciclo do ensino básico**. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família
- SANTOS, L. (2000) - **A prática lectiva como actividades de resolução de problemas**. Lisboa: Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento.
- SANTOS, Elci; MORAIS, Carlos; PAIVA, João (SD) – Formação de Professores para a Integração das TIC no Ensino da Matemática – Um Estudo na Região Autónoma da Madeira. Acedido em 09/12/2014. Disponível em <http://www.jcpaiva.net/getfile.php?cwd=curriculum/09Publicacoes/0905ArtigosConfIntern/090518Formprofintgrticmat&f=9ee77>
- SANTOS. A., & CARVALHO, C. V. (2006) - **Gravidez na adolescência: Um estudo exploratório**. Boletim de Psicologia, Vol. LVI, nº125, p.135-151. Acedido em: 09/10/2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v56n125/v56n125a02.pdf>
- SAVATER, Fernando (1997) - **O Valor de Educar**. Lisboa : Editorial Presença,
- SCHÖN, D. A. (1983) - **The reflective practioner: How professionals think in action**. Aldershot Hants: Avebury.
- SCHÖN, Donald A. (1987) – **Educating the reflective practitioner**. San Francisco : Jossey-Bass Inc., Publishers.
- SEARS, J. (1992) - Problematics of change, in: J.T. SEARS (Ed). **Sexuality and the Curriculum**. New York, Teachers College Press.
- SEBASTIÃO, L.M. (2008) - Do Cogito Antropológico à escola Cultural. in PATRICIO, Manuel Ferreira - Liber Amicorum **“Da filosofia, Da Pedagogia, Da Escola**. Universidade de Évora

- SIECUS - Sexuality Information and Education Council of the United States (2004) - **Guidelines for Comprehensive Sexuality Education: Kindergarten-12th Grade**. Washington: Sexuality Information and Education Council of the United States.
- SILVA, I. V. P. (2006) – **Educação para os valores em sexualidade: Um estudo com futuros professores e alunos do 9º ano de escolaridade**. Braga. Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade do Minho..
- SILVA, M. O. (1992) – **A gravidez na adolescência: relevância clínica da intervenção pré-natal**. Lisboa: Faculdade de Medicina.
- SIMÕES, C. (2007) - **Comportamentos de risco na adolescência**. Lisboa: Fundação Caloute Gulbenkian /FCT.
- SIMÕES, Celeste.; MATOS, Margarida (2010) – Comportamentos de risco na adolescência: factores associados ao início precoce da actividade sexual.In MATOS, M. (2010) – **Sexualidade: afetos e cultura. Gestão de problemas de saúde em meio escolar**. Lisboa: Coisas de ler Edições. ISBN 978-989-8218-49-0. p.33-55.
- SIM-SIM, Margarida (2002) - **O Auto-conceito Sexual**. Lisboa: Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia.
- SMYLIE, E. ; MATICKA-TYNDALE, D. ; BOYD (2008) - **Delivering Sex Education to Grade 9 Students in Canada**. Sex Education. Vol.8, nº1, p.25-46.
- SOMMARTAB, Jetnipit; SOTAC, Chulaporn (2013) - **The effectiveness of a school-based sexual health education program for junior high school students in Khon Kaen, Thailand**. Procedia - Social and Behavioral Sciences, nº91, p.208-214
- SOUSA, Alberto B. (2009) – **Investigação em educação**. 2ª Edição. Lisboa : Livros Horizonte Lda. ISBN 978-972-24-1386-2.

- SOUSA, Ana Paula; SOARES, Isabel; VILAR, Duarte (2007) - **Lessons learnt from a secondary school**. Sex Education Program in Portugal: Sex Education, Vol.7, nº1, (Fevereiro 2007), p. 35–45
- SOUSA, José Teixeira; FIGUEIREDO, Zélia (1986) – **Contraceção na Adolescência: Aspectos Psicológicos**. Planeamento Familiar. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família, nº 31 (Abril-Junho 1986), p.2-4.
- SPITZ, Christian (1996) – **Tudo o que os adolescentes querem saber**. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- SPLENDORIO, D.; REICHEL, L. (2014) - **Tools for Teaching Comprehensive Human Sexuality Education**. San Francisco: Jossey-Bass. ISBN 978-1-118-45303-2.
- SPRINTHALL, Norman A.; COLLINS, W. Andrews (1994) - **Psicologia do Adolescente**. Uma Abordagem Desenvolvimentista. 2ª Edição, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 972-31-0634-5.
- STANDARDS FOR SEXUALITY EDUCATION IN EUROPE (2010) - **A framework for policy makers, educational, and health authorities and specialists**. World Health Organization (WHO Regional Office for Europe) and Federal Centre for Health Education (BZgA), Cologne 2010 (adaptado)
- STEPHENSON, Judith et al. (2008) - **The long-term effects of a peer-led sex education programme (RIPPLE): a cluster randomised trial in schools in England**. Plos Medicine. Vol. 5, nº 11, p. 1579-1590.
- STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. (2002) – **Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista**. 2ª Ed. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda. ISBN 972-8383-29-0.
- SUBTIL, Carlos Lousada (1990) – **Contributos da Enfermagem Para uma Adolescência Feliz**. Nursing, Ano 3, nº25, Fevereiro, p.45-48.
- TAVARES, M. (2003) – **Aborto e contraceção em Portugal**. Lisboa: Livros horizonte.

- TENREIRO-VIEIRA, C. & VIEIRA, R. (2004) - Produção e validação de materiais didáticos de cariz CTS para a educação em ciências no Ensino Básico. In MARTINS et al (Ed) - **Perspectivas Ciência-Tecnologia-Sociedade da Educação em Ciência**. Aveiro: Universidade de Aveiro, p.81-87.
- THATO, R. ; JENKINS, R. ; DUSITSIN, N. (2008) - **Effects of the culturally-sensitive comprehensive sex education programme among Thai secondary school students**. Journal of Advanced Nursing. Vol. 62, nº 4, p.457-469.
- TONES, K.; TILFORD, S. (1994) - **Health education. Effectiveness, efficiency and equity**. London: Chapman & Hall.
- TORTOLERO, Susan R. et al. (2010) - **It's your game: keep it real: delaying sexual behavior with an effective middle school program**. Journal of Adolescent Health. Vol.46, nº 2, p.169-179.
- TUCKER, Janet S. et al (2007) - **The effect of the national demonstration project Healthy Respect on teenage sexual health behaviour**. European Journal of Public Health. Vol.17, nº1 (Feb2007), p33-41. 9p. 4 Charts. DOI: 10.1093/eurpub/ckl044. Database: Academic Search Complete
- UNAIDS (2002) - **Report on the global HIV/AIDS epidemic**. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS (2010) - **Report on the Global AIDS Epidemic Joint United Nations Programme on HIV/AIDS**. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. ISBN: 978 9291738717. Acedido em 02/02/2014 disponível em http://www.unaids.org/globalreport/Global_report.htm
- UNESCO (2008). **Review of Sex, Relationships and HIV Education in Schools**. Paper presented at the Primeiro meeting do UNESCO's Global Advisory Group meeting, Hamburgo. Acedido em : 02/01/2014. Disponibilidade em : <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001629/162989e.pdf>.
- UNESCO (2009) - **International technical guidance on sexuality education**. Vol. I – Rationale for Sexuality Education. Paris: UNESCO.
- UNICEF (1998) – **The progress of nations**: New York.

- UNITED NATIONS POPULATION FUND (2003) - **State of world population - making 1 billion count: investing in adolescents' health and rights** [em linha]. UNFPA. Acedido a 04/07/2014, disponível em: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swp03_eng.pdf
- VALLES, Miguel S. (1997) - **Técnicas Cualitativas de Investigación Social**. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Editorial SÍNTESIS, S.A.
- VASCONCELOS, P. (1998) – Práticas e discursos da conjugalidade e da sexualidade dos jovens portugueses. In CABRAL, M.; FERNANDES, A.; NUNES, J. (Orgs.) – **Jovens portugueses de hoje**. Oeiras: Celta, p.215-305.
- VAZ, Júlio Machado (1987) – A Formação em Sexologia. In GOMES, Francisco Allen; ALBUQUERQUE, Afonso; NUNES, J. Silveira (1987) - **A Sexologia em Portugal**. Lisboa: Texto, Lda., 2 vol. p.180-190.
- VAZ, Júlio Machado; VILAR, Duarte; CARDOSO, Susana (1996) – **Educação Sexual na Escola**. Lisboa, universidade Aberta.
- VEIGA, Luisa et al (2006) - **Sexuality and human reproduction: a study of scientific knowledge, behaviours and beliefs of Portuguese future elementary school teachers**. Sex Education, Vol.6, nº1, p.17-29.
- VESELY SK, et al (2004) - **The potential protective effects of youth assets from adolescent sexual risk behaviors**. J Adolesc Health. Vol.34, nº5, p.356-365.
- VILAÇA, Teresa (2006) - **Ação e competência de ação em educação sexual: uma investigação com professores e alunos do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário**. Braga: Tese de Doutoramento em Educação apresentada na Universidade do Minho.
- VILAR, D. (2005) - **A educação sexual faz sentido no actual contexto de mudança?**. Educação Sexual em Rede [em linha], nº1 (Julho – Setembro 2005), p.8-14. Acedido em 08/08/2013. Disponível em : [http://agasjm-m.ccems.pt/file.php/373/Revista ESR/revista_esr_1.pdf](http://agasjm-m.ccems.pt/file.php/373/Revista_ESR/revista_esr_1.pdf)

- VILAR, D., & FERREIRA P. (2008) - **Educação sexual dos jovens portugueses: Conhecimentos e fontes**. Comunicação apresentada no Seminário de Educação Sexual: estudos, contextos, recursos, experiências, a 17 de Outubro de 2008 no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Acedido a 04/10/2014. Disponível em : http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/Estudo_EdSexJovPort_Apoio-comunicAntFilho.pdf
- VILAR, D.; FERREIRA, P. M.; DUARTE, S. (2009) - **A educação sexual dos jovens portugueses – conhecimentos e fontes**. Educação Sexual em Rede. Lisboa: APF. Nº5, p.2-53.
- VILAR, Duarte (1987) - Aprendizagem Sexual e Educação Sexual. In GOMES, Francisco Allen; ALBUQUERQUE, Afonso; NUNES, J. Silveira (1987) - **A Sexologia em Portugal**. Lisboa: Texto, Lda. 2 vol. p.165-179.
- VILAR, Duarte (2002) - Contributos para a história da educação sexual em Portugal. In MARQUES, A., et al (coord) - **Educação sexual no 2º ciclo. Um guia para professores e formadores**. Lisboa: Texto Editora. p.15-23.
- VILAR, Duarte (2003) - **Falar disso: A Educação Sexual nas Famílias de Adolescentes**. Porto: Edições Afrontamento.
- VILAR, Duarte (2003) - Questões atuais sobre a educação sexual num contexto de mudança. In FONSECA, L., et al (Coord) - **A sexologia: perspectiva multidisciplinar**. Coimbra: Quarteto Editores. p.155-183.
- VILAR, Duarte (2005) - **A educação sexual faz sentido no actual contexto de mudança?**. Educação Sexual em Rede, nº1, p.8-14.
- VILAR, Duarte; CARRIÇO, Elisabete (2010) - **Kit educativo: saúde e sexualidade: 1º ciclo**. Lisboa: APF. ISBN 978-972-8291-30-3
- VILAR, Duarte; CARRIÇO, Elisabete; (2009) - **Kit educativo – saúde e sexualidade: 2º ciclo**. Lisboa: APF. ISBN: 978-972-8291-30-3

- VILELAS JANEIRO, José Manuel (2008) - **Educar sexualmente os adolescentes: uma finalidade da família e da escola?** Rev Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre. Vol. 29, nº3 (Setembro), p.382-390.
- VOSS, J. & KOGAN, L. (2001) - **Behavioral Impact of a Human Sexuality Course.** Journal of Sex Education and Therapy, vol.26, nº2, p.122-132.
- WAGONER, JAMES (Pres.) (2008) - **Sex Education and Other Programs that Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV and Sexually Transmitted Infections.** SCIENCE AND SUCCESS (2ª Ed.). Advocates for Youth. Washington, DC
- WEED, Stan E. et al. (2008) - **An abstinence program's impact on cognitive mediators and sexual initiation.** American Journal of Health Behavior. Vol. 32, nº 1, p.60-73.
- WELSHIMER, K. & HARRIS, S. (1994). A survey of rural parent's attitudes toward sexuality education. Journal of School Health, Vol. 64, nº9, p.347-352.
- WENT, D. (1985). **Sex Education: Some guidelines for teachers.** London: Bell & Human. Modern Teaching Series
- WESTWOOD. J.; MULLAN, B. (2007). Knowledge and attitudes of secondary school teachers regarding sexual health education in England. Sex Education, Vol.7, nº2 (May 2007), p.143-159.
- WHALEY, Lucille F.; WONG, Donna L. (1989) - **Enfermagem Pediátrica.** 2ª Edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- World health organization (1947) - **Chronicle of the World health organization – Development and Constitution of the W. H. O.** New York, Geneva. Vol. 1, nº 1-2. Acedido em: 10/06/2014. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hist/chronicles/chronicle_1947.pdf
- World health organization (1947) - **Chronicle of the World health organization – Development and Constitution of the W. H. O.** New York, Geneva. Vol.1, nº 1-2. Acedido em : 10/06/2014. Disponível em : http://whqlibdoc.who.int/hist/chronicles/chronicle_1947.pdf

- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005) - **Nutrition in adolescence: issues and challenges for the health sector: issues in adolescent health and development.** Geneva: WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); United Nations Children's Fund (UNICEF) (2000) - **Programming for Adolescent Health and Development.** "What should we measure and how?" Risk and protective factors affecting adolescent health and development. Geneva.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO (1994) - **Life skills education for children and adolescents in schools: Introduction and guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programs.** Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse
- WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO (2010) - **Standards for sexuality education in Europe: A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists.** Cologne: Federal Centre for Health Education
- YANG, J., DEDOVIC, K. & ZHANG, Q. (2010) - **Self-esteem and risky decision-making: An ERP study.** Neurocase, vol.16, nº6, p.512-519.
- YAZICI, Saadet et (2011) - **The Level of Knowledge and Behavior of adolescent Male and Female Students in Turkey on the Matter of Reproductive Health.** Sex Disabil. Vol.29, nº3, p.217-227. Acedido em: 10/10/2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3152721/>
- ZAPIAIN, Javier (2003) - **A educação afectivo-sexual na escola.** Sexualidade & Planeamento Familiar, vol.36, p.33-38.
- ZAPIAIN, Javier (Diretor) et al (2005). **UHIN BARE.** Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. Acedido em : 10/08/2009. Disponível em : <http://www.sc.ehu.es/ptwgozaj/ubberri/>

ANEXOS

Anexo 1 - Revisão sistemática da literatura

Tendo como finalidade conhecer a evidência científica acerca da eficácia dos programas de educação sexual, desenvolvidos em meio escolar, dirigidos aos adolescentes, formulamos a questão que norteou a revisão da literatura:

Qual a eficácia dos programas de educação sexual em meio escolar, dirigidos aos adolescentes?

Teve-se como fio condutor nesta revisão identificar os programas de educação sexual com base em intervenções desenvolvidas em meio escolar e avaliar a sua eficácia. Procurou-se desenvolver uma revisão da literatura em que os participantes fossem jovens com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos (considerando a definição de adolescência da OMS), a frequentar a escola e que envolvesse programas baseados em intervenções em sala de aula.

São descritos apenas os programas que atendam aos seguintes critérios de inclusão, nomeadamente:

1. Artigos publicados em bases de dados internacionais;
2. Os participantes serem estudantes com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos;
3. Estudos que avaliam resultados de programas de educação sexual, desenvolvidos em meio escolar;
4. Estudos com distribuição aleatória controlada (RCT), desenhos experimentais e quase-experimentais e estudos qualitativos.

Foram excluídos todos os artigos que não apresentavam informação considerada pertinente, nomeadamente relativa a: Participantes, Intervenções, Comparação, Resultados e Desenho do estudo (PICOD); Ano, País do estudo e autores do mesmo.

A pesquisa realizada reporta-se ao período de Janeiro de 2007 a Dezembro de 2013. No sentido de selecionar os estudos relevantes foram definidas as palavras – chave: sex education/teenagers/youth/adolescents/Prevention/Programs/School/School-based/evaluation.

Após definição das palavras –chave e do período temporal, seguiu-se a pesquisa, nos idiomas de inglês, francês, espanhol e português, sendo apenas rejeitados aqueles a que não tivemos acesso ao texto completo. Foram consultadas as seguintes bases de dados on-line: EBSCO (Pré-CINAHL;CINHAL;MEDLINE; MedicLatina; Nursing Allied Health Collection; British Nursing Index; Cochrane); Scielo; Google Académic.

Foram identificados 230 artigos tendo sido analisados todos os resumos. Destes, e após a leitura dos mesmos, selecionaram-se 49 artigos.

Posteriormente, numa segunda etapa, procedeu-se à leitura integral de cada artigo, tendo sido excluídos 28 por não obedecerem aos critérios de inclusão.

Foram finalmente selecionados 21 artigos, que obedecem aos critérios de inclusão previamente definidos, e sobre os quais se desenvolve a revisão.

Os dados dos estudos foram colocados numa tabela síntese para uma melhor sistematização e compreensão.

Tabela 1: Síntese caracterizadora dos artigos analisados

Programa/Autores/Ano/País	Objectivos	Participantes	Intervenções/Comparações	Resultados	Desenho
<p>AGARIMOS (Carrera-Fernandez, Lameiras-Fernandez, Foltz, Niñez-Mangana, Rodríguez-Castro, 2007) Espanha</p>	<p>Avaliar a eficácia do programa de educação sexual “Agarimos” (programa de desenvolvimento coeducacional e psicossocial) aplicado a adolescentes do 3º ciclo</p>	<p>n= 212</p> <p>92 (grupo de intervenção)</p> <p>120 (grupo de controlo)</p> <p>Idade: 12-16 anos</p>	<p>O programa estrutura-se em 2 grandes blocos temáticos:</p> <p>a) Autoconhecimento e valorização pessoal, que incide fundamentalmente no primeiro ciclo da escola secundária obrigatória, formado pelas áreas de identidade corporal, identidade de género e valorização pessoal.</p> <p>b) Desenvolvimento psicoafectivo e sexual, que se trabalha principalmente no segundo ciclo e é constituído pelas emoções, relações socio-afetivas e comportamento sexual e saúde sexual.</p> <p>Desenvolvidas 28 sessões, de uma hora cada, incidindo no primeiro bloco temático tendo em conta a idade dos participantes.</p> <p>Utilizou uma metodologia ativa, participativa e interativa através de estratégias como a educação por pares, dramatização, rol-playing, grupos de discussão e videoforum.</p>	<p>Obeve-se diferenças significativas na avaliação pos-intervenção entre o grupo de controlo e o grupo experimental nas variáveis conhecimento de órgãos sexuais, conhecimentos sobre nutrição e ideologia do papel sexual, confirmando o efeito positivo do programa na superação dos condicionantes do género no desenvolvimento psicossocial dos adolescentes.</p>	<p>Desenho quase experimental.</p>

Programa/Autores/Ano/País	Objectivos	Participantes	Intervenções/Comparações	Resultados	Desenho
Weed et al., 2008 Virgínia, EUA.	Avaliação do impacto de um programa para o adiamento do início da atividade sexual.	n= 550 Idades: 12-13 anos.	Formação com 9 unidades curriculares divididas por mais de 20 aulas. Mensagem: Abster-se de sexo até ao casamento. Enfatiza o desenvolvimento pessoal e ensina os benefícios para os indivíduos, famílias e sociedade de abster-se de sexo até ao casamento Seguindo as orientações segundo a Teoria dos Mediadores Cognitivos. Momentos de avaliação: Avaliação inicial e final após 1 ano.	Mudanças significativas nos comportamentos e atitudes reveladas pelo adiamento do início da atividade sexual.	Desenho quase experimental.
SHARE (Henderson, M., Wight, D., Raab, G. M., Abraham, C., Parkes, A., Scott, S. & Hart, G., 2007) Escócia	Avaliar o impacto de um programa de educação sexual desenvolvido pelos professores.	n=300 (grupo de intervenção) n=274 (grupo de controlo)	Programa teórico que aborda as seguintes questões: Fisiologia, relacionamentos, experiência típica dos primeiros encontros sexuais, conhecimento prático de contraceção, paternidade e doenças sexualmente transmissíveis, habilidades de negociação sexual, uso de preservativo e de acesso aos serviços locais de saúde sexual. A intervenção incorporou as recomendações para uma intervenção eficaz e usou uma variedade de métodos de ensino incluindo o ensino formal, demonstrações práticas e trabalho de grupo. Follow-up 4/5 anos após a intervenção	Não se verificaram efeitos da intervenção nos indivíduos sujeitos ao programa, comparativamente àqueles que tiveram educação sexual convencional.	Estudo randomizado

Programa/Autores/Ano /País	Objetivos	Participantes	Intervenções	Resultados	Desenho
HEALTHY RESPECT (Tucker; Fitzmaurice; Imamura; Penfold; Penney; Van Teijlingen; Shucksmith; Philip, 2007) Escócia	Avaliar o efeito da intervenção em saúde sexual em meio escolar (projeto Healthy Respect)	Média de idades= 14 anos (Grupo de intervenção e grupo de controlo)	O programa tem como objetivo melhorar a saúde sexual de adolescentes na Escócia, é desenvolvido em contexto escolar com o envolvimento de diversos profissionais.	Os resultados revelam que os jovens sujeitos às intervenções sentem-se mais confiantes relativamente à obtenção de preservativos e aumentou significativamente o uso correto dos mesmos. Apresentaram (particularmente os rapazes) mais conhecimentos sobre os preservativos como forma de protecção contra as IST. Não se verificaram mais alterações nem em conhecimentos nem atitudes face a sexualidade.	Desenho pré-teste/pós-teste com grupo controle
(Cheng et al., 2008) Henan, China	Avaliar a viabilidade e a eficácia de um programa de treino de habilidades de planeamento para a vida.	n= 717 - grupo de intervenção 457 -grupo de controlo Idades: 14-18 anos.	Formação com 9 sessões de 90 minutos ao longo de 3 meses. Utilizou métodos de treino participativos: brainstorming, jogos, role-playing. Sessões realizadas por 28 professores com formação específica e com competências relacionais com os adolescentes. Momentos de avaliação: Avaliação inicial e avaliação final 3 meses após as intervenções.	Após a intervenção a percentagem de adolescentes com conhecimento sobre HIV aumentou de 51.5% para 78.8%. No grupo controlo verificou-se um aumento de 3%. Este programa de formação influenciou positivamente o conhecimento dos adolescentes sobre HIV.	Desenho quase experimental.

Programa/Autores/Ano /País	Objetivos	Participantes	Intervenções	Resultados	Desenho
(Esere, 2008) Lhorin Metropolis, Nigéria.	Determinar se a intervenção do programa de educação sexual reduz comportamentos sexuais de risco.	n= 24♀ Idades: 13-19 anos (x=15).	Aprendizagem ativa em pequenos grupos e jogos, dramatização para desenvolvimento de competências de escolha, folhetos. Momentos de avaliação: Avaliação inicial e 3 meses após a intervenção.	Os resultados revelam que houve uma diferença significativa relativamente aos comportamentos sexuais de risco entre os adolescentes que participaram no programa e os adolescentes do grupo de controlo.	Desenho quase experimental.
(Rao et al., 2008) Karnataka, Índia	Determinar a eficácia de um programa de intervenção educativa sobre o conhecimento de saúde reprodutiva entre adolescentes do sexo feminino.	n= 791♀ de meios rurais Idades: 15-19 anos	O programa foi organizado em cinco sessões. Cada sessão teve a duração de duas horas de e foi realizado em cinco dias consecutivos. Os métodos de formação incluíram uma palestra didática seguida de sessões interativas com recurso a cartas, cartazes e filmes. A intervenção foi seguida de uma sessão interativa com as alunas para esclarecer dúvidas. Os tópicos abordados foram a menstruação, a higiene menstrual, gravidez, cuidados pré-natais e vários métodos de contraceção. Momentos de avaliação: com uma avaliação inicial e uma avaliação final.	Os resultados deste estudo sugerem que a educação para a saúde aplicada a adolescentes pode melhorar os seus conhecimentos sobre saúde reprodutiva.	Desenho experimental.

Programa/Autores/Ano/País	Objetivos	Participantes	Intervenções	Resultados	Desenho
(Stephenson et al., 2008) Inglaterra	Comparar a eficácia da abordagem por pares na redução do aborto e melhorar alguns aspetos da relação.	n = 8766 n final=4776 Idades: 13-14 anos	Formação pelos pares educadores no grupo de intervenção. No grupo de controlo formação pelos professores. Os pares educadores têm 16-17 anos de idade e foram treinados para desenvolver o programa com adolescentes da mesma escola. Utilização de métodos participativos durante 3 sessões de 1 hora. concebido para desenvolver as competências dos alunos mais jovens na comunicação e uso do preservativo e aumentar os conhecimentos sobre a gravidez, infeções sexualmente transmissíveis (IST), contraceção e serviços de saúde sexual locais. Momentos de avaliação: com avaliação no final da intervenção e 7 anos após.	Melhores resultados no grupo de pares com a diminuição de nascimentos de nados vivos em adolescentes. Dados sobre o aborto não mostram diferença estatisticamente significativa entre os grupos.	Desenho quase experimental

Programa/Autores/Ano /País	Objetivos	Participantes	Intervenções	Resultados	Desenho
(Jahanafar et al., 2008) Perk, Malásia	Medir a eficácia de duas horas, de palestra sobre educação sexual, impacto na mudança de conhecimento dos jovens e percepção em relação ao HIV	n= 250 n final= 182 Idades: 15-19 anos.	O programa consistiu em duas horas de palestra realizado por uma ONG. Momentos de avaliação: Avaliação inicial e avaliação final após a palestra.	Houve um aumento significativo de conhecimento em relação ao VIH, transmissão sexual de IST e na prevenção da gravidez e de IST	Desenho quase experimental.
CULTURALLY-SENSITIVE COMPREHENSIVE SEX EDUCATION PROGRAMME (Thato, Jenkins e Duditsin, 2008) Banguecoque, Tailândia	Avaliar a eficácia de um programa educação sexual abrangente e culturalmente sensível entre alunos de duas escolas secundárias tailandesas	n= 522 Idades: 13-18 anos	O programa inclui os temas: comportamento sexual, uso de preservativos, intenção de recusar o sexo, intenção de usar preservativos e conhecimentos sobre doenças sexualmente transmissíveis / VIH_SIDA e gravidez. Formação com 6 módulos de 1 hora, em 2 sessões de 3 horas. O método de intervenção CSCSEP enfatizou os valores da cultura tailandeses, sobretudo a manutenção da virgindade até ao casamento. Momentos de avaliação: Antes da sessão, 3 e 6 meses após a mesma.	O CSCSEP foi eficaz em responsabilizar os adolescentes para a abstinência, diminuindo a violência sexual, aumentando a recusa de relações sexuais e a intenção de usar preservativo. Foi notório um aumento do conhecimento sobre as IST/HIV e gravidez. Porém, o CSCSEP não influenciou o uso contínuo do preservativo ao longo do tempo entre os adolescentes sexualmente ativos.	Desenho quase experimental.

Programa/Autores/Ano /País	Objetivos	Participantes	Intervenções	Resultados	Desenho
(Smylie, Maticka-Tyndale, Boyd, Adolescent Sexual Health Planning Committee, 2008) Canadá	Avaliação de um programa de educação sexual em meio escolar	N= 240	A intervenção foi desenvolvida por representantes de vários grupos comunitários sobre os temas: anatomia / fisiologia do sistema reprodutor e infecções sexualmente transmissíveis. Apresentado um vídeo e constituído um grupo de discussão sobre relacionamentos saudáveis, gravidez na adolescência e VIH/AIDS e sexualidade adolescente.	Comparado com o grupo de controlo, os alunos do grupo de intervenção mostrou mudanças positivas nas áreas do conhecimento, do papel sexual, atitudes, valores, interação sexual, bem como a percepção de que o controle da natalidade é importante.	Desenho quase experimental.
(Camargo, 2009) Paraná, Brasil	Analisar o conhecimento dos adolescentes sobre sexualidade, métodos Contracetivos, gravidez e IST	n= 117 Idades: 14-19 anos.	Formação realizada com 2 sessões, de 4 horas cada. Com grupos de 10 a 15 adolescentes. Método interativo que favorece espaço de discussão, troca de experiências pessoais e do grupo, partindo da realidade para a reflexão e debate de suas próprias práticas. Momentos de avaliação: Antes da intervenção e 3 meses após a intervenção.	Resultados pouco significativos, apesar da intervenção ter aumentado o conhecimento dos adolescentes.	Desenho experimental.

Programa/Autores/Ano /País	Objetivos	Participantes	Intervenções	Resultados	Desenho
<p>PEAS (Andrade et al., 2009) Minas Gerais, Brasil</p>	<p>Avaliar as possíveis mudanças de comportamento dos adolescentes que participaram no programa PEAS.</p>	<p>n= 4795 Idades: 10-19 anos</p>	<p>Intervenção de 80 horas. O programa PEAS Belgo integrou profissionais da educação, da saúde, estudantes, famílias e a comunidade escolar. Os adolescentes são incentivados a participar no processo de ensino-aprendizagem.</p> <p>O projeto comporta a bordagem aos riscos envolvidos em práticas sexuais inseguras, aspetos positivos da sexualidade, importância das relações intra e interpessoais no contexto de uma vida sexual agradável e saudável e estimula a equidade de género.</p> <p>Momentos de avaliação: antes da intervenção e 18 meses após.</p>	<p>Os resultados confirmam que os programas de educação sexual podem ser eficazes para promover o aumento do uso do preservativo e de outros contraceptivos, influenciam também o comportamento sexual de adolescentes.</p>	<p>Desenho quase experimental</p>

Programa/Autores/A no/País	Objetivos	Participantes	Intervenções	Resultados	Desenho
<p>IT'S YOUR GAME (IYG) (Tortolero et al., 2010) Texas</p>	<p>Verificar se a intervenção retarda o número de adolescentes que iniciam a atividade sexual.</p>	<p>n= 907 349 (grupo de intervenção) 558 (grupo de controlo) Idades: 12-14 anos</p>	<p>A intervenção “It’s Your Game” (IYG) compreende 12 lições de 45 mins (10h no total) monitorizadas por facilitadores treinados e 6 atividades de casa entre pais e filhos, destinado a facilitar o diálogo sobre temas como amizade, namoro, e comportamento sexual.</p> <p>Inclui atividades em sala de aula com trabalho de grupo, atividades individuais desenvolvidas em computadores portáteis, trabalhos de casa para realizar com os pais, vídeos e fichas técnicas.</p> <p>Os tópicos específicos abordados no 7º ano incluem características das amizades saudáveis; estabelecimento de limites pessoais e pratica de habilidades de recusa num contexto geral; informações sobre a puberdade, reprodução e doenças sexualmente transmissíveis; definição de limites pessoais e pratica de habilidades de recusa relacionados ao comportamento sexual.</p> <p>Os tópicos do 8º ano, incluem os temas anteriores e também abrange: as características das relações de namoro saudáveis; a importância de HIV, DST, e testes de gravidez; e habilidades de treino sobre uso de preservativos e anticoncepcionais.</p> <p>Avaliação: Entrevista através de computador. Momentos de avaliação: não especifica.</p>	<p>Os adolescentes do grupo de intervenção revelam crenças mais positivas sobre o adiamento do início da atividade sexual e mais confiança para recusar relações sexuais. No final apresentaram mais conhecimentos sobre sinais e sintomas de VIH e outras IST e sobre o uso de preservativo.</p>	<p>Estudo randomizado controlado</p>

Programa/Autores/Ano /País	Objetivos	Participantes	Intervenções	Resultados	Desenho
PLANNED TEACHING PROGRAM (PTP) Raddi, Rajaput e Kharde. 2010 Karnataka, Índia	Avaliar o conhecimento de adolescentes do sexo feminino em aspetos relacionados com sexo.	n= 65♀ Idades: 16-19 anos.	Programa de ensino planeado, “Planned Teaching Program (PTP)”, desenvolvido em contexto escolar, focalizando os riscos relacionados com a saúde reprodutiva e a prevenção da violência sexual. Momentos de avaliação: antes e após a intervenção, sem haver referência ao intervalo de tempo entre cada uma.	O estudo apresentou resultados do conhecimento sobre IST/ VIH. Verificou-se um aumento do conhecimento após terem participado do PTP.	Desenho quase experimental.
WISE GUYS PROGRAM (Gruchow, Brown, 2011) Estados Unidos	Desenvolver um programa de educação sexual para rapazes no sentido de colmatar uma lacuna existente, tendo em conta que são estes os iniciadores da atividade sexual adolescente e a maioria dos programas são dirigidos para raparigas.	Rapazes do 7º ano n=124 (grupo de intervenção) n = 106 (grupo de controlo)	O programa (Wise Guys program) foi desenvolvido em 8-10 sessões, com uma média de 45 minutos por sessão em sala de aula. As sessões são semanais e lecionadas por educadores em Saúde. O número de sessões foi ajustado a cada escola de acordo com os diretores, não prejudicando a abordagem dos temas previstos. O programa teve a duração de 6 meses. As temáticas abordadas foram: auto-estima, comunicação, valores, puberdade, anatomia, reprodução, abstinência, contraceção, doenças sexualmente transmissíveis, relacionamentos saudáveis e violência no namoro. A avaliação foi feita após a intervenção e o Follow-up 6 meses após a intervenção.	Os participantes demonstraram maior conhecimento, no pós-teste e follow-up, acerca da sexualidade, reprodução humana, transmissão de DST e maiores taxas de atitudes desejáveis em relação a um comportamento sexual adequado, do que os do grupo de controlo. Nos adolescentes sexualmente ativos também se notaram aumento de conhecimentos e mudanças de comportamento favoráveis.	Desenho pré-teste/pós-teste com grupo controle

Programa/Autores/Ano /País	Objetivos	Participantes	Intervenções	Resultados	Desenho
<p>Programa Saúde Sexual e Reprodutiva (SRH) e programa de prevenção de VIH</p> <p>Jingfang, H. J.; Fongkaew, W.; Senaratana, W. & Tonmukayakul, O. 2010</p> <p>Anhui, China</p>	<p>Desenvolver um programa baseado na teoria para adolescentes chineses a fim de promover a sua saúde sexual e reprodutiva e prevenir a infecção pelo VIH.</p> <p>Desenvolvimento, implementação e avaliação do programa Saúde Sexual e Reprodutiva (SRH) e programa de prevenção de HIV para promover a saúde sexual e reprodutiva nos adolescentes.</p>	<p>-102 adolescentes entre 10-14 anos</p> <p>-15 professores</p> <p>- 12 pais dos adolescentes</p>	<p>- Aplicação do Modelo Information-Motivation-Behavioral (IMB)</p> <p>☐ Investigação- acção com 3 fases:</p> <p>1- Avaliação das necessidades de educação sexual dos adolescentes precoces</p> <p>2- Conceção do programa</p> <p>3- Implementação e avaliação do programa</p>	<p>- Os resultados mostraram um aumento estatisticamente significativo nos scores de promoção da saúde sexual e reprodutiva e prevenção do HIV e na motivação e habilidades comportamentais após a implementação do programa.</p> <p>Os dados qualitativos indicaram que o conteúdo foi útil e abrangente, os formadores experientes, e a aprendizagem participativa foi especialmente impressionante.</p> <p>- A abordagem de colaboração técnica foi útil na conceção, implementação e avaliação do programa</p> <p>- As mudanças comportamentais nos adolescentes chineses com a aplicação do Modelo IMB foram semelhantes às dos países ocidentais</p> <p>- O envolvimento de adolescentes, pais e professores, desde a conceção dos programas foram determinantes favoráveis à promoção da saúde sexual do adolescente.</p>	<p>-Investigação acção</p> <p>-Experimental</p>

Programa/ Autores/Ano/ País	Objetivos	Participantes	Intervenções	Resultados	Desenho
<p>WORLD STARTS WITH ME (Rijsdijk et al. 2011) Uganda</p>	<p>Avaliar os efeitos do programa WSWM (World Starts With Me) sobre os determinantes sócio-cognitivos do comportamento sexual seguro (atraso; uso do preservativo e sexo não-coercivo)</p>	<p>n= 853 (grupo de intervenção). N= 1011 (grupo de controlo) Média de idade: 16,1 anos</p>	<p>O programa consiste em 14 aulas, divididas em quatro seções: A primeira seção tem como objetivo desenvolver a auto-estima e a tomada de decisão pessoal. A segunda seção, o papel do ambiente social (por exemplo, colegas, família, amigos, professores e media), igualdade de género e sexual e direitos reprodutivos. A terceira seção aborda a sexualidade como algo bonito, como uma fonte vital para a vida, A quarta secção centra-se na aplicação das lições aprendidas.</p>	<p>Efeitos positivos significativos do programa sobre as crenças acerca da prevenção da gravidez, da norma social percebida para adiar a relação sexual, e a intenção de atrasar o início das relações sexuais. Ainda efeitos positivos significativos nas atitudes, na intenção de uso do preservativo e na auto-eficácia em lidar com a violência sexual (pressão e força para o sexo não desejado).</p>	<p>Desenho quase experimental.</p>

Programa/Autores/Ano /País	Objetivos	Participantes	Intervenções	Resultados	Desenho
(Koo et al, 2011) Estados Unidos	Avaliação de uma intervenção para adiar a iniciação sexual	N= 928 Idades: 10 -12 anos	A intervenção incluiu 10 - 13 sessões em sala de aula relacionadas com o atraso da iniciação sexual. Aborda: a importância e os benefícios de se abster de relações sexuais, informações sobre mudanças associadas com a puberdade e adolescência, os valores, competências de tomada de decisão eficaz e habilidades de comunicação como estratégias para evitar envolvimento sexual precoce.	Os resultados mostraram que a intervenção diminuiu significativamente a expectativa de ter relações sexuais nos próximos 12 meses, nos rapazes do grupo de intervenção em relação aos do grupo de controle. Não teve nenhum outro efeito de resultado. A intervenção não teve efeitos significativos nas raparigas. Ambos os sexos, os estudantes do grupo de intervenção, aumentaram os conhecimentos sobre a adolescência, em comparação com estudantes do grupo de controle.	Estudo randomizado controlado. Grupo de intervenção e grupo de controle.

Programa/Autores/Ano /País	Objetivos	Participantes	Intervenções	Resultados	Desenho
<p>PLANNED TEACHING PROGRAMME (PTP) (Padhy, Pattanayak, Jena, 2013)</p> <p>Ankuli, Berhampur India</p>	<p>Testar a eficácia de um programa de ensino integrado na Saúde Reprodutiva de raparigas adolescentes.</p> <p>Avaliar o impacto do programa “planned teaching programme” (PTP) na educação para a vida familiar.</p>	<p>N= 144</p> <p>Raparigas adolescentes</p> <p>Idade: 14-17 anos</p>	<p>O programa tem como objetivos desenvolver habilidades, competências e capacidade para lidar com diferentes aspetos da adolescência e promover uma maternidade segura na vida adulta.</p> <p>Compreende sessões semanais de 45 minutos (preferencialmente à quarta feira) durante 3 meses consecutivos.</p> <p>Inclui uma leitura didática seguida de sessões interativas com recurso a meios audiovisuais, filmes de vídeo, cartazes, apresentações no quadro.</p> <p>Faz-se ainda o relato de histórias para tornar as sessões mais interessantes,</p> <p>O feedback é recolhido numa caixa fechada para clarificar se existem dúvidas acerca dos temas abordados.</p> <p>Os temas incluem educação para a saúde sobre nutrição na adolescência, saúde reprodutiva e higiene pessoal, sexualidade na adolescência, comportamentos de alto risco e os efeitos adversos de sexo antes do casamento.</p> <p>A avaliação foi feita nos 3 meses após a intervenção.</p>	<p>A avaliação é feita logo após as intervenções.</p> <p>Os resultados mostraram aumento de conhecimentos após a intervenção:</p> <p>Em relação à nutrição a pontuação média aumentou de 39,24% para 88,85% (antes e depois de PTP respetivamente).</p> <p>Quanto ao conhecimento do comportamento de risco a pontuação aumentou de 19,44% para 82,87%.</p> <p>Conhecimento sobre anatomia e fisiologia da reprodução, AIDS e DST, saúde reprodutiva e higiene pessoal etc também melhorou significativamente após o PTP.</p>	<p>Desenho pré-teste/pós-teste</p>

Programa/ Autores/Ano/ País	Objetivos	Participantes	Intervenções	Resultados	Desenho
<p>HEALTHY RESPECT 2 (HR2) Elliott L, Henderson M, Nixon C, Wight D. 2013 Escócia, UK</p>	<p>Analisar se HR2: (1) melhora os conhecimentos dos jovens sobre saúde sexual, atitudes, comportamento e uso de serviços de saúde sexual e (2) reduzir as desigualdades socioeconómicas em saúde sexual.</p>	<p>N=5283 alunos (2269 intervenção, 3014 comparação) Idades: 15-16 anos</p>	<p>Desenvolve a educação sexual em parceria com clínicas de saúde sexual direcionadas para os jovens, campanhas de mídia, e promove o trabalho conjunto entre os serviços de saúde, o governo local e o setor voluntário. O programa compreende 22 sessões com treino de competências, demonstração do uso correto do preservativo e negociação de sexo seguro,</p>	<p>Houve um aumento no conhecimento sobre a saúde sexual entre os homens e mulheres no grupo de intervenção, embora o aumento tenha sido mais perceptível entre os homens. Não se verificaram mudanças, nos rapazes, em relação às atitudes. Nas raparigas, atitudes mais favoráveis ao uso do preservativo. Mais alunos do grupo de intervenção passaram a usar os serviços de saúde sexual, incluindo os de menor nível socioeconómico.</p>	<p>Estudo quase experimental</p>

Programa/ Autores/Ano/ País	Objetivos	Participantes	Intervenções	Resultados	Desenho
Sommartab, Sotac 2013 Khon Kaen, Tailândia	Avaliar a eficácia de um programa de educação para a saúde sexual em meio escolar.	N=33 (grupo experimental) N=33 (grupo de controlo) Idades: 12-14 anos	O programa foi desenvolvido em colaboração com a investigadora, os professores e os representantes dos pais. É composto por cinco temas: 1) Desenvolvimento do adolescente; 2) Comportamento sexual de risco e prevenção, incluindo habilidades de negociação; 3) Doenças sexualmente transmissíveis (DST) e prevenção; 4) Gravidez na adolescência e prevenção; 5) Métodos contraceptivos e o impacto de sexo antes do casamento. Utilizaram-se metodologias participativas, nomeadamente dramatização, demonstração, estudo de caso e discussão em grupo. Cada tópico foi desenvolvido numa sessão de 50 minutos em sala de aula e o programa decorreu durante 7 semanas.	Os resultados mostraram que, após a intervenção, o grupo experimental apresentou diferenças significativas nos conhecimentos e nas atitudes, enquanto no grupo de controlo não se verificaram alterações.	Quase experimental

Os estudos sobre os quais incidiu a análise foram realizados em diversos países: quatro nos Estados Unidos, três na Escócia, dois na China, um na Nigéria, três na Índia, um em Inglaterra, um na Malásia, dois na Tailândia, um no Canadá, dois no Brasil e um no Uganda. Detêm amostras muito variáveis, que vão desde os 24 (Esere, 2008) até aos 5283 estudantes (projeto HEALTHY RESPECT 2 (HR2) de Elliott et al, 2013), tendo a maioria dos estudos mais de 100 adolescentes. A amostra dos estudos incluídos integra adolescentes dos 10 aos 19 anos de idade, tendo-se verificado uma tendência para o estudo dos adolescentes a partir dos 12 anos.

Relativamente ao número de horas, os programas apresentam grandes diferenças, desde intervenções de 2 horas, como verificado no estudo de Jahanafar et al. (2008) a intervenções de 80 horas no projeto PEAS de Andrade et al. (2009).

Embora não seja dado a conhecer os conteúdos de todos os programas, constatando-se uma grande variabilidade tanto nos conteúdos abordados como nas metodologias utilizadas, na generalidade os estudos avaliaram a aquisição de conhecimentos e mudança de comportamentos/atitudes antes e após a intervenção. Tratando-se, na grande maioria, de estudos experimentais ou quase-experimentais com avaliação a curto e médio prazo, foi possível avaliar o conhecimento/atitudes/competências/ comportamentos antes e após as intervenções.

Os estudos com avaliações realizadas a longo prazo, nomeadamente, o estudo de Andrade et al. (2009) (avaliação 18 meses após a intervenção), o estudo de Thato, Jenkins e Duditsin (2008) (avaliação 3 meses e 6 meses após a intervenção), o estudo de Weed et al. (2008) (avaliação 1 ano após a intervenção), o projeto SHARE (Henderson et al, 2007) (avaliação 4/5 anos após a intervenção) e o estudo de Stephenson et al. (2008) (avaliação 7 anos após a intervenção) possibilitam não só a apreensão da consistência do conhecimento ao longo do tempo como também a avaliação da mudança de comportamento, permitindo aos investigadores uma análise mais efetiva da eficácia das intervenções realizadas.

Os formadores, embora omissos em alguns estudos, foram, por maioria, os professores, sendo o estudo de Sommartab e Sotac (2013) desenvolvido em colaboração com a investigadora, os professores e os representantes dos pais, o projeto PEAS (Andrade et al., 2009) realizado por profissionais da educação, da saúde, estudantes, famílias e a comunidade escolar, assim como o projeto HEALTHY RESPECT (Tucker

et al, 2007) desenvolvido com o envolvimento de diversos profissionais, o HEALTHY RESPECT 2 (HR2) (Elliott et al, 2013) desenvolvido por professores em parceria com clínicas de saúde sexual direcionadas para os jovens, o projeto WISE GUYS PROGRAM (Gruchow e Brown, 2010) realizado por educadores em saúde, o projeto de Smylie et al (2008) por representantes de vários grupos comunitários e o projeto de Jahanafar et al. (2008) por uma Organização Não Governamental. No estudo de Stephenson et al. (2008) os formadores foram os grupos de pares no grupo de intervenção e os professores no grupo de controlo, apesar dos resultados não indicarem ganhos significativos, esta estratégia revelou-se eficaz com efeitos no grupo conduzido pelos pares educadores.

No estudo de Henderson et al (2007) (SHARE), com o objetivo de avaliar o impacto de um programa de educação sexual desenvolvido pelos professores, não se verificaram efeitos da intervenção nos indivíduos sujeitos ao programa, comparativamente àqueles que tiveram educação sexual convencional.

A inclusão de enfermeiros no estudo de Thato, Jenkins e Dusitsin (2008) manifestou-se muito eficaz, sendo a cooperação de profissionais das várias ciências, nomeadamente da enfermagem, um fator relevante para a eficácia da intervenção. Os autores exaltam a importância do papel dos enfermeiros nos programas de educação sexual e sugerem o alargamento deste tipo de pesquisas pelos enfermeiros investigadores.

Para a avaliação, a maioria dos estudos recorreu ao uso do questionário fazendo uma pré aplicação antes das intervenções e uma pós aplicação depois da realização das mesmas.

Relativamente à operacionalização dos programas, o número de sessões variou entre 2 sessões (Camargo, 2009) e 28 sessões (programa AGARIMOS de Carrera-Fernandez et al, 2007), não fazendo, a maioria dos estudos referência ao espaço temporal em que as mesmas decorreram.

Os diversos programas de educação sexual apresentam diferenças na sua operacionalização, no entanto, quanto às metodologias utilizadas, privilegiaram-se as metodologias ativas e participativas, com base num método interativo que favorece o espaço de discussão, troca de experiências pessoais e do grupo, partindo da realidade para a reflexão e debate das suas próprias práticas: trabalhos de grupo, jogos,

dramatização, brainstorming, pequenos grupos, estudos de caso, métodos de conferência e métodos de execução prática.

As variáveis predominantes nos estudos apresentados são, sequencialmente, os conhecimentos, os comportamentos e as atitudes. Embora a maioria dos estudos incida sobre estas três variáveis, é ao nível dos conhecimentos que se constata a maior eficácia dos programas.

Nos estudos incluídos, apenas os estudos de Weed et al (2008) e Koo et al (2011), desenvolveram um programa de abstinência sexual. O estudo de Thato et al (2008), não sendo exclusivamente direcionado para a abstinência sexual também enfatizou a importância desta até ao casamento.

O programa de educação para a abstinência de Weed et al (2008) deteve como principal estratégia a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, bem como a gravidez indesejada e a promoção da saúde emocional dos adolescentes. A formação, neste programa, teve por base questões de carácter pessoal, ético e moral, promovendo a abstinência até ao casamento. Por sua vez, o estudo de Koo et al (2011) aborda a importância e os benefícios de se abster de relações sexuais, informações sobre mudanças associadas com a puberdade e adolescência, os valores, competências de tomada de decisão eficaz e habilidades de comunicação como estratégias para evitar envolvimento sexual precoce. Ambos os estudos são desenvolvidos nos Estados Unidos.

No estudo de Thato et al (2008), desenvolvido na Tailândia, o método de intervenção CSCSEP (culturally-sensitive comprehensive sex education programme) enfatizou os valores da cultura tailandeses, sobretudo a manutenção da virgindade até ao casamento. Incluiu os temas: comportamento sexual, uso de preservativos, intenção de recusar o sexo, intenção de usar preservativos e conhecimentos sobre doenças sexualmente transmissíveis / VIH_SIDA e gravidez.

Apesar de se terem constatado, nestes estudos, menor risco de iniciação sexual, no grupo experimental relativamente ao de controlo (Weed et al, 2008), diminuição significativa da expectativa de ter relações sexuais nos próximos 12 meses, apenas nos rapazes (Koo et al, 2011) e uma maior responsabilização dos adolescentes para a abstinência (Thato et al, 2008), a replicação destes estudos é discutível, uma vez que o conceito de abstinência não é um valor difundido noutras realidades culturais.

A intervenção IT'S YOUR GAME (IYG) (Tortolero et al., 2010), um projeto que pretende retardar o início da atividade sexual, manifestou ser eficaz podendo dever-se, parcialmente, essa eficácia ao seu caráter inovador na medida em que utiliza atividades baseadas em jogos de computador, atividades interativas no computador e interação em sala de aula em pequenos grupos. A sua capacidade de proporcionar experiências personalizadas interativas e individuais que também são confidenciais é particularmente relevante quando se considera a natureza sensível destes tópicos. O programa demonstra ainda inovação ao incluir atividades para realizar em casa com os pais, destinadas a facilitar o diálogo sobre temas como a amizade, o namoro e o comportamento sexual.

De salientar também o programa PEAS (Andrade et al., 2009) que no sentido de avaliar as possíveis mudanças de comportamento dos adolescentes que participaram no programa, obteve resultados muito favoráveis. Este programa teve a mais-valia de incentivar os adolescentes a participar ativamente no processo de ensino-aprendizagem. O programa direciona-se para o desenvolvimento de um sentimento mais forte de cidadania e é realçado o "Protagonismo juvenil", definido como a criação de oportunidades para os adolescentes participarem de atividades escolares como forma de estimular o desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão com autonomia e responsabilidade. As atividades do programa foram desenvolvidos dentro e fora da sala de aula durante todo o ano letivo, e promoveu a seleção de temas de discussão relacionados com os objetivos do programa, bem como o desenvolvimento de projetos de pesquisa. Esses projetos foram planeados, implementados e avaliados de forma participativa. O programa teve ainda a mais-valia de ter integrado tanto profissionais de educação como de saúde, os alunos, as famílias e a comunidade local, dentro do ambiente escolar.

Em síntese a grande diversidade socio-cultural onde estes programas se desenvolveram, conduziu, inevitavelmente, a diversas estratégias, não só metodológicas como ao nível dos conteúdos abordados, o que dificulta o estabelecimento de um padrão de comparabilidade que possibilite definir as variáveis que melhor contribuem para intervenções eficazes. No entanto, pode-se constatar, pela análise dos estudos, que os programas de educação sexual desenvolvidos em meio escolar são eficazes, principalmente quando envolvem os vários agentes do processo educativo, numa ação multiprofissional com implicação de profissionais de saúde e envolvendo os

adolescentes em todo o processo. Os programas mais longos e que utilizam metodologias ativas e participativas demonstram maior eficácia não só ao nível da aquisição de conhecimentos, como atitudes face à sexualidade e comportamentos preventivos.

Os resultados dos estudos apresentados vêm de encontro ao referido por diversos autores (Sampaio et al, 2005, 2007; Simões, 2007) no que respeita à escola como o local de eleição para a promoção da educação sexual, podendo esta ser desenvolvida nas várias unidades curriculares e identificando os programas que têm por base uma vertente holística como os mais eficazes.

Não foram incluídos estudos portugueses em virtude de que o único estudo com avaliação de um projeto de educação sexual em Portugal, encontrado em bases de dados internacionais (estudo de Sousa, Soares e Vilar, 2007) não corresponde aos critérios de inclusão nesta revisão, nomeadamente pela idade do grupo a quem se dirigiram as intervenções.

Anexo 2 - Dados de caracterização sociodemográfica - amostra da fase I do estudo

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica dos estudantes

Características		Nº	%
Idade	10 anos	21	25,9
	11 anos	33	40,7
	12 anos	26	32,1
	13 anos	1	1,2
Sexo	Masculino	30	37,0
	Feminino	51	63,0
Escolaridade	5º Ano	40	49,4
	6º Ano	41	50,6
Zona de residência	Urbana	50	61,7
	Rural	31	38,3
Número de irmãos	não tem irmãos	15	18,5
	1 irmão	54	66,7
	2 irmãos	5	6,2
	3 irmãos	6	7,4
	mais de 3 irmãos	1	1,2
Escolaridade do pai	Nunca estudou	1	1,2
	4º Ano	11	13,6
	6º Ano	13	16,0
	9º Ano	19	23,5
	12º Ano	24	29,6
	Curso Médio/	2	2,5
	Bacharelato Licenciatura	5	6,2
Escolaridade da mãe	Nunca Estudou	1	1,2
	4º Ano	9	11,1
	6º Ano	15	18,5
	9º Ano	17	21,0
	12º Ano	28	34,6
	Licenciatura	8	9,9
	Mestrado	2	2,5

Quadro 2 - Características socioprofissionais dos professores

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	8	30.8
Feminino	18	69.2
Grupo etário		
< 30	2	7.7
[30 – 40[	5	19.2
[40 – 50[	12	46.2
≥ 50	7	26.9
$\bar{x} = 42.85$ $Md = 42.50$ $s = 8.30$ $x_{\min} = 24.00$ $x_{\max} = 56.00$		
Número de Filhos		
Nenhum	10	38.5
Um	6	23.1
Dois	8	30.8
Três	2	7.7
Sexo dos filhos		
Masculino	8	50.0
Feminino	2	12.5
Masculino e feminino	6	37.5
Habilitações académicas		
Bacharelato	3	11.5
Licenciatura	21	80.8
Licenciatura com especialização	1	3.8
Doutoramento	1	3.8
Tempo de leccionação (anos)		
< 10	3	11.5
[10 – 20[	10	38.5
[20 – 30[	8	30.8
≥ 30	5	19.2
$\bar{x} = 19.35$ $Md = 19.50$ $s = 8.39$ $x_{\min} = 3.00$ $x_{\max} = 34.00$		

Quadro 3 - Formação na área da Educação Sexual

Variáveis	n	%
Formação na área de Educação Sexual		
Sim	7	26.9

Não	19	73.1
Tipo de ação frequentada		
Curso	1	14.3
Sessão na escola	3	42.9
Colóquios/Congressos	1	14.3
Ação de formação	1	14.3
Seminários	1	14.3
Promoveu ou participou em alguma ação de Educação Sexual		
Sim	3	42.9
Não	4	57.1
Em que consistiu essa ação ou programa		
Uma aula para alunos	1	33.3
Um conjunto articulado de aulas para alunos	-	0.0
Uma ação extracurricular para alunos	1	33.3
Ação ou ações no contexto da Área de Projeto	1	33.3
Como avalia essa experiência		
Acho que foi globalmente positiva	3	100.0
Houve coisas negativas, mas acho que foi bem	-	0.0
Acho que esta experiência foi mais negativa que positiva	-	0.0
Acho que esta experiência foi muito negativa	-	0.0
Qual o papel nessa ação ou programa		
Fui um(a) dos seus proponentes	-	0.0
Participei na sua organização	-	0.0
Fui um interveniente ativo	1	33.3
Fui um(a) mero(a) assistente	2	66.7
Se teve um envolvimento ativo, como avalia o próprio desempenho		
Senti-me preparado(a) e confortável para abordar estes temas		
Senti que necessitava de mais formação, mas gostei	1	100.00
Apesar de me sentir preparado(a), senti algum desconforto	-	0.00
Senti-me desconfortável e não preparado para estes temas	-	0.00
	-	0.00

Quadro 4 - Características socioprofissionais dos pais / encarregados de educação

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	13	13.5

Feminino		83	86.5
Grupo etário			
< 30		5	5.2
[30 – 40[		60	62.5
[40 – 50[		30	31.3
≥ 50		1	1.0
Situação conjugal			
Solteiro		4	4.2
Casado		80	83.3
União de facto		5	5.2
Divorciado		7	7.3
Habilitações académicas			
Nunca estudou		1	1.0
1º ciclo		11	11.5
2º ciclo		23	24.0
3º ciclo		22	22.9
Ensino secundário		24	25.0
Licenciatura		9	9.4
Não respondeu		6	6.3
Profissão³⁸			
	Sem profissão	30	31.3
Serviços	Técnicos de nível intermédio	10	10.4
	Pessoal administrativo e similares	10	10.4
	Pessoal dos serviços e vendedores	25	26.0
Operários qualificados	Operários, artífices e trabalhadores similares	10	10.4
Não qualificados	Trabalhadores não qualificados	11	11.5

³⁸ Seguiu-se a classificação Nacional de Profissões do Instituto do Emprego e Formação Profissional (2013)

Instrumentos de medida utilizados na Fase I do Estudo

**Anexo 3 - Questionário de Avaliação de Atitudes dos professores face á
Educação sexual (QAAPES - construído e validado por Reis e Vilar,
2002)**

Este questionário insere-se num estudo sobre Educação Sexual em Contexto Escolar, no âmbito do Doutoramento em enfermagem.

A sua colaboração é essencial para o sucesso deste estudo.

Solicitamos que responda com sinceridade às questões colocadas, assinalando a alternativa que melhor corresponda à sua opinião. Os dados recolhidos são rigorosamente confidenciais e anónimos pelo que pedimos que não assine.

Obrigada pela colaboração.

Questionário I (Reis, Vilar, 2004)

1- Já teve algum tipo de formação na área de Educação Sexual?

₁ Sim

₂ Não



Se respondeu Não passe à **questão n.º 7**

Se respondeu **Sim**, que tipo de acção teve?

₁ Curso

₂ Sessão na escola

₃ Colóquios/congressos

₄ Outra Qual? _____

2- Na sua actividade docente, alguma vez promoveu ou participou em alguma acção de Educação Sexual?

₁ Sim

₂ Não

3- Em que consistiu essa acção ou programa?

₁ Uma aula para alunos

₂ Um conjunto articulado de aulas para alunos

₃ Uma acção extra-curricular para alunos

₄ Acção ou acções no contexto da Área de Projecto

4- Como avalia esta experiência realizada? (assinale uma das respostas)

₁ Acho que foi globalmente positiva

₂ Houve coisas negativas, mas acho que foi bem

₃ Acho que esta experiência foi mais negativa que positiva

₄ Acho que esta experiência foi muito negativa

5- Qual o seu papel nesta acção ou programa?

₁ Fui um(a) dos seus proponentes

₂ Participei na sua organização

₃ Fui um interveniente activo

₄ Fui um(a) mero(a) assistente

6- Se teve um envolvimento activo, como avalia o seu desempenho na acção ou programa realizado?

- ₁ Senti-me preparado(a) e confortável para abordar estes temas
- ₂ Senti que necessitava de mais formação, mas gostei
- ₃ Apesar de me sentir preparado(a), senti algum desconforto
- ₄ Senti-me desconfortável e não preparado para estes temas

7- Assinale (com um círculo) a sua opinião em relação a cada uma das seguintes frases

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo
- 3- Nem concordo nem discordo
- 4- Concordo
- 5- Concordo totalmente

	<i>Discordo Totalmente</i>	<i>Concordo Totalmente</i>
1. A educação sexual nas escolas é muito importante para as crianças e jovens .	1.....2.....3.....4.....5	
2. A educação sexual nas escolas motiva comportamentos sexuais precoces.....	1.....2.....3.....4.....5	
3. A sexualidade vai-se aprendendo ao longo da vida e não na escola.....	1.....2.....3.....4.....5	
4. Só os professores de Biologia têm responsabilidade na educação sexual.....	1.....2.....3.....4.....5	
5. A educação sexual deve ser uma das actividades obrigatórias em todas as escolas.....	1.....2.....3.....4.....5	
6. As acções de educação sexual na escola são um meio muito eficaz de prevenção da SIDA.....	1.....2.....3.....4.....5	
7. As acções de educação sexual na escola são um meio muito eficaz de prevenção do recurso ao aborto.....	1.....2.....3.....4.....5	
8. É aos pais e não à escola que compete a educação sexual das crianças e jovens.....	1.....2.....3.....4.....5	
9. Hoje em dia com toda a informação que passa nas revistas e na televisão, a educação sexual na escola é pouco necessária.....	1.....2.....3.....4.....5	
10. Todos os professores têm responsabilidades na educação sexual dos seus alunos.....	1.....2.....3.....4.....5	

8- Para cada uma das seguintes frases, indique se as considera verdadeiras (V) ou falsas(F).

- 1- Existe legislação que autoriza as actividades de educação sexual nas escolas
₁V ₂F
- 2- As acções de educação sexual têm que ser autorizadas pelos pais
₁ V ₂F
- 3- Só nos currículos das disciplinas de ciências da natureza existem questões ligadas à educação sexual
₁V ₂F
- 4- Cabe principalmente aos profissionais de saúde realizarem acções de educação sexual nas escolas
₁V ₂F
- 5- São os conselhos executivos que devem autorizar as acções de educação sexual.
₁V ₂F
- 6- Existem materiais dos ministérios da Educação e da Saúde que ajudam à realização de acções de educação sexual
₁V ₂F
- 7- Existem várias disciplinas que possibilitam a abordagem de temas ligados à educação sexual
₁V ₂F
- 8- Em geral, os pais têm uma atitude negativa face à participação dos filhos em acções de educação sexual
₁V ₂F
- 9- As acções de educação sexual estão incluídas nas orientações do ensino pré-escolar
₁V ₂F
- 10- Por lei, as acções de educação sexual podem começar a partir do 1.º ciclo
₁V ₂F
- 11- A lei só permite acções de educação sexual a partir do 2.º ciclo
₁V ₂F
- 12- A lei só permite acções de educação sexual a partir do 3.º ciclo
₁V ₂F
- 13- A lei só permite acções de educação sexual no ensino secundário
₁V ₂F
- 14- É obrigatório, por lei, integrar acções de educação sexual no projecto educativo das escolas
₁V ₂F
- 15- A lei obriga cada escola secundária a ter uma máquina de distribuição de preservativos
₁V ₂F

9- Assinale com um círculo, para cada um dos seguintes temas o seu conforto/desconforto para os abordar, no contexto de uma ação de educação sexual na escola

	<i>Muito desconfortável</i>	<i>Muito confortável</i>
Corpo masculino	1.....2.....3.....4.....5	
Corpo feminino	1.....2.....3.....4.....5	
Aborto	1.....2.....3.....4.....5	
Abuso sexual	1.....2.....3.....4.....5	
Amor	1.....2.....3.....4.....5	
Funcionamento sexual masculino	1.....2.....3.....4.....5	
Funcionamento sexual feminino	1.....2.....3.....4.....5	
Contraceção	1.....2.....3.....4.....5	
Homossexualidade	1.....2.....3.....4.....5	
Ejaculação	1.....2.....3.....4.....5	
Preservativos	1.....2.....3.....4.....5	
Ciclo menstrual	1.....2.....3.....4.....5	
Doenças transmitidas sexualmente	1.....2.....3.....4.....5	
SIDA	1.....2.....3.....4.....5	
Sexo oral	1.....2.....3.....4.....5	
Sexo anal	1.....2.....3.....4.....5	
Erotismo	1.....2.....3.....4.....5	
Concepção e gravidez	1.....2.....3.....4.....5	
Relações sexuais	1.....2.....3.....4.....5	
Comportamentos sexuais de risco	1.....2.....3.....4.....5	
Sonhos molhados	1.....2.....3.....4.....5	
Masturbação	1.....2.....3.....4.....5	
A primeira vez	1.....2.....3.....4.....5	
Decisões responsáveis	1.....2.....3.....4.....5	
Gravidez na adolescência	1.....2.....3.....4.....5	
A pílula	1.....2.....3.....4.....5	
Contraceção de emergência	1.....2.....3.....4.....5	
Legislação existente	1.....2.....3.....4.....5	
Consultas para jovens	1.....2.....3.....4.....5	
Abstinência	1.....2.....3.....4.....5	

10- Em que medida pensa que os seguintes sectores da sua escola estão disponíveis para aceitar o envolvimento nas acções de educação sexual

	<i>Nenhuma aceitação</i>	<i>Total aceitação</i>
Conselho Executivo	1.....2.....3.....4.....5	
Corpo docente	1.....2.....3.....4.....5	
Pais/Encarregados de Educação	1.....2.....3.....4.....5	
Pessoal não docente	1.....2.....3.....4.....5	

11- Como define o seu envolvimento futuro em acções de educação sexual (assinale uma das respostas)

- ₁ Tenciono desenvolver actividades de educação sexual no contexto da disciplina que lecciono ou num contexto inter-disciplinar
- ₂ Será pouco provável que me envolva neste tipo de acções
- ₃ Estarei disponível para trabalhar com outros colegas na promoção deste tipo de acções, mas acho que não tomarei a iniciativa
- ₄ Não tenciono, de todo, envolver-me neste tipo de acções
- ₅ Tenciono propor à escola ou a outros colegas o desenvolvimento deste tipo de acções

Precisamos ainda de alguns dados pessoais para o tratamento estatístico da informação:

12-Sexo

₁ Masculino

₂ Feminino

13- Idade ____ anos

14-N.º de filhos _____

15-Quantos dos filhos são do sexo

₁Masculino _____

₂Feminino _____

16- Habilitações académicas _____

17- Há quantos anos lecciona? _____

Obrigada pela colaboração

Anexo 4 - Questionário Concepções e práticas da educação sexual em contexto escolar – Versão para professores (Lourenço, 2007)

Este questionário insere-se num estudo sobre Educação Sexual em Contexto Escolar, no âmbito do Doutoramento em enfermagem.

A sua colaboração é essencial para o sucesso deste estudo.

Solicitamos que responda com sinceridade às questões colocadas, assinalando a alternativa que melhor corresponda à sua opinião. Os dados recolhidos são rigorosamente confidenciais e anónimos pelo que pedimos que não assine.

Obrigada pela colaboração.

Questionário 2 (Lourenço; 2007)

Assinale (com um círculo) a sua opinião em relação a cada uma das seguintes frases

1-Discordo totalmente	2- Discordo	3- Concordo	4- Concordo totalmente
-----------------------	-------------	-------------	------------------------

	<i>Discordo totalmente</i>		<i>Concordo totalmente</i>
1 A educação sexual deveria ser uma disciplina obrigatória.....	1	2	3 4
2 A educação sexual, na escola, deveria ser abordada apenas por professores com formação especializada em ES.....	1	2	3 4
3 Não me sinto motivado(a) para abordar temas relacionados com a sexualidade na sala de aula.....	1	2	3 4
4 A educação sexual, em contexto escolar, deve ter início no 3º ciclo, porque coincide com o período da experimentação amorosa dos jovens.....	1	2	3 4
5 A educação sexual deve ser só da responsabilidade dos pais, porque é uma questão da família.....	1	2	3 4
6 A principal finalidade da educação sexual na escola é prevenir as gravidezes na adolescência.....	1	2	3 4
7 A educação sexual na escola “está na moda”, mas não é importante.....	1	2	3 4
8 A disciplina de Ciências da Natureza é aquela que está mais vocacionada para desenvolver os temas da ES.....	1	2	3 4
9 Penso que a maioria dos pais quer que a educação sexual seja abordada na escola.....	1	2	3 4
10 A educação sexual não é uma prioridade educativa da minha escola.....	1	2	3 4
11 Planifico e desenvolvo sistemática e intencionalmente situações de educação sexual nas minhas aulas.....	1	2	3 4
12 Os alunos são muito receptivos às actividades da educação sexual, em sala de aula, em todas as idades.....	1	2	3 4
13 A educação sexual, na escola, deveria ser leccionada por médicos, enfermeiros, psicólogos ou outros técnicos especializados.....	1	2	3 4

	<i>Discordo</i>		<i>Concordo</i>	
	<i>totalmente</i>		<i>totalmente</i>	
14 Quando os alunos me questionam sobre assuntos relacionados com a sexualidade, acho preferível ignorar ou contornar a questão.....	1	2	3	4
15 A educação sexual, em contexto escolar, deve ter início a partir do 2º ciclo, porque coincide com a entrada na adolescência.....	1	2	3	4
16 A educação sexual na escola visa, essencialmente, prevenir as várias formas de exploração e violência sexual.....	1	2	3	4
17 Considero que a educação sexual na escola diz respeito todos os professores.....	1	2	3	4
18 A educação sexual deveria apenas ser tratada pelo Director(a) de Turma na Formação Cívica....	1	2	3	4
19 A educação sexual na escola visa sobretudo prevenir o contágio da SIDA e outras infecções de transmissão sexual.....	1	2	3	4
20 A educação sexual na escola deveria ser um assunto da psicóloga.....	1	2	3	4
21 Só pontualmente planifico e desenvolvo actividades relacionadas com a educação sexual nas minhas aulas.	1	2	3	4
22 Não me sinto muito motivado(a) para abordar a educação sexual nas minhas aulas, porque sinto falta de apoio do Conselho Executivo da escola.	1	2	3	4
23 O principal objectivo da educação sexual na escola é ajudar os alunos a encontrar a sua orientação sexual.....	1	2	3	4
24 A principal finalidade da educação sexual na escola é desenvolver as competências dos alunos para que consigam viver a sua a sexualidade de forma mais saudável.	1	2	3	4
25 Considero que a coordenação das actividades e projectos de educação sexual, em cada turma, deveria ser da responsabilidade do respectivo Director(a) de Turma.....	1	2	3	4
26 Antigamente não havia educação sexual e as pessoas também aprendiam sobre sexualidade.....	1	2	3	4
27 Abordar os temas da sexualidade pode aumentar, nos alunos, o desejo de experimentação de comportamentos sexuais.....	1	2	3	4
28 A educação sexual, em contexto escolar, deve ter início no pré-escolar, pois é uma das dimensões do desenvolvimento sócio-afectivo.....	1	2	3	4
29 Para abordar a educação sexual nas minhas aulas gostaria de ter apoio dos técnicos especializados.....	1	2	3	4
30 A educação sexual, em contexto escolar, deve ter início no 1º ciclo, porque é o início da escolaridade obrigatória.....	1	2	3	4
31 Se os pais falassem mais abertamente com os filhos sobre os assuntos relacionados com a sexualidade, a educação sexual na escola não seria necessária.....	1	2	3	4
32 Nunca realizo actividades relacionadas com a educação sexual, nas minhas aulas.....	1	2	3	4
33 Hoje em dia com toda a informação que os alunos dispõem, a educação sexual na escola é pouco necessária.....	1	2	3	4
34 Só abordo os temas da educação sexual quando os alunos chamam o assunto para a aula.....	1	2	3	4

	<i>Discordo totalmente</i>		<i>Concordo totalmente</i>	
35	Não abordo os temas relacionados com a sexualidade, nas minhas aulas, porque tenho pouco à vontade para falar desses temas.....			
	1	2	3	4
36	Os Auxiliares da Acção Educativa são formadores de ES na escola.....			
	1	2	3	4
37	A educação sexual tem que ser tratada na escola porque há situações muito graves, relacionadas com a sexualidade (gravidezes nas adolescentes, SIDA).....			
	1	2	3	4
38	Os principais conteúdos da educação sexual na escola deveriam ser a anatomia e fisiologia da reprodução.....			
	1	2	3	4
39	Nas minhas aulas, quando abordo os temas da educação sexual, utilizo sempre os termos científicos.			
	1	2	3	4
40	Considero que a educação sexual é imprescindível para o desenvolvimento dos alunos e deve ser assumida pela escola.....			
	1	2	3	4
41	Falo abertamente com os meus alunos sobre todos os assuntos relacionados com a sexualidade.			
	1	2	3	4
42	Quando não estou preparado(a) para responder às questões dos alunos digo-lhes que irei procurar a informação necessária e mais tarde voltamos a falar.....			
	1	2	3	4
43	Na minha escola, as actividades de educação sexual são planificadas e coordenadas por um professor ou uma equipa de professores.....			
	1	2	3	4
44	Quando sou questionado(a) pelos alunos sobre a sexualidade, antes de dar a resposta, aconselho-os a fazerem esta questão em casa, junto dos elementos da família.....			
	1	2	3	4
45	Na minha escola, os documentos educativos relativos à educação sexual estão à disposição de quem os queira consultar/usar.....			
	1	2	3	4
46	A educação sexual, em contexto escolar, deveria ser transversal, mas ter um programa definido para cada área curricular disciplinar e não disciplinar.....			
	1	2	3	4
47	Pontualmente, planifico e desenvolvo actividades relacionadas com a educação sexual, nas áreas curriculares não disciplinares que lecciono.....			
	1	2	3	4
48	Existem poucos documentos educativos relativos à educação sexual para apoiar a prática dos professores.....			
	1	2	3	4
49	As actividades de educação sexual que proponho aos meus alunos são essencialmente informativas.....			
	1	2	3	4
50	A educação sexual na escola deveria ser abordada preferencialmente “nos clubes” e menos nas componentes lectivas.....			
	1	2	3	4
51	Não sei o que os meus colegas fazem relativamente à educação sexual nas turmas que leccionam.....			
	1	2	3	4
52	Sempre que planifico os temas relacionados com a sexualidade, informo previamente os pais das minhas intenções.....			
	1	2	3	4
53	Não lecciono a educação sexual nas minhas aulas porque não possuo os conhecimentos científicos necessários.....			
	1	2	3	4
54	Habitualmente discuto os temas da educação sexual com os meus colegas de departamento.....			
	1	2	3	4
55	Os documentos educativos relativos à educação sexual são muito ambíguos.....			
	1	2	3	4

	<i>Discordo</i>		<i>Concordo</i>	
	<i>totalmente</i>		<i>totalmente</i>	
56 As actividades de educação sexual que desenvolvo nas minhas aulas surgem das dúvidas dos alunos.....	1	2	3	4
57 Nas minhas aulas, só abordarei os temas da sexualidade se for obrigado(a).....	1	2	3	4
58 Os documentos de política educativa relacionados com a educação sexual ajudam-me na prática.	1	2	3	4
59 Na minha escola as actividades e projectos de educação sexual são planificados e realizados em articulação com profissionais de saúde do Centro de Saúde a que a escola pertence.	1	2	3	4
60 Tenho tido algumas dificuldades em trabalhar a educação sexual nas minhas aulas, porque não existem directrizes centrais claras.....	1	2	3	4
61 A educação sexual visa sobretudo explicar os mecanismos de reprodução humana.....	1	2	3	4
62 Não tenho problemas em falar dos temas relacionados com a sexualidade, mas não sei como o fazer de forma adequada.....	1	2	3	4
63 A educação sexual, na escola, tem como objectivo principal integrar a dimensão sexual nas outras dimensões da pessoa.....	1	2	3	4
64 A educação sexual na escola deveria partir da iniciativa de cada professor, de modo espontâneo.	1	2	3	4
65 No Conselho Pedagógico da minha escola é habitual discutirem-se as actividades e projectos de ES.....	1	2	3	4
66 A educação sexual, na escola, deveria ser planificada, de forma sistemática, em cada Conselho de Turma.....	1	2	3	4
67 Não trabalho mais vezes a educação sexual nas minhas aulas porque ninguém me deu materiais didácticos para o fazer.....	1	2	3	4
68 A educação sexual, na escola, só deveria ser abordada quando os alunos questionam ou quando se vivência alguma situação.....	1	2	3	4
69 Na minha escola a planificação das actividades e projectos da educação sexual das turmas é realizada nos Conselhos de Turma.....	1	2	3	4
70 Não costumo tratar dos temas da educação sexual porque os conteúdos programáticos da minha disciplina não se relacionam com esta.....	1	2	3	4

Obrigada pela colaboração
Ermelinda Caldeira

Anexo 5 - Questionário concepções e práticas da educação sexual em contexto escolar - versão para pais (Lourenço, 2007)

Questionário nº ____

Ex.mo(a) Senhor(a):

O presente questionário insere-se num estudo sobre “Promoção da Saúde e Desenvolvimento dos Adolescentes – Educação Sexual em Contexto Escolar”, no âmbito do projecto de Doutoramento em enfermagem, pretende conhecer as concepções dos pais sobre a Educação Sexual, em contexto escolar.

A sua colaboração é essencial para o sucesso deste estudo.

Solicitamos que responda com sinceridade às questões colocadas, assinalando a alternativa que melhor corresponda à sua opinião. Os dados recolhidos são rigorosamente confidenciais e anónimos pelo que pedimos que não assine.

Agradecemos, desde já, a sua colaboração.

Ermelinda Batanete

Instruções

Apresenta-se um conjunto de afirmações, às quais deve responder colocando um círculo à volta do número que melhor expressa o seu nível de concordância ou discordância, de acordo com a escala seguinte:

1-Discordo totalmente	2- Discordo	3- Concordo	4- Concordo totalmente
-----------------------	-------------	-------------	------------------------

Por favor, não deixe nenhuma afirmação por assinalar.

		<i>Discordo Totalmente</i>		<i>Concordo Totalmente</i>	
1 A educação sexual deveria ser uma disciplina obrigatória.	1	2	3	4	
2 A educação sexual, na escola, deveria ser abordada apenas por professores com formação especializada em educação sexual.	1	2	3	4	
3 Habitualmente falo com o meu/minha filho(a) sobre a sexualidade.	1	2	3	4	
4 A educação sexual, na escola, deve ter início no 3º ciclo, porque coincide com o período da experimentação amorosa dos jovens.	1	2	3	4	
5 A educação sexual deve ser só da responsabilidade dos pais, porque é uma questão da família.	1	2	3	4	
6 A principal finalidade da educação sexual na escola é prevenir as gravidezes na adolescência.	1	2	3	4	
7 A educação sexual na escola “está na moda”, mas não é importante.	1	2	3	4	
8 A educação sexual na escola deveria ser apenas tratada na disciplina de Ciências da Natureza.	1	2	3	4	
9 Penso que a maioria dos pais quer que a educação sexual seja abordada na escola.	1	2	3	4	
10 A educação sexual não é uma prioridade educativa da escola do meu filho.	1	2	3	4	
11 Os professores do meu/minha filho(a) realizam muitas vezes actividades de educação sexual.	1	2	3	4	
12 A escola do meu/minha filho(a) informou-me sobre os objectivos da educação sexual na escola.	1	2	3	4	

		<i>Discordo</i>		<i>Concordo</i>	
		<i>Totalmente</i>		<i>Totalmente</i>	
13	A educação sexual, na escola, deveria ser leccionada por médicos, enfermeiros, psicólogos ou outros técnicos especializados.	1	2	3	4
14	Quando o(a) filho(a) me questiona sobre assuntos relacionados com a sexualidade, acho preferível ignorar ou contornar a questão.	1	2	3	4
15	A educação sexual, na escola, deve ter início a partir do 2º ciclo, porque coincide com a entrada na adolescência.	1	2	3	4
16	A educação sexual na escola visa, essencialmente, prevenir as várias formas de exploração e violência sexual.	1	2	3	4
17	Considero que a educação sexual, na escola, diz respeito a todos os professores.	1	2	3	4
18	A educação sexual deveria apenas ser tratada pelo Director de Turma na Formação Cívica.	1	2	3	4
19	A educação sexual na escola visa, sobretudo, prevenir o contágio da SIDA e outras infecções de transmissão sexual.	1	2	3	4
20	A educação sexual, na escola, deveria ser um assunto da psicóloga.	1	2	3	4
21	Os professores do meu/minha filho(a) realizam, poucas vezes, actividades de educação sexual.	1	2	3	4
22	Nunca falo com o meu/minha filho(a) sobre a sexualidade.	1	2	3	4
23	O principal objectivo da educação sexual, na escola, é ajudar os alunos a encontrar a sua orientação sexual.	1	2	3	4
24	Não sei se o meu/minha filho(a) tem aulas de educação sexual nas escola.	1	2	3	4
25	Na escola, a educação sexual é, sobretudo, uma responsabilidade dos professores.	1	2	3	4
26	Antigamente não havia educação sexual e as pessoas também aprendiam sobre sexualidade.	1	2	3	4
27	Penso que falar da sexualidade pode aumentar, nos jovens, o desejo de experimentação de comportamentos sexuais.	1	2	3	4
28	A educação sexual, na escola, deve ter início no pré-escolar, pois é uma das dimensões do desenvolvimento afectivo da criança.	1	2	3	4
29	Para poder falar dos assuntos relacionados com a sexualidade com o meu/minha filho(a), gostaria de ter apoio dos professores ou outro técnico.	1	2	3	4
30	A educação sexual, na escola, deve ter início no 1º ciclo, porque é o início da escolaridade obrigatória.	1	2	3	4
31	Se os pais falassem mais abertamente com os filhos sobre os assuntos da sexualidade, não seria necessária a educação sexual na escola	1	2	3	4
32	Os professores do meu/minha filho(a) nunca realizam actividades de educação sexual.	1	2	3	4
33	Hoje em dia com toda a informação que os alunos dispõem, a educação sexual na escola é pouco necessária.	1	2	3	4
34	Só falo da sexualidade com o meu/minha filho(a) quando ele(a) puxar o assunto.	1	2	3	4

		<i>Discordo</i>		<i>Concordo</i>	
		<i>Totalmente</i>		<i>Totalmente</i>	
35	Não falo dos assuntos relacionados com a sexualidade, com o meu/minha filho(a), porque tenho pouco à vontade para falar desses temas.	1	2	3	4
36	Os Auxiliares da Acção Educativa são formadores de Educação Sexual na escola.	1	2	3	4
37	A educação sexual tem que ser tratada na escola porque há situações muito graves, relacionadas com a sexualidade (gravidezes nas adolescentes, SIDA, ...).	1	2	3	4
38	Soç informado pelos professores do meu/minha filho(a) dos temas da sexualidade, que abordam nas suas aulas.	1	2	3	4
39	Quando falo com o meu/minha filho(a) sobre os assuntos relacionados com a sexualidade, utilizo sempre os termos científicos.	1	2	3	4
40	Considero que a educação sexual é imprescindível para o desenvolvimento dos alunos e deve ser assumida pela escola.	1	2	3	4
41	Falo abertamente com o(a) meu/minha filho(a) sobre todos os assuntos relacionados com a sexualidade.	1	2	3	4
42	Quando não estou preparado(a) para responder às questões do meu/minha filho(a), relacionadas com a sexualidade, digo-lhe que irei procurar a informação necessária e mais tarde voltamos a falar.	1	2	3	4
43	O meu filho costuma contar-me as actividades, de educação sexual, que realiza nas aulas.	1	2	3	4
44	Habitualmente discuto as actividades da educação sexual com o(a) Director(a) de Turma do meu/minha filho(a).	1	2	3	4

Precisamos ainda de alguns dados pessoais para o tratamento estatístico da informação:

45 - Sexo

₁ Masculino

₂ Feminino

46 - Situação conjugal

₁ Casado

₂ Solteiro

₃ Viúvo

₄ União de facto

₅ Divorciado

47 - Idade _____ anos

48 -N.º de filhos _____

49 -Quantos dos filhos são do sexo

₁Masculino _____

₂Feminino _____

50 - Habilitações académicas _____

51 - Profissão _____

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 6 - Questionário Percepção dos alunos acerca da educação sexual (QPAES)

Questionário N° _____

Este questionário insere-se num estudo sobre Educação Sexual em Contexto Escolar, no âmbito do Doutoramento em enfermagem.
A tua colaboração é essencial.
Solicitamos que respondas com sinceridade às questões colocadas, assinalando a alternativa que melhor corresponda à tua opinião. Os dados recolhidos são rigorosamente confidenciais e anónimos pelo que pedimos que não assines.
Obrigada pela colaboração.
Ermelinda Caldeira

1 – Qual a tua idade? _____ Anos

Assinala com uma cruz X:

2 – O teu sexo:

Masculino 1 Feminino 2

3 - Ano que frequentas actualmente:

5º Ano 1 6º Ano 2

4 - Zona de residência:

Vila 1 Aldeia 2 Outra 3
Qual: _____

5 - Quantos irmãos(ãs) tens? _____

6 - Quantos irmão(ãs) mais velhos(as) tens? _____

7 – Qual a idade dos teus pais?

Pai: _____ Anos Mãe: _____ Anos

8 – Os teus pais estudaram até que ano ou curso?

	Paí	Mãe
Nunca estudaram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Até ao 4º Ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Até ao 6º Ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Até ao 9º Ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Até ao 12º Ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curso Médio / Bacharelato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curso Superior (licenciatura)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mestrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doutoramento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EDUCAÇÃO SEXUAL

Coloca uma cruz X, no círculo que melhor considere a tua opinião em relação a cada uma das afirmações. Não existem respostas certas ou erradas.

9 - Na tua opinião a Educação Sexual serve para te ajudar a: (responde a todas as questões com Sim ou Não)

	Sim	Não
Não ter Doenças Sexualmente Transmissíveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter mais informação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não engravidar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saberes relacionar-te com outra pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retardar o início das relações sexuais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tirar dúvidas que tens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10 - Como te sentes a falar de Educação Sexual com:

	À vontade	Pouco à vontade	Não falo com eles sobre isso
Os teus amigos.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os teus irmãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os teus pais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os teus professores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os médicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11 – Relativamente à informação que possuis sobre assuntos/temas relacionados com a sexualidade, sentes-te: (assinala apenas uma opção)

- Muito informado 1
- Informado 2
- Pouco informado 3
- Nada informado 4

12 – Onde obtiveste mais informação sobre sexualidade? (Escolhe apenas uma opção)

- | | |
|--|--|
| Pais <input type="checkbox"/> 1 | Televisão / rádio <input type="checkbox"/> 6 |
| Irmãos <input type="checkbox"/> 2 | Internet <input type="checkbox"/> 7 |
| Amigos <input type="checkbox"/> 3 | Médicos <input type="checkbox"/> 8 |
| Professores <input type="checkbox"/> 4 | Enfermeiros <input type="checkbox"/> 9 |
| Livros e revistas <input type="checkbox"/> 5 | Outros <input type="checkbox"/> 10 |

Quais: _____

13 - Quem é que achas mais adequado para abordar a Educação Sexual?
(assinala com um X apenas uma das opções)

- | | |
|--|--------------------------|
| Professor | <input type="checkbox"/> |
| Enfermeira | <input type="checkbox"/> |
| Médico | <input type="checkbox"/> |
| Família | <input type="checkbox"/> |
| Professor, Médico, enfermeira e família Juntos | <input type="checkbox"/> |
| Outro
Quem? _____ | <input type="checkbox"/> |

14 – Qual a importância que atribuis à abordagem da Educação Sexual nas escolas?
(assinala apenas uma opção)

- | | |
|------------------|--------------------------|
| Muito importante | <input type="checkbox"/> |
| Importante | <input type="checkbox"/> |
| Pouco importante | <input type="checkbox"/> |
| Nada importante | <input type="checkbox"/> |

15- Assinala com um X o grau de importância que atribuis a cada tema de Educação sexual

TEMAS	Pouco Importante	Importante	Muito Importante
Importância da sexualidade e as suas diferentes expressões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diferenças entre o corpo da rapariga e do rapaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterações no corpo e nos sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A sexualidade e os nossos sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Igualdade entre rapazes e raparigas, respeitando as diferenças de cada um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contributos da família e dos amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados e higiene corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aparelhos reprodutores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concepção, gravidez e parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doenças sexualmente transmissíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16 – Achas que a Educação Sexual deveria ser abordada nas escolas:
(assinala com um X apenas uma opção)

Numa disciplina específica	<input type="checkbox"/>	Em Formação Cívica	<input type="checkbox"/>
Em todas as disciplinas	<input type="checkbox"/>	Em Estudo acompanhado	<input type="checkbox"/>
Na área- projecto	<input type="checkbox"/>	Num Gabinete de Atendimento ao Aluno	<input type="checkbox"/>
Em algumas disciplinas	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>
Quais? _____		Qual? _____	

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO

Anexo 7 – Guião de tópicos - Entrevista individual a assistentes operacionais

GUIÃO DE TÓPICOS

Entrevista individual a assistentes operacionais

Destinatários: Assistentes Operacionais

Objetivos:

- Conhecer as concepções dos assistentes operacionais acerca da Educação Sexual
- Conhecer as práticas de educação sexual dos assistentes operacionais

Tópico central	Aspetos a abordar
Legitimação da entrevista e motivação dos entrevistados	<ul style="list-style-type: none">▪ Apresentar o tema e os objectivos do trabalho.▪ Explicar a importância do papel da entrevistada para a realização do estudo.▪ Enfatizar a importância da colaboração para o desenvolvimento do projeto.▪ Garantir autorização para gravar a entrevista.
Caracterização sociodemográfica	<ul style="list-style-type: none">▪ Idade▪ Formação académica▪ Formação em educação sexual▪ Tempo de serviço.

Concepções acerca da Educação Sexual na escola

Como	<ul style="list-style-type: none">▪ O que é para si a educação sexual?▪ No seu entender como deveria ser a educação sexual na escola
Quando	<ul style="list-style-type: none">▪ Com que idade considera que se deveria iniciar a educação sexual?
Quem	<ul style="list-style-type: none">▪ Quem a deveria leccionar?▪ Que assuntos deveria privilegiar?▪ O que pensa da reacção dos pais à educação sexual na escola?

<p>Importância e finalidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qual é a sua opinião em relação à importância (finalidade) da educação sexual na escola?

Abordagens práticas da educação sexual

<p>O que fazem quando são abordados pelos alunos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para si qual o vosso papel relativamente à educação sexual na escola? ▪ Costumam ser abordados pelos alunos com dúvidas relacionadas com a sexualidade? ▪ Quais são as questões mais frequentes? ▪ O que costumam fazer quando os alunos vos questionam ou pedem ajuda sobre os assuntos da sexualidade?
<p>A educação sexual como prioridade da escola</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como está a ser trabalhada a educação sexual na sua escola? ▪ A educação sexual é uma prioridade na sua escola?

Anexo 8 – Guião de tópicos - Entrevista Individual a Enfermeiras

GUIÃO DE TÓPICOS DE ENTREVISTA

Entrevista Individual a Enfermeiras

Destinatários: Enfermeiras do Centro de Saúde de Vila Viçosa

Objetivos:

- Compreender o processo de organização da Educação Sexual em contexto escolar
- Compreender a(s) lógica(s) de acção e os métodos de articulação/parceria entre a Escola e o Centro de Saúde no âmbito da educação sexual
- Identificar parceiros e aliados no processo de educação sexual
- Identificar serviços de suporte à sexualidade dos adolescentes
- Reconhecer o papel dos vários intervenientes no processo educativo dos jovens
- Identificar formas de agregar interesses para a educação sexual ser implementada de forma adequada

Tópico central	Objetivos	Aspetos a abordar
Legitimação da entrevista e motivação dos entrevistados	<ul style="list-style-type: none">✓ Elucidar acerca dos objectivos da entrevista.✓ Apresentar os objectivos do estudo que se pretende realizar.✓ Sensibilizar as entrevistadas para a importância da sua colaboração na concretização do estudo.✓ Assegurar a gravação da entrevista	<ul style="list-style-type: none">▪ Apresentar o tema e os objectivos do trabalho.▪ Explicar a importância do papel da entrevistada para a realização do estudo.▪ Enfatizar a importância da colaboração para o desenvolvimento do projeto.▪ Garantir autorização para gravar a entrevista.
Caraterização sociodemográfica	<ul style="list-style-type: none">✓ Conhecer a formação académica das enfermeiras.✓ Conhecer o tempo de serviço.✓ Identificar experiência profissional	<ul style="list-style-type: none">▪ Formação académica.▪ Tempo de serviço.▪ Tempo de serviço em cuidados de saúde primários.▪ Formação em educação sexual

<p>Abordagens práticas da educação sexual</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conhecer a origem da colaboração do centro de saúde com a escola. ✓ Identificar os profissionais do centro de saúde que colaboram com as escolas. ✓ Conhecer as atividades de Educação sexual organizadas no centro de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como surge, geralmente, a cooperação entre o centro de saúde e as escolas na educação sexual? ▪ Quais os profissionais do centro de saúde que habitualmente colaboram nas actividades de educação sexual realizadas na escola? O trabalho é desenvolvido em equipa? ▪ Como articula as actividades de educação sexual na escola com o serviço no centro de saúde? ▪ Alguma vez estruturou as actividades de educação sexual que implementa na escola num projecto de educação sexual? ▪ Costuma desenvolver actividades de educação sexual no centro de saúde? Se sim, como as desenvolve?
<p>Suporte à sexualidade dos adolescentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar os serviços de apoio à sexualidade dos adolescentes, disponibilizados pelo Centro de saúde. ✓ Identificar os serviços de apoio à sexualidade reconhecidos pelos adolescentes. ✓ Conhecer os motivos da procura desses serviços pelos adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quais são os serviços de apoio à sexualidade dos adolescentes que eles conhecem? ▪ Qual é o suporte à saúde sexual/ Educação sexual dos adolescentes proporcionado por este centro de saúde? ▪ Os adolescentes recorrem a esses serviços? Se recorrem, porque razão o fazem? Se não recorrem porque é que isso acontece?

<p>Percepção acerca da Educação Sexual na escola</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conhecer a opinião das enfermeiras acerca do ciclo de ensino em deve ter início a educação sexual na escola ✓ Conhecer a opinião das enfermeiras acerca da forma como deve ser desenvolvida a educação sexual na escola 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Considera a educação sexual na escola uma prioridade? ▪ Em que ciclo do ensino julga que deve ter inicio? Porquê? ▪ Na sua opinião quais as finalidades da educação sexual? ▪ Teoricamente, como concebe a educação sexual em contexto escolar no 2º ciclo do ensino básico? Quem a deve realizar, como deve ser desenvolvida?
<p>Percepção acerca do papel dos vários intervenientes no processo de educação sexual dos adolescentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conhecer a opinião das enfermeiras acerca do papel dos vários intervenientes no processo educativo dos jovens, relativamente à educação sexual 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Na sua opinião com quem conversam os adolescentes sobre sexo, contraceção e problemas das relações amorosas? Com quem considera que eles se sentem mais à vontade para falar sobre estes assuntos? ▪ Qual o papel dos vários intervenientes no processo educativo dos jovens (professores, pais, enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes operacionais)?
<p>Propostas para o desenvolvimento/ implementação da Educação sexual</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar sugestões para a implementação da educação sexual 	<p>Que proposta(as) apontaria para a educação sexual ser implementada de forma adequada?</p>

Pedido de autorização para a realização do trabalho de campo

Anexo 9 – Pedido de autorização, à Escola EB2 D. João IV, para realização do Estudo

UNIVERSIDADE DE LISBOA



Exmo. Sr. Presidente

do Conselho Executivo da Escola EB2 D. João IV
de Vila Viçosa

Ermelinda do Carmo Valente Caldeira Batanete, docente da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora, vem solicitar autorização para desenvolver o trabalho de campo de um projecto de investigação, na Escola que V^a Exa. dirige. O projecto já aprovado pela Universidade de Lisboa e orientado pelo Prof^o Doutor Manuel José Lopes enquadra-se no Programa de Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa.

A temática em estudo é a “Promoção da Saúde e Desenvolvimento dos Adolescentes – A Educação Sexual em Contexto Escolar”. Neste estudo partimos de uma aceção da investigação pautada pela abertura, flexibilidade e participação, fortemente comprometida com a resolução de problemas, colocados a partir da própria realidade. Uma perspectiva que, mais do que descrever e compreender a realidade, implique alguma transformação dessa mesma realidade. Para isso inspirar-nos-emos na metodologia da Investigação-acção.

Os participantes do estudo, para além da investigadora, serão os professores, os alunos, os pais/encarregados de educação, as auxiliares de acção educativa e os elementos dos órgãos de gestão desta escola.

Asseguramos que respeitaremos todos os princípios éticos. Após a autorização solicitada serão realizadas reuniões com os professores, auxiliares de acção educativa e pais/encarregados de educação para os informar sobre os objectivos do estudo, as estratégias que estão planeadas para colher os dados e também para pedir a sua participação no estudo. Pessoalmente serão efectuados contactos com os Directores de Turma, a fim de solicitar a autorização dos encarregados de educação para a aplicação de questionários aos alunos.

Todos os dados recolhidos serão tratados de forma anónima e confidencial.

Sem outro assunto respeitosamente me despeço

Évora, 5 de Janeiro de 2009



Ermelinda do Carmo Valente Caldeira Batanete

Anexo 10 – Autorização da Escola para realização do Estudo

Agrupamento de Escolas de Vila Viçosa
Rua Horta do Reguengo
7160-000 Vila Viçosa


Ministério da
Educação

Telefone 268886890 Fax 268881228

**Internet na Escola –
Uma Escola com futuro!**

[info@agrup.est-educ-ens-conc-
vila-vicosa.rcts.pt](mailto:info@agrup.est-educ-ens-conc-vila-vicosa.rcts.pt)


*Exma. Senhora
Dr.^a Ermelinda do Carmo Valente
Caldeira Batanete
Quinta Vale do Nobre, n.º 3
Degebe
7005-525 Évora*

Sua Referência	Data	Nossa Referência	Data
		7.1. /	
		000566	31. JUL 2009
ASSUNTO: <i>Trabalho de investigação - autorização</i>			

De acordo com o v. requerimento com vista ao desenvolvimento de um trabalho académico, de campo, no âmbito de projecto de investigação sobre “Promoção da Saúde e desenvolvimento dos Adolescentes – A Educação Sexual em Contexto Escolar”, tenho o prazer de lhe comunicar que o mesmo é autorizado congratulando-nos com a relação do mesmo com o nosso projecto educativo.

Com os melhores cumprimentos.

O Director


Agostinho Luís da Costa Arranca

mjt

<http://agrupescolasvvicosa.no.sapo.pt>

Anexo 11 - Pedidos de autorização formal aos autores dos questionários aplicados na Fase I do Estudo

Página Webmail da Universidade de Évora 1.4.15e

1 de 1

Pasta Actual: **Entrada**

Desligar

[Escrever](#) [Endereços](#) [Pastas](#) [Opções](#) [Procurar](#) [Ajuda](#) [Auto Response](#) [Universidade de Évora](#)

[Lista de Mensagens](#) | [Apagar](#)

[Anterior](#) | [Próxima](#) [Encaminhar](#) | [Encaminhar como anexado](#) | [Responder](#) | [Responder a todos](#)

Assunto: RES: Questionário Avaliação Atitudes face à Ed. sexual

De: "Duarte Vilar" <duartevilar@apf.pt>

Data: Qui, Abril 30, 2009 9:00 am

Para: eb@uevora.pt

Opções: [Ver cabeçalho completo](#) | [Ver Versão para Impressão](#) | [Descarregar como ficheiro](#) | [Ver detalhes da mensagem](#) | [Adicionar endereço](#) | [Bounce](#)

Cara Dra. Ermelinda

Aqui vai o QAAPES.

Cumprimentos

Duarte Vilar

-----Mensagem original-----

De: eb@uevora.pt [mailto:eb@uevora.pt]

Enviada em: quarta-feira, 29 de Abril de 2009 20:19

Para: duartevilar@apf.pt

Assunto: Questionário Avaliação Atitudes face à Ed. sexual

Sr. Professor Doutor Duarte Vilar,
tal como combinamos telefonicamente envio o meu email para que me possa facultar o questionário (QAAPES).
Comprometo-me a comunicar-lhe todos os resultados do estudo que estou a desenvolver.

Muito obrigado pela sua atenção e colaboração.

Com os melhores cumprimentos

Ermelinda Batanete

Anexos:

QAAPES.doc

65 k

[application/msword]

[Descarregar](#)

[Endereço](#)

[Delete & Prev](#) | [Delete & Next](#)

Mova para: [Entrada](#)

[Mover](#)

https://mail.uevora.pt/src/read_bodv.php?mailbox=INBOX&nassed_id=5407&startM... 30-04-2009

Autorização questionários tese

De: **Cristina Lourenco** (mcristinalourenco@gmail.com)

Enviada: segunda-feira, 14 de Setembro de 2009 18:09:50

Para: ermelinda_batanete@hotmail.com

Olá!

Aqui vai a autorização para utilizar os questionários na sua tese.

Eu Maria Cristina Rodrigues Lourenço, autorizo a utilização dos questionários: "Questionário para Professores" e "Questionário para Pais/Encarregados de Educação" utilizados na Tese "Educação Sexual em Contexto Escolar: Das Concepções Às Práticas" a Ermelinda do Carmo Valente Caldeira Batanete para recolha de dados no âmbito da sua Tese de Doutoramento.

Votos de bom trabalho

Um beijo

Cristina Lourenço

Anexo 12 - Termos de consentimento livre e esclarecido dos participantes

Ermelinda do Carmo Caldeira Batanete

Tlm: 962305991

e-mail: eb@uevora.pt

Exmo.(a) Sr.(a)

Encarregado de educação do aluno

Vila Viçosa, 14 de Maio de 2009

Pedido de autorização

Ermelinda do Carmo Valente Caldeira Batanete, docente da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora, actualmente a realizar o Doutoramento em Enfermagem na Universidade de Lisboa cuja temática em estudo é a “Promoção da Saúde e Desenvolvimento dos Adolescentes – A Educação Sexual em Contexto Escolar”, encontra-se a desenvolver o projecto de doutoramento em colaboração com a Escola EB2 D. João IV de Vila Viçosa.

Numa primeira fase deste projecto é necessário analisar as concepções que os vários intervenientes no processo educativo (professores, alunos, médicos/ enfermeiros / psicólogos, pais e auxiliares de acção educativa) têm da Educação Sexual em contexto escolar.

Neste estudo a opinião dos alunos é fundamental. Assim, venho por este meio solicitar que me autorize aplicar um questionário e/ou entrevistar o seu educando. Acrescento, ainda, que todos os dados recolhidos serão tratados de forma anónima e confidencial.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Atenciosamente

A professora



(Ermelinda Batanete)

O Presidente do Conselho Executivo



(Agostinho Arranca)

DECLARAÇÃO

Declaro que depois de ter lido o “pedido de autorização”, referente à solicitação de aplicação de um questionário e/ou entrevista ao meu/minha educando(a) pela professora/investigadora Ermelinda do Carmo Caldeira Batanete fiquei a conhecer os objectivos da investigação. Dado que me é garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, declaro que autorizo o(a) meu/minha educando(a) _____ a participar na investigação.

Vila Viçosa, ____ de _____ de 2009

O(A) Encarregado(a) de Educação

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

No âmbito do projecto de investigação, cuja responsável é Ermelinda Caldeira Batanete, sob a orientação do Prof. Doutor Manuel José Lopes da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora, eu declaro que aceito participar no estudo “Promoção da Saúde e Desenvolvimento dos Adolescentes – A Educação Sexual em Contexto Escolar”.

Autorizo que a minha entrevista seja gravada em áudio. Tenho conhecimento de que este registo gravado, assim como outros dados recolhidos durante a investigação, serão mantidos no maior sigilo, sendo apenas usados para fins de investigação.

....., de de 2009

.....

(Assinatura)

Grelhas de apoio à codificação dos dados da Fase I do Estudo

**Anexo 13 - Grelha de apoio à codificação dos dados - Entrevista individual
a assistentes operacionais**

**Grelha de apoio à codificação dos dados
Entrevista individual a assistentes operacionais**

Área de análise	Categorias	Subcategorias	Unidade de registo
Caracterização sociodemográfica	Idade	1. Entre 32 e 57 anos	E1- 52 anos E2- 46 anos E3 - 53 anos E4- 57 anos E5- 32 anos E6- 49 anos E7- 43 anos
	Formação académica	1. Terceiro ciclo do ensino básico (novas oportunidades) 2. Ensino secundário (novas oportunidades)	E1- ... tenho o 9º ano porque tirei agora já nas novas oportunidades porque só tinha a 6ª classe... e agora é que tirei o 9º ano nas novas oportunidades E2- ...estou a fazer o secundário à noite, nas novas oportunidades. Já fiz o básico e agora estou a fazer o secundário à noite... E3- ...agora já tenho o 9º ano tirado nas novas oportunidades. E4- ...tirei agora o 9º ano nas novas oportunidades. E5- ...tenho o 12º ano. E6- ...neste momento estou a tirar o 12º ano E7- ...acabei agora 12º ano.
	Formação em educação sexual	1. Sem formação	E1- Não, nunca tive. E2- Não. As formações que eu tenho, todas são a nível mais com os miúdos... ou a nosso respeito, tenho uma de computadores, direitos e deveres dos funcionários, tenho uma da indisciplina na escola, tenho uma de educação... pronto é tudo a ver com a escola mas de educação sexual não E3- Não, nunca tive. E4- Não, nunca tive E5- Não. nunca tive formação nessa área. E6- Não, nunca. Por enquanto ainda não... Não, não. eu estou cá desde 94 e não tive qualquer formação neste campo. E7- Não. Também não. Já sou auxiliar à 10 anos mas nunca fiz formação em educação sexual não.

Área de análise	Categorias	Subcategorias	Unidade de registo
Concepções acerca da Educação Sexual na escola	Conceito de educação sexual	1.Relações sexuais 2.Prevenir IST 3.Ensinar sobre relacionamentos	<p>E1... , acho que todas as pessoas deviam saber né? Tudo sobre a educação sexual mas nós não estamos bem a par de tudo... já temos esta idade mas acho que não estamos bem a par de tudo...</p> <p>E2 -para mim é as pessoas terem relações uma com a outra... mas para mim será o relacionamento de duas pessoas entre si, às vezes até nem precisam de...como hei-de dizer, terem amor um pelo outro...</p> <p>E3 - ... acho que nós temos que alertar para os problemas todos que há a nível de sexualidade sobre as doenças, que há que são transmissíveis e acho que como pais, como encarregados de educação e como funcionários temos essa obrigação de os alertar porque cada vez há mais, doenças a nível sexual e também chamá-los a atenção por serem muito novos para serem pais que hoje em dia também se vê muito.</p> <p>E5 - Talvez seja uma maneira de ensinar os miúdos como sejam as relações.</p> <p>E6 - nós na educação sexual não podemos só pensar que seja portanto partilhada a dois temos de ter em conta secalhar explicar, por exemplo aos nosos filhos o que é. A educação sexual é o amor... é uma vida a dois</p>
	Como deveria ser a educação sexual na escola	1.Numa disciplina	<p>E7 - Em relação aos miúdos acho que devia haver mais informação para eles. Acho que devia haver uma disciplina ou quem os ensinasse logo desde pequeninos, para se sentirem mais à vontade a falarem no tema.</p> <p>E6- Mas eu acho que deveria haver e era uma disciplina que deveria ser enquadrada mesmo nas disciplinas que eles têm.</p>
	Ciclo de ensino em que deve ter início a educação sexual	1.Primeiro ciclo 2.Segundo ciclo 3.Desde o segundo ciclo até ao secundário	<p>E1 - a educação... mais cedo, a educação mais cedo, pelo menos aí vá com, secalhar da primária...começar-se logo a falar, é difícil na é falar com eles, são muito pequeninos mas para começarem a ter conhecimentos...para quando começarem a ter relações, na é, já estarem dentro do assunto</p> <p>E2 - Bem um bocadinho cedo, pronto, talvez no 5º ano. Embora eles hoje já saibam o que isso é, mas eu penso que sim porque há muita criança mesmo de certeza não está bem explicado a esse nível.</p> <p>E3 - acho que quando eles começam ali entre os 9, 10 anos embora não se vá respondendo logo quando eles vão perguntando acho que temos por direito de lhes ir explicando, não tudo mas dando ideia daquilo que vai ser para que quando chegam à idade deles começarem com as</p>

		<p>descobertas deles estarem alertados para os perigos que aí vêm. Eu falei sempre isso com os meus filhos.</p> <p>E5 - Acho desde os 10, 12 anos, acho que era o ideal, até ai aos 18.</p> <p>E6- desde que entrem para a escola, no básico, porque eles depois já começam a ser maiores, tem uma idade mais elevada, pronto, depois começa a haver aquele namorico, começa a haver aquilo tudo e às vezes há aqueles mais espertinhos começam a desafiar as miúdas e pode acontecer alguma coisa desde que não estejam prevenidas.</p> <p>E7- A partir aí dos 10 anos. Quando são muito pequeninos também já têm curiosidade mas eu acho que nesta idade é que eles começam mais a despertar, a mudar mais o corpo e começam a ter mais curiosidade e a entender as coisas de outra maneira também, penso eu.</p>
Intervenientes no processo educativo, ES, dos adolescentes	<p>1.Professor, médico e enfermeiro</p> <p>2.Professor de ciências</p> <p>3.Professores</p>	<p>E1- Pois, poderiam ser professores mas também vir ou doutores ou enfermeiros para falarem sobre o assunto...</p> <p>E2- Talvez um professor de ciências, no meu ver, que mostra o corpo humano, a reprodução, essas coisas todas era capaz de conseguir talvez falar nisso, mas aí tinha de ter umas bases, um conhecimento...ou então vir uma pessoa que estivesse mesmo dentro desses assuntos</p> <p>E3 - devia de haver aulas de sexualidade pelo menos com os professores também porque têm outra maneira de talvez ... há pais que não consigam falar com os filhos e talvez o professor como...é uma pessoa diferente que os está a educar na escola que tem esse... esse direito de os informar e alertar para tudo. Sou a favor. Além de os pais também terem obrigação mas seguidos também da escola.</p> <p>E5- Talvez os professores que é quem tem formação nessa área.</p> <p>E6- Eu acho que deveria haver mesmo uma professora qualificada em educação sexual para explicar aos miúdos, embora nós quando os vemos lhe expliquemos ou digamos tenham atenção mas nunca temos a preparação que outra pessoa tem.</p> <p>E7- Eu não sei se há professores formados mesmo em sexologia, não sei. Ou por uma enfermeira ou um médico. Há-de ter de ser uma pessoa mesmo competente, que tivesse mesmo formação concreta e capaz de ensinar o tema.</p>
Finalidades da ES	<p>1.Informar sobre Riscos de relações sexuais desprotegidas</p> <ul style="list-style-type: none"> - IST - Gravidez não 	<p>E2 - A importância para eles, talvez alertá-los para os perigos que eles correm hoje em dia. Eles podem saber o que é a educação sexual, um bocadinho, mas não os perigos que podem correr com a relação sexual, não é, porque hoje em dia o que a gente vê eles têm pouca precaução nesse aspecto.</p>

	desejada	<p>E2 -- Eu penso que se deva falar de tudo um pouco...só que com os problemas que nós hoje temos a nível de saúde talvez esses sejam os mais acentuados porque hoje em dia, cá está, eles evitam usar o contraceptivo, hoje muito há pessoas que não usam, não é, pronto o preservativo há muita gente que evita. Os miúdos devem ser alertados que isso pode trazer problemas para a saúde</p> <p>E3 - mais importantes é: o que deve usar, como se devem proteger e a idade própria a que eles devem de...</p> <p>E4 - Para os elucidar acho eu, para os elucidar dos perigos que podem ocorrer não só na saúde mas também terem filhos...antes de tempo.</p>
Reacção dos pais à educação sexual na escola	<p>1.Aceitação da ES</p> <p>2.Aceitação pelos pais mais jovens e não aceitação pelos mais velhos</p>	<p>E2 - sabemos que há pais que talvez possam trazer problemas, mas talvez se tiverem um bocadinho...como hei-de dizer...talvez se fizerem uma reunião de pais para alertar que vai haver esses temas a partir de certa altura na escola, pronto... porque há pais que não conseguem falar em casa com os filhos, ou não há disponibilidade para falarem com eles, que vai haver na escola, desde que estejam informados eu penso que os pais irão estar de acordo. Isto é a minha maneira de pensar.</p> <p>E3 - depende de cada um haverá alguns que secalhar não concordam, mas acho mal se não concordarem. A maioria talvez, a faixa etária mais nova acho que já concorda, penso que sim, os mais velhos penso que não</p> <p>E4- Eu falando por mim aceito, as minhas já são maiores...mas eu acho que aceitava mas de maneira que, pronto. Quanto a mim eu aceito e as minhas colegas acho que também tem a mesma opinião, não sei se há pais que ainda não aceitam eu por mim acho bem, é nesta idade que eles devem ficar elucidados</p> <p>E5- Acho que deve ser muito variada, depende muito da mentalidade de cada um, depende da mentalidade de cada pessoa. Não sei mesmo como aceitam.</p> <p>E6- Uns devem ser a favor, outros devem ser contra, isto há de tudo.</p> <p>E7- há de tudo, há pessoas mais reservadas, mas eu penso que hoje em dia é capaz das pessoas já estarem mais abertas para estes temas. E depois gostarem que os filhos tivessem algum esclarecimento porque às vezes os pais também não conseguem, alguns digo eu, falar abertamente com os filhos.</p>

	<p>Importância da educação sexual na escola</p>	<p>1.Muito importante</p> <p>2.Importante</p>	<p>E1 - eu acho que é muito importante ... acho mesmo que é muito importante, que devia haver...pronto deviam falar mais com os miúdos, não é, para eles saberem para estarem, para acompanharem...mesmo doenças que vão aparecendo...</p> <p>E2 - Eu penso que sim (que é importante). Eu como mãe, penso que sim porque, cá está eu tenho rapazes e não tenho problemas em falar com os meus filhos mas às vezes há certas coisas que a gente ainda se pode retrain um bocadinho, não é, como é isso ...como é aquilo. É como lhe digo sou uma mãe a favor de tudo o que é informação, por isso penso que sim.</p>
<p>Abordagens práticas da educação sexual</p>	<p>Abordagem pelos alunos com dúvidas relacionadas com a sexualidade</p>	<p>1.Não abordam os auxiliares</p> <p>2.Abordam auxiliares mais comunicativos com os alunos</p>	<p>E1 - Às vezes até nem é bem, pronto, eles virem ter connosco, na é, mas nós, nas conversas uns com os outros, se estivermos ao pé ouvimos falar e corrigimos o que eles dizem, damos a nossa opinião, não é...</p> <p>E2- eu ainda não encontrei situação nenhuma dessas, de qualquer criança chegar-se ao pé de mim e fizesse perguntas. Mas eu às vezes até costumo brincar com eles, quando eles usam alguns termos...</p> <p>E2- eles não nos procuram. Mas como eles têm muito acesso a internet, computadores, livros, isso tudo, talvez por eles próprios vão tendo alguma informação. Aqui também têm a biblioteca, às vezes sei que vão para lá a ver, que há lá livros, e é aí que eles devem ir buscar a informação...devem encaminhá-los e talvez pesquisem por eles próprios.</p> <p>E3- Não, não ainda não, já os tenho ouvido uns com outros mas abordar não. Eles uns com ou outros há aí crianças que, que não sei, se não fossem tão vigiadas...não sei se eles estarão alertados para os perigos todos. Agora um dia destes ouvi, andam aí dois que tem andado a namorar e ouvi um dizer para outro, atão ela é que não quer porque eu não é a primeira vez. Eu acho que devia ser em relação a essa parte.</p> <p>E4- Raramente. Também ainda são muito pequeninas aqui, sobre isso mas aqui não. Mesmo a falarem só às vezes apanhamo-las distraídas a falarem umas para as outras, connosco não. Há uns namoros, já temos apanhado uma ou outra mas...aos beijinhos e isso mas nada mais que isso. Há uns que já tem assim muito mais um bocadinho de ... mas eles sabem que aqui são muito vigiados e então não se alargam assim muito.</p> <p>E5- Não, não.</p> <p>E6- Não, que eu me lembre não. Eu apanho só assim... só os apanho assim às vezes... temos tido muitas a falar dos namoricos.</p>

		<p>E7- Eu vejo por mim, como eu gosto muito de falar com eles, eles abrem-se muito comigo, pronto a perguntar certas coisas. Se estivéssemos mais informados também podíamos ajudar mais os alunos.</p>
O que fazem quando são abordados pelos alunos	<p>1.Ensinar</p> <p>2.Esclarecer dúvidas</p> <p>3.Vigiar</p> <p>4.Nenhum</p>	<p>E1 - o nosso papel é deles quando se dirigem a nós, na é, nós ensinamos e andamos sempre aí a vigiá-los para que não lhes acontece nada, a escola é muito grande.</p> <p>E3 - se eles chegarem ao pé de nós a perguntar nós temos que esclarecer dentro dos parâmetros que pode falar, não é? Claro, eu acho que não estou no direito de se uma criança chegar ao pé de mim de lhe explicar tudo tudo sem saber se o pai vai aceitar ou não porque eles depois chegam a casa e vão dizer aos pais, e há pais que aceitam e pais que não aceitam. Mas eu acho que o nosso papel é termos de explicar que essas coisas não se devem fazer sem primeiro estarem informados como é e o que devem usar.</p> <p>E5- Nenhum, acho que não.</p> <p>E6- A gente é que temos de os chamar à atenção.</p> <p>E7- Penso que nós, se eles vierem ter connosco para perguntarem qualquer coisa devemos esclarecer mas também, lá está, para fazermos uma prevenção adequada as vezes qualquer resposta que nós dermos talvez não seja a mais certa. Porque a maneira de eles interpretarem o que nós lhe dizemos não é fácil porque nós também não temos formação nessa área.</p>
Questões mais frequentes	1.Namoro	E1- Eles agora, pronto, eles aqui são pequenos e o que comentam mais é o namoro, não é, mais é o namoro nós

		<p>dizemos sempre que têm bastante tempo, ainda são pequenos... agora no sexo isso é que, não é bem...bem... porque ainda são muito pequenos.</p> <p>E3- não sei se eles estarão alertados para os perigos todos. Agora um dia destes ouvi, andam aí dois que tem andado a namorar e ouvi um dizer para outro, atão ela é que não quer porque eu não é a primeira vez. Eu acho que devia ser em relação a essa parte.</p> <p>E7- É mais os namoros. Não vão assim muito mais além.</p>
<p>O que fazem quando os alunos questionam ou pedem ajuda sobre os assuntos da sexualidade</p>	<p>1.Tenta resolver/ explicar/ dar respostas</p> <p>2.Encaminha para o professor</p> <p>3.Encaminha para os pais</p>	<p>E1- se colocarem algum assunto nós falamos e tentamos resolver o assunto...Também dizemos para falarem com os professores... e com os pais...mas eles com os pai começam logo a ficarem assim um bocadinho...eu tinha uma miúda de Bencatel que, calhou a estar no ginásio nessa altura, falava muito comigo, mesmo muito, e eu falava com elas, quando tomavam duche não gostam muito de estar...gostam de se tapar, e eu estava-lhes sempre a dizer, nós temos todos o corpo igual só que eu já tenho mais idade e vocês têm uns 10, 11 anos e depois daí começavam conversas, na é, e depois eu explicava-lhes... do que... pronto...via que sabia dizer. Só se eu não pudesse... explicava-lhes</p> <p>E1 - Nós ficamos assim, na é, um bocadinho... primeiro evitamos, ouvimo-los e evitamos porque também temos de saber lidar com eles e falar com eles, na é, é o mais importante. Mas se me fizerem alguma pergunta eu, pelo que sei, eu explico, não tenho problemas em lhes explicar</p> <p>E1 - eu lá no balneário entrava e sentava-me ali ao pé delas e elas iam falando dos namoros e, mesmo de sexo são pequenas mas falavam e eu dizia-lhes, explicava-lhes, na é, eu ás vezes até dizia, aqui faz de conta que sou vossa mãe, porque eu também tenho duas filhas e gosto que elas me digam tudo e então vocês também devem dizer ás vossas mães, mas se quiserem falar comigo eu estou disponível e disposta a responder ás perguntas que me fizerem. E ali até falavam muito comigo,</p> <p>E2 - Ás vezes até nem é bem, pronto, eles virem ter connosco, na é, mas nós, nas conversas uns com os outros, se estivermos ao pé ouvimos falar e corrigimos o que eles dizem, damos a nossa opinião, não é...</p> <p>E3- se eles chegarem ao pé de nós a perguntar nós temos que esclarecer dentro dos parâmetros que pode falar, não é? Claro, eu acho que não estou no direito de se uma criança chegar ao pé de mim de lhe explicar tudo tudo sem saber se o pai vai aceitar ou não porque eles depois chegam a casa e vão dizer aos pais, e há pais que aceitam e pais que não aceitam. Mas eu acho que o nosso papel é termos de explicar que essas coisas não se devem fazer sem primeiro estarem informados como é e o que devem usar.</p>

		<p>E7- tento responder dentro daquilo que eles perguntam e com a formação que tenho.</p> <p>E7- Fico à vontade, aquilo que eu posso... sabe o meu filho sempre falou comigo nunca falou com o pai. Nunca teve problemas mesmo quando ele começou a ter 14, 15 anos perguntava-me, ele é muito fechado mas de vez em quando lá ia perguntando.</p>
Como está a ser trabalhada a educação sexual na escola	<p>1. Temas abordados em ciências</p> <p>2. Não está a ser trabalhada</p>	<p>E1 - Daquilo que tenho conhecimento, nas salas de ciências eu acho que falam e secalhar noutras disciplinas... não digo só que seja de ciências ,na é, porque em ciências têm lá nos livros. E nós se eles nos perguntarem alguma coisa, nós estamos sempre prontas a explicar.</p> <p>E2- Que eu saiba, não vi grandes movimentos. Tenho um filho cá na escola, ninguém me falou a esse respeito mas sei que através da parte da reprodução já falaram um bocadinho nisso, na reprodução dos animais, do corpo humano, que falaram um bocadinho...</p> <p>E3 - aqui não conheço, não sei, eu vejo porque eles pronto em ciências e isso agora até estão a dar no 6º ano, estão a falar sobre...pronto, a primeira vez, como é, o que é o óvulo, o que é isso tudo, quem me disse foi o meu neto que estudava lá em casa.</p> <p>E4- Aqui acho que não. Pronto pelo menos que eu tenha conhecimento.</p> <p>E6- Ai eu acho que não. Mesmo eu como pertença ao conselho geral já têm falado nisso e acho que isso vai ser para continuar assim a desenvolver...</p> <p>E7- Aulas não têm, de educação sexual e outro tipo de apoio não.</p>
A educação sexual como prioridade da escola	<p>1. Prioritária</p> <p>2. Não prioritária</p>	<p>E1 - É uma prioridade, eu acho que sim que é uma prioridade...</p> <p>E5- Acho que não</p> <p>E6- Eu acho que é uma prioridade</p> <p>E7- Eu penso que não.</p>

Anexo 14 - Grelha de apoio à codificação dos dados - Entrevista individual às enfermeiras

GRELHA DE APOIO À CODIFICAÇÃO DOS DADOS

Entrevista individual a enfermeiras

Área de análise	Categorias	Subcategorias
Caracterização profissional	Experiência	Entre 3 e 24 anos em cuidados de saúde primários e diferenciados
	Formação	1- Licenciatura 2- Pós-graduação 3- Curso de estudos superiores especializados (enfermagem comunitária) 4- Mestrado 5- Frequência de mestrado

Área de análise	Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
Planificação e implementação de projetos/actividades de educação sexual	Iniciativa da cooperação do centro de saúde com a escola	1. Pedido da escola	E1- "...normalmente a nossa colaboração com a escola é mediante solicitação das escolas nalgumas áreas em que eles tenham mais dificuldades..."
		2. Plano de formação da escola	E1- "...Geralmente é a escola que no início do ano nos convoca para nos apresentar o plano de formação deles..."
		3. contacto directo do professor com enfermeiro	E2- "...eram professores que me conheciam e que entravam em contacto directo comigo para eu ir fazer essas sessões de educação para a saúde. E3- "...nós habitualmente fazemos uma reunião inicial e aquilo que é feito é saber, nós dizemos com o que é que podemos contribuir e a escola de acordo com as suas necessidades faz-nos as suas solicitações.
Profissionais do centro de saúde que colaboram com as escolas	1. Enfermeiras 2. Médicos		E1- "só enfermeiros ... Não... médicos normalmente médicos, os médicos, eles colaboram connosco também. E2- "...são mais enfermeiros" E3- "só enfermeiros"
		1. fornecer materiais de apoio 2. Educação para a saúde sexual	E1- "...nós acabamos por fornecer material de apoio ou esclarecimento junto dos professores ou até mesmo em sala de aula com os alunos." E1 - "...temos trabalhado os métodos contraceptivos, o aborto, a vivência da sexualidade, basicamente até agora tem sido por aqui...no secundário e o início da sexualidade no básico. E2 - em relação a este centro de saúde, as vezes que eu colaborei com a escola secundária, foi aqui foi com a escola secundária E3 - há idades chave em que nós achamos que se deve dar continuidade, nomeadamente oitavos, nonos anos fazemos a educação sexual que nos é solicitada através das acções de educação sobre métodos contraceptivos, já fizemos também sobre contracepção de emergência

			<p>adolescentes para elas iniciarem o método contraceptivo e ficam aqui com as filhas para ouvirem toda a informação porque elas já têm consciência que as filhas iniciaram a vida sexual, ou se ainda não iniciaram vão iniciar...”</p> <p>E2- “Principalmente para virem buscar métodos contraceptivos, ou se têm dúvidas... eles dirigem-se e fazem as perguntas todas, nunca se dirigem ao médico de família, é sempre à enfermeira.”</p> <p>E3 - ...alguns recorrem ao centro de saúde para uso de métodos contraceptivos...</p>
Percepção acerca da ES	Fontes de informação dos adolescentes	<p>1.Grupo de pares</p> <p>2.Internet</p> <p>3.Pais</p> <p>4.Enfermeira</p>	<p>E2- “Eu acho que é mais com os amigos...penso que é mais amigos, internet e essas coisas...”</p> <p>E2 – “...quando se sentem mais apertados, entre aspas, vêm ter com o enfermeiro, isto é aquilo que eu penso...o enfermeiro ainda é aquele profissional que eles ainda conseguem chegar a nós com mais facilidade e que têm mais à vontade de se aproximarem de nós do que de qualquer outro profissional”</p> <p>E2 – “...possivelmente com os pais...”</p> <p>E3 – “...eu acho que eles conversam com alguém da sua confiança mais, mas acho que eles falam muito uns com os outros (...) Aquilo que eu acho é que eles falam muito uns com os outros há poucos jovens que têm por exemplo relações abertas com os pais com quem falam, sei que por exemplo alguns que tem professores de confiança que até... mas isto acho que são assim em doses mínimas que na área da sexualidade falam muito uns com os outros e acho que por exemplo procuram pouco o técnico e profissionais...”</p>
	Como consideram a educação sexual na escola	1.Prioridade	<p>E1 – “...- porque daquilo que eu me vou apercebendo a nível de centro de saúde é que os nossos jovens vão estando cada vez mais cedo predispostos para alguns comportamentos de risco e a educação sexual quanto mais cedo e mais depressa se comece a incidir menos consequências haverá para os jovens e mais instruídos eles estarão.”</p> <p>E1 – (...)a educação sexual quanto mais cedo e mais depressa se comece a incidir menos consequências haverá para os jovens e mais instruídos eles estarão.</p> <p>E2- “A sexualidade é algo natural...”</p>
	Ciclo de ensino em que deve ter início a ES	<p>1.1º ciclo</p> <p>2.2º ciclo</p>	<p>E1- “eu acho que tem mesmo na primária, devia começar a abordar já alguns conceitos de uma maneira mais ligeira, mas devia-se começar a abordar já, é uma maneira de eles aprenderem a lidar já com o próprio corpo, com os sentimentos... eu acho que seria importante.”</p> <p>E2- “em termos de ciclo eu acho que deve ser do 2º ciclo... acho que a partir do 2º ciclo faz mais sentido, porque é quando estão as alterações todas a iniciar-se e pronto... e geralmente em termos de maturidade é quando eles estão aí será uma fase em que eles irão começar a perceber melhor esta temática.”</p>
	Finalidades da ES	<p>1.Promoção da saúde</p> <p>2.Sexualidade segura</p>	<p>E1 – “eu acho que a educação sexual serve para nós termos jovens mais saudáveis, quer fisicamente quer mentalmente porque acabam por esclarecer muitas das dúvidas que eles têm e adoptam comportamentos mais saudáveis, mais nesse sentido.”</p> <p>E3 – “A educação sexual é promover uma sexualidade segura...”</p>

		para que os alunos do secundário saibam quais são os procedimentos porque, pronto existe por parte deles algumas lacunas a esse nível e fazemos também aos cursos via profissionalizante
Articulação com as atividades do centro de saúde	1. tempo disponível da enfermeira 2. tempo para a saúde escolar 3. atividades pontuais 4. horário extralaboral	E1-... Geralmente é a escola que no início do ano nos convoca para nos apresentar o plano de formação deles... E2- "Não, não havia horas (para a educação sexual), apesar de já ter saído a legislação não havia horas ... Até porque algumas delas fiz em tempo meu, que não era do serviço porque não tinha tempo nenhum, era em folgas e etc." E3-... quando não podemos tentamos sempre mudar a agenda para conseguir dar resposta às necessidades da escola...
Atividades de Educação sexual organizadas no centro de saúde	1. Programa de saúde escolar 2. Consulta de planeamento familiar	E1- "em grupo não, mas individualizado sim. Quando eles vem recolher os métodos contraceptivos acabamos sempre por fazer uma... não é bem uma EpS mas alguma conversa mais formal sobre educação sexual." E2- "Não... não. Eu penso que nem nunca houve aqui nenhum projecto." E3- "...é assim nós depois fazemos um projecto de saúde escolar... Definimos logo as áreas da educação para a saúde e depois dentro dessas áreas vimos as necessidades da escola, o que muitas das vezes nos obriga se calhar a alterar um bocadinho o nosso projecto mas existe um projecto feito na área da saúde escolar." E3- "... os professores vão fazer uma caixa de interesses e para ... como eles têm alguns tabus relativamente à situação, à temática da sexualidade, portanto essas ... essas dúvidas que eles vão colocar na caixinha de interesses vão ser trabalhadas por nós centro de saúde e depois vamos daquilo que nós achamos que é mais problemático e que existe falta de conhecimento vamos então fazer várias, várias sessões durante o ano lectivo para esclarecer na área da sexualidade os alunos daquela turma."
Suporte à saúde sexual dos adolescentes, no centro de saúde	1. Consultas de planeamento familiar 2. Educação para a saúde	E1- "é proporcionado as consultas de planeamento familiar, o esclarecimento de dúvidas porque alguns meninos têm mais dificuldade em dirigir-se e perguntar e às vezes que apanham-nos assim dando alguma desculpa para falarem connosco sobre esses assunto..." E1- "Basicamente através do esclarecimento de dúvidas." E1- "só mesmo o planeamento familiar" E1- "em grupo não, mas individualizado sim. Quando eles vem recolher os métodos contraceptivos acabamos sempre por fazer uma... não é bem uma EpS mas alguma conversa mais formal sobre educação sexual." E2- Só consulta de planeamento familiar. O que não quer dizer... eles podem vir no dia que quiserem, à hora que quiserem, que tem sempre uma resposta E3- "... não temos nenhuma actividades. Aquilo que tentamos fazer é tentar dar o apoio necessário na hora..."
Recurso dos adolescentes ao centro de saúde	1. Planeamento familiar	E1 - sim recorrem. Recorrem com frequência sim. essencialmente aconselhamento sobre métodos contraceptivos. E a solicitação dos mesmos. E2- "Não tantos quanto gostaríamos, mas felizmente já temos alguns, rapazes e raparigas, e há uma coisa a notar, é que felizmente as mães já vem com algumas

ES no 2º ciclo como	<p>1. Transversal às várias disciplinas</p> <p>2. Gabinete de apoio ao adolescente</p>	<p>E1- eu para já acho que devia ser criado em cada escola um gabinete de apoio com vários técnicos</p> <p>E2 – “...eu acho que poderia passar por um gabinete de apoio...”</p> <p>E2 – “...poderia passar pelas várias disciplinas e cada professor enquadrar aquilo que... secalhar até se tornaria mais natural, se passasse pelas várias disciplinas poderia ser algo que fosse encarado de uma forma mais natural e não ficasse uma coisa tão espartilhada...”</p> <p>E3 – “...a educação sexual é uma área como a físico-química ou outra qualquer que seja incluída no ensino (...)...se houvesse um médico incluído por exemplo no tal gabinete que falei há bocado e uma enfermeira as coisas podiam correr melhor.”</p>
Intervenientes no processo educativo dos adolescentes - Quem	<p>1. Os professores</p> <p>2. Os enfermeiros</p> <p>3. Os pais</p> <p>4. O médico</p> <p>5. O psicólogo</p> <p>6. Os assistentes operacionais</p>	<p>E1 – “...eu acho que quem deve fazer são os professores porque são quem conhecem melhor os alunos...”</p> <p>E1 – “...em situações em que a gente percebe perfeitamente que o professor nem sempre tem a formação necessária para abordar determinados temas, nesse sentido o recorrerem a nós, técnicos de saúde...”</p> <p>E1- “...os professores (...) porque são quem contactam a maior parte do tempo com eles e conseguem identificar os comportamentos de risco, digamos assim, mais facilmente. Os pais porque a educação começa em casa e se não forem os pais a irem elucidando e não fazendo o tabu, escondendo algumas coisas, o papel dos pais é fundamental. O enfermeiro porque tem mais formação, tem mais abertura em falar em alguns temas e daí se uma peça de fácil acesso também digamos assim a nível de disponibilidade. Os médicos porque é quem consegue e faz as consultas de planeamento familiar, quem os encaminha para nós...e os enfermeiros para o médico. O psicólogo na base do aconselhamento, eu acho que sim, há dúvidas e questões que eles muitas vezes têm vergonha de colocar a qualquer um dos outros antes e o psicólogo talvez esteja mais fácil de ...de falarem com eles. O assistente operacional ...o assistente operacional eu acho que é assim, basicamente se pensarmos no contexto de escola, intervalo, é o assistente operacional que visualiza a maior parte dos comportamentos deles...aaa...e é uma peça também muito importante porque é quem vê no acto e consegue aconselhar e encaminhar para comportamentos mais adequados.”</p> <p>E2 - deveria estar envolvido profissionais da saúde e quando eu digo profissionais da saúde deveria haver envolvidos psicólogos, médicos, enfermeiros, deveriam estar encarregados de educação, também envolvidos nisso(...), professores (...)</p> <p>E2 – “Um projecto deste tipo tem primeiro que tudo envolver todos os profissionais das várias áreas”</p> <p>E3 – “...a educação sexual começa em casa através dos pais o ensino é feito em casa, pronto e depois os técnicos que implementam toda essa educação sexual desde os professores, os centros de saúde, as escolas de enfermagem, os pais que são os primeiros a fazerem essa educação é um ciclo que é contínuo e progressivo...”</p> <p>E1- “...eu para já acho que devia ser criado em cada</p>

Estratégia de implementação da ES	Propostas de implementação da ES na escola	1.Gabinete de apoio ao jovem 2.Abordagem multidisciplinar 3.Projeto	escola um gabinete de apoio com vários técnicos” E1- “gabinete de apoio com vários técnicos o que faculta muito... de fácil acesso aos jovens todos” E2 - Um projecto deste tipo tem primeiro que tudo envolver todos os profissionais das várias áreas” E3 – “...seria mesmo um gabinete de apoio e pronto e que fossem dinamizadas acções...”
-----------------------------------	--	---	--

Anexo 15 - Quadro resumo percepção dos vários atores acerca da ES

	Como	Quando	Quem	Finalidades
Professores	Transversal, com um programa definido para cada disciplina e planificada em cada conselho de turma	Pré-escolar 2º ciclo	Todos os professores com colaboração de médicos, enfermeiros, psicólogos ou outros técnicos especializados	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver competências nos alunos para a vivência da sexualidade de forma mais saudável. - Prevenir situações graves como a gravidez na adolescência e a Sida. - Integrar a dimensão sexual nas outras dimensões da pessoa
Pais/EE	Disciplina obrigatória	2º ciclo	Especialistas na temática (Professores com formação especializada ou outros especialistas - médicos, enfermeiros ou outros)	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento dos jovens - Prevenir a gravidez na adolescência. - Prevenir o contágio da SIDA e outras infeções de transmissão sexual
Alunos	Disciplina obrigatória		Ação conjunta de professores, enfermeiros, médicos e família	<ul style="list-style-type: none"> - Ter mais informação - Tirar dúvidas - Prevenção das IST - Aprender a relacionar-se com outra pessoa
Assist. Operacionais	Disciplina obrigatória	2º ciclo	Professores especializados com colaboração de outros especialistas (médicos, enfermeiros, psicólogos ou outros)	<ul style="list-style-type: none"> - Informação - Esclarecimento de dúvidas - Prevenção
Enfermeiras	Transversal às várias disciplinas - Gabinete de apoio ao adolescente (professor, enfermeiro e médico)	1ª ciclo	Professores coadjuvados por outros técnicos especializados (enfermeiro, médico, psicólogo) Pais Assistentes operacionais	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção da saúde - Promoção da sexualidade segura

PLANO DE FORMAÇÃO

Anexo 16 - Acções de Formação/ Sensibilização Desenvolvidas

Acções de Formação/ Sensibilização					
Destinatários	Data	Horas	Objectivos	Conteúdos	Avaliação
Professores 2º Ciclo	31 Março 2010	12 h	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o actual contexto legal e político da Educação sexual. - Reconhecer a Educação Sexual como uma área de intervenção prioritária em Educação para a Saúde. - Conhecer os conteúdos mínimos de Educação Sexual propostos para serem trabalhados na área da sexualidade. - Reflectir sobre estratégias de intervenção em Educação Sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conceitos de Sexualidade e de Educação Sexual - A Escola e a Educação Sexual - Quadro Legal e Normativo - Modelo e Quadro Ético: Valores essenciais da Educação Sexual - Conhecimentos, atitudes e competências individuais - Operacionalização da Educação Sexual nas escolas - Perfil desejável do Professor em Educação Sexual - Necessidades de Educação Sexual dos alunos do 2º ciclo - Técnicas e materiais utilizados em Educação Sexual no 2º ciclo. 	Participação dos intervenientes Questionário
Auxiliares Acção Educativa	29 de Março 2010	2h	<ul style="list-style-type: none"> - Debater o conceito de sexualidade e Educação Sexual. - Reflectir sobre o papel das auxiliares de acção educativa na ES 	<ul style="list-style-type: none"> - Conceito de sexualidade e as suas dimensões. - Conceito de Educação Sexual e os objectivos. - Comunicação e sexualidade. - O papel dos auxiliares de acção educativa. 	Participação dos intervenientes Questionário
Pais / Encarregados de Educação	22 Março 2010	2h	<ul style="list-style-type: none"> - Debater o conceito de sexualidade e Educação Sexual. - Reflectir sobre o papel dos vários intervenientes na ES dos jovens 	<ul style="list-style-type: none"> - Conceitos de Sexualidade e de Educação Sexual; - Características da sexualidade dos jovens; - Comunicação e sexualidade. - Dificuldades dos pais e estratégias de educação sexual 	Participação dos intervenientes Questionário

Anexo 17 - Ficha de avaliação da Formação/ Sensibilização



FICHA DE AVALIAÇÃO DA ACÇÃO - “EDUCAÇÃO SEXUAL EM MEIO ESCOLAR”

Escola/Agrupamento		Localidade	
Concelho		Destinatários	
N.º Horas		Data	

A presente Ficha de Avaliação tem como objectivo ajudar a APF a melhorar o seu trabalho no âmbito do Projecto de Educação Sexual em Meio Escolar, pelo que agradecemos a melhor colaboração no seu preenchimento.

Na grelha abaixo, assinale com uma cruz (X) a coluna que melhor traduz a sua opinião, numa escala de 1 a 5 (1= muito insuficiente; 5 = muito bom).

	1	2	3	4	5
a. Objectivos da acção (adequação)					
b. Conteúdos abordados (interesse e pertinência)					
c. Metodologias utilizadas (adequação aos objectivos e conteúdos da acção)					
d. Importância da acção para o trabalho futuro					
e. Recursos utilizados					
f. Duração da acção					
g. Relacionamento entre os participantes					
h. Intervenção do Formador					
i. Motivação dos participantes					
j. Apreciação global da acção					

1) Aspectos **mais** positivos da Acção

2) Aspectos **menos** positivos da Acção:

3) Sugestões para futuras acções:

Gratos pela colaboração!

Assinatura do Professor _____

Espaço APF - Entre Nós: Bairro da Cruz da Picada, Lote 46 Cave-Frente 7000-772 Évora
Tel. e Fax: 266 785 018 • Telem.: 963 822 203 • apfalentajo@sapo.pt

Espaço APF - Boca de Cena: Bairro da Cruz da Picada, Lote 33, Loja 2 • 7000-772 Évora
Tel.: 266 746 855 • bocadecena@sapo.pt • espacoapf@sapo.pt

Síde Sexual e Reprodutiva...	
Educação Sexual...	
Formação...	
Voluntariado...	
Acasalamento...	

INSTRUMENTOS DE MEDIDA UTILIZADOS NA FASE III DO ESTUDO

Anexo 18 – Diário de bordo

DIÁRIO DE AULA/ATIVIDADE

Neste diário pretende-se que o professor/enfermeira descreva a forma como decorreu a atividade, nomeadamente a metodologia utilizada e o tipo de participação dos estudantes. A intenção é que reflita sobre a sua própria prática e sobre a reação/participação dos estudantes e que sugira, quando apropriado, outras formas de abordagem do tema, outras atividades, ou medidas correctivas à atividade desenvolvida.

Este diário pretende avaliar de uma forma sistemática a adequação das atividades e metodologias do projeto de forma a proceder, se necessário, às devidas alterações.

Atividade/Tema:	Turma:	Disciplina:		
Observação do grupo/estudantes				
NÍVEL DE PARTICIPAÇÃO³⁹				
- Fazem perguntas.....		1	2	3
- Dão a sua opinião.....		1	2	3
- Participam ativamente nas atividades.....		1	2	3
USO DE VOCABULÁRIO ADEQUADO¹				
- Uso de termos corretos nas atividades.....		1	2	3
- Uso de termos corretos nas conversas entre alunos.....		1	2	3
NATURALIDADE PERANTE O TEMA¹				
- Riem-se.....				
- Movem-se.....		1	2	3
- Sussurram.....		1	2	3
		1	2	3
Globalmente os alunos:				
Atividade				
Descrição da forma como decorreu a atividade (incidentes e sucessos significativos e interpretação dos mesmos; Problemas e dificuldades nas atividades; Interação no grupo; Motivação; adequação das metodologias)				
Sugestões				

1. Nunca ou quase nunca
2. Algumas vezes
3. Bastantes ou muitas vezes

³⁹ Adaptado de Education Afetivo Sexual en La Education Primária. Guia Para el Profesorado. Junta de Andaluzia. Consejeria de Education y Ciencia. Instituto Andaluz de la Mujer. Imprenta Montes, S.L. (Malaga) . 1999.

Anexo 19 - Questionário de Avaliação de Conhecimentos Acerca da Sexualidade (QACS)

Promoção da Saúde e Desenvolvimento dos Adolescentes – A Educação Sexual em Contexto Escolar

No dia-a-dia acabamos sempre por falar com os outros acerca do nosso corpo, dos nossos sentimentos e das nossas dúvidas.

No teste a seguir encontras frases verdadeiras e falsas que tratam vários assuntos como: características e funcionamento dos aparelhos reprodutores, puberdade e gravidez na adolescência.

Algumas das questões que se seguem podem parecer-te difíceis de responder. **No entanto tenta responder com sinceridade porque este teste é anónimo e as tuas respostas não serão divulgadas.**

1. Assinala com um X as afirmações que te parecem verdadeiras (V) ou falsas (F)

- | | V | F |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) A sexualidade começa aos 12 anos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) A sexualidade serve só para as pessoas terem filhos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) A sexualidade é uma coisa boa para as pessoas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) A sexualidade está presente em todas as idades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Assinala com um X as afirmações que te parecem verdadeiras (V) ou falsas (F)

- | | V | F |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) As Trompas de Falópio são órgãos externos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) O útero é um órgão interno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) O escroto é um órgão interno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Os testículos são órgãos internos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Assinala com um X as afirmações que te parecem verdadeiras (V) ou falsas (F)

- | | V | F |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Os ovários fazem parte do aparelho reprodutor feminino | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Os testículos são os órgãos onde se armazenam os óvulos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) A fecundação acontece quando o óvulo se junta ao espermatozóide | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) A menstruação começa sempre aos 12 anos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Assinala com um X as afirmações que te parecem verdadeiras (V) ou falsas (F)

- | | V | F |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) A 1ª menstruação é um sinal que mostra a capacidade das raparigas terem filhos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Quando os rapazes atravessam a puberdade as suas vozes ficam diferentes (mais grossa) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Os testículos, a partir da puberdade, começam a produzir espermatozóides | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) O ritmo das transformações que ocorrem durante a puberdade é igual em todos os rapazes e raparigas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Assinala com um X as afirmações que te parecem verdadeiras (V) ou falsas (F)

- | | V | F |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Quando a menstruação aparece, as raparigas podem vir a ter bebés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) É impossível uma rapariga engravidar na primeira vez que tiver relações sexuais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Durante a fase da menstruação há mais possibilidade de uma rapariga engravidar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Os adolescentes que escolhem ter relações sexuais poderão ter de lidar com uma gravidez | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Assinala com um X as afirmações que te parecem verdadeiras (V) ou falsas (F)

- | | V | F |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Na barriga da mãe o bebé está mergulhado no líquido amniótico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) *Nem todos os gémeos são do mesmo sexo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) A barriga das mulheres grávidas fica grande logo no primeiro mês de gravidez | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Na barriga da mãe o bebé alimenta-se através da boca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Assinala com um X as afirmações que te parecem verdadeiras (V) ou falsas (F)

- | | V | F |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) A masturbação faz mal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Por vezes, durante o sono, os rapazes ejaculam (sonhos molhados) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Brincar com os órgãos sexuais faz mal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Quando os nossos corpos mudam, os nossos sentimentos também podem mudar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Assinala com um X a situação mais parecida com a tua

- | | |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acho que sei muitas coisas acerca da sexualidade | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Acho que sei algumas coisas acerca da sexualidade | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Acho que tenho muitas dúvidas acerca da sexualidade | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Acho que sei muito pouco acerca da sexualidade | <input type="checkbox"/> |

9. Indica os temas de Educação Sexual que gostarias de tratar na tua escola: _____

10. Se quiseres escreve também perguntas que gostarias de ver respondidas: _____

Por último solicitamos-te alguns dados pessoais:

11. Que idade tens? _____ Data de nascimento: __/__/____

12. Sexo M F

13. Ano de escolaridade 5º 6º

14. Nº _____ 14.1 Turma: _____

15. Onde vives? _____

16. Com quem vives: _____

17. Quantos irmãos(ãs) tens? _____

18. Quantos irmão(ãs) mais velhos(as) tens? _____

19. Os teus pais estudaram até que ano ou curso?

	Pai	Mãe
Nunca estudaram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Até ao 4º Ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Até ao 6º Ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Até ao 9º Ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Até ao 12º Ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curso Médio / Bacharelato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curso Superior (licenciatura)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mestrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doutoramento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Qual a idade dos teus pais? Pai: _____ Anos Mãe: _____ Anos

20. Qual a profissão dos teus pais?

Profissão do pai: _____

Profissão da mãe: _____

Por favor, certifica-te se respondeste a todas as questões.

Obrigada pela tua colaboração.

Anexo 20 – Dimensões do questionário de avaliação de conhecimentos acerca da sexualidade

Promoção da Saúde e Desenvolvimento dos Adolescentes – A Educação Sexual em Contexto Escolar

DIMENSÕES DO QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS SOBRE SEXUALIDADE

Dimensões	Itens
Conceito de sexualidade	1a) A sexualidade começa aos 12 anos 1b) A sexualidade serve só para as pessoas terem filhos 1c) A sexualidade é uma coisa boa para as pessoas 1d) A sexualidade está presente em todas as idades
Anatomia do Sistema reprodutor	2a) As Trompas de Falópio são órgãos externos 2b) O útero é um órgão interno 2c) O escroto é um órgão interno 2d) Os testículos são órgãos internos
Fisiologia do sistema reprodutor	3a) Os ovários fazem parte do aparelho reprodutor feminino 3b) Os testículos são os órgãos onde se armazenam os óvulos 3c) A fecundação acontece quando o óvulo se junta ao espermatozóide 3d) A menstruação começa sempre aos 12 anos
Puberdade – o corpo em transformação	4a) A 1ª menstruação é um sinal que mostra a capacidade das raparigas terem filhos 4b) Quando os rapazes atravessam a puberdade as suas vozes ficam diferentes (mais grossa) 4c) Os testículos, a partir da puberdade, começam a produzir espermatozoides 4d) O ritmo das transformações que ocorrem durante a puberdade é igual em todos os rapazes e raparigas
Probabilidade de gravidez na adolescência	5a) Quando a menstruação aparece, as raparigas podem vir a ter bebés 5b) É impossível uma rapariga engravidar na primeira vez que tiver relações sexuais 5c) Durante a fase da menstruação há mais possibilidade de uma rapariga engravidar 5d) Os adolescentes que escolhem ter relações sexuais poderão ter de lidar com uma gravidez
Gravidez	6a) Na barriga da mãe o bebé está mergulhado no líquido amniótico 6b) Nem todos os gémeos são do mesmo sexo 6c) A barriga das mulheres grávidas fica grande logo no primeiro mês de gravidez 6d) Na barriga da mãe o bebé alimenta-se através da boca
Normalidade – importância e frequência das suas variantes biopsicológicas	7a) A masturbação faz mal 7b) Por vezes, durante o sono, os rapazes ejaculam (sonhos molhados) 7c) Brincar com os órgãos sexuais faz mal 7d) Quando os nossos corpos mudam, os nossos sentimentos também podem mudar

Anexo 21 - Questionário de Avaliação de Aptidões Sociais (QAAS/SSRS - versão para professores)

Promoção da Saúde e Desenvolvimento dos Adolescentes – A Educação Sexual em Contexto Escolar

<p style="text-align: center;">QUESTIONÁRIO Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Realização Acadêmica</p>

Versão para Professores

(Gresham & Elliot, 1990): (Adaptação de M. S. Lemos e H. I. Meneses, 2000)

<p>Dados relativos ao Aluno:</p> <p>Nº: ____ Turma: ____ Ano de Escolaridade: ____ Idade: ____ Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>Este aluno(a) apresenta:</p> <p><input type="checkbox"/> Dificuldades de aprendizagem</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de comportamento</p> <p><input type="checkbox"/> Deficiência mental</p> <p><input type="checkbox"/> Outros (especifique) _____</p>
--

Por favor leia cada item, do 1º ao 48º, e pense no comportamento deste(a) aluno(a) durante os últimos dois meses. Indique com que frequência o(a) aluno(a) apresenta os comportamentos descritos.

- Se o(a) aluno(a) **nunca** se comporta dessa forma, assinale – **0**
- Se o(a) aluno(a) **algumas vezes** se comporta dessa forma, assinale – **1**
- Se o(a) aluno(a) **muitas vezes** se comporta dessa forma, assinale – **2**

Exemplos:

	Grau de Frequência		
	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes
Revela-se compreensivo com os colegas	0	1	2
Quando tem dúvidas acerca dos trabalhos escolares pergunta ao professor	0	1	2

Este aluno mostra-se, muitas vezes, compreensivo com os colegas. Mas, por vezes, coloca questões ao professor, quando tem dúvidas acerca dos trabalhos escolares.

Por favor responda a todos os itens. Em alguns casos pode ainda não ter observado certos comportamentos do(a) aluno(a). Nesses casos, indique qual pensa que seria o comportamento mais provável do(a) aluno(a).

Habilidades Sociais	Grau de Frequência		
	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes
1. Controla o seu temperamento em situações de conflito com os colegas.	0	1	2
2. Espontaneamente toma a iniciativa de estabelecer contactos com novas pessoas.	0	1	2
3. Questiona, adequadamente, regras que lhe parecem ser injustas.	0	1	2
4. Em situações de conflito, é capaz de modificar os seus pontos de vista de modo a chegar a um acordo.	0	1	2
5. Se pressionado pelos colegas reage de forma adequada.	0	1	2
6. Em circunstâncias apropriadas, revela aspectos positivos acerca de si próprio.	0	1	2
7. Convida os colegas para actividades.	0	1	2
8. Ocupa o seu tempo livre de forma aceitável.	0	1	2
9. Termina as tarefas de sala de aula a tempo.	0	1	2
10. Faz amigos facilmente.	0	1	2
11. Quando os colegas implicam com ele(a) reage adequadamente.	0	1	2
12. Controla o seu temperamento em situações de conflito com os adultos.	0	1	2
13. Aceita bem as críticas.	0	1	2
14. Inicia conversas com os colegas.	0	1	2
15. Quando tem de esperar pela ajuda do professor, ocupa esse tempo de forma adequada.	0	1	2
16. Realiza os trabalhos escolares de forma cuidada.	0	1	2
17. Quando acha que o professor foi injusto com ele(a), diz-lho de forma adequada.	0	1	2
18. Nos trabalhos de grupo, aceita as ideias dos colegas.	0	1	2
19. Faz apreciações positivas aos colegas.	0	1	2
20. Segue as orientações do professor.	0	1	2
21. Arruma os seus materiais e equipamentos escolares.	0	1	2
22. Colabora com os colegas sem ser preciso insistir.	0	1	2
23. Oferece-se para ajudar os colegas, nas tarefas de sala de aula.	0	1	2
24. Por si próprio integra-se em actividades que estão a decorrer ou em grupos já formados.	0	1	2
25. Reage de forma apropriada quando empurrado ou agredido por outras crianças.	0	1	2
26. Quando está a fazer um trabalho na sala de aula, não se distrai com os colegas.	0	1	2
27. Mantém a carteira limpa e arrumada, sem ser preciso que lhe lembrem.	0	1	2
28. Cumpre as instruções do professor.	0	1	2
29. Segue facilmente as transições de uma actividade para outra na sala de aula.	0	1	2
30. Dá-se bem com diferentes pessoas.	0	1	2

Problemas de Comportamento

	Grau de Frequência		
	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes
31. Luta com os outros.	0	1	2
32. Tem baixa auto-estima.	0	1	2
33. Ameaça e goza os outros.	0	1	2
34. É uma criança solitária.	0	1	2
35. Distrai-se facilmente.	0	1	2
36. Interrompe as conversas dos outros.	0	1	2
37. Perturba as actividades.	0	1	2
38. Mostra ansiedade quando está em grupo.	0	1	2
39. Fica facilmente embaraçado.	0	1	2
40. Não presta atenção ao que os outros dizem.	0	1	2
41. Discute com os outros.	0	1	2
42. Refila com os adultos quando lhe chamam a atenção.	0	1	2
43. Zanga-se com facilidade.	0	1	2
44. Irrita-se.	0	1	2
45. Gosta de estar sozinho.	0	1	2
46. Mostra-se triste ou deprimido.	0	1	2
47. Age de modo impulsivo.	0	1	2
48. Mostra-se inquieto ou mexe-se excessivamente.	0	1	2

Realização Académica

Os próximos seis itens requerem a sua apreciação em relação aos comportamentos académicos ou de aprendizagem do(a) aluno(a), tal como os observa na sala de aula. Compare o(a) aluno(a) com os seus colegas da sua sala de aula.

Utilize a escala de **1 a 5**, assinalando para cada item o número que melhor representa a sua apreciação. O número **1** representa um desempenho **muito baixo** ou menos favorável e o número **5** indica um desempenho **muito elevado** ou mais favorável.

	Muito Baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito Elevado
49. Comparado com os colegas da sala de aula, o desempenho académico global deste(a) aluno(a) é:	1	2	3	4	5
50. Na língua Portuguesa , como é que este(a) aluno(a) se situa em relação aos colegas?	1	2	3	4	5
51. Na Matemática , como é que este(a) aluno(a) se situa em relação aos colegas?	1	2	3	4	5
52. Relativamente ao que seria de esperar para o 5º ano de escolaridade, a aptidão para a língua Portuguesa , neste(a) aluno(a), é:	1	2	3	4	5
53. Relativamente ao que seria de esperar para o 5º ano de escolaridade a aptidão para a Matemática , neste(a) aluno(a), é:	1	2	3	4	5
54. Comparado com os colegas da sala de aula, o funcionamento intelectual deste(a) aluno(a), é:	1	2	3	4	5

**Anexo 22 – Itens e estrutura da escala de Avaliação de Aptidões Sociais
(QAAS/SSRS - versão para professores)**

**Promoção da Saúde e Desenvolvimento dos Adolescentes – A Educação Sexual em
Contexto Escolar**

Questionário de Avaliação de Aptidões Sociais
Versão Professores
(Gresham & Elliot, 1990); (Adaptação de M. Lemos e H. Meneses, 2002)

Itens e estrutura da escala de habilidades sociais	
Componentes	Itens
Cooperação	8.Ocupação adequada dos tempos livres
	9.Termina tarefas em tempo
	15.Cumprir normas
	16.Trabalhos cuidados
	20.Seguir orientações
	21.Arrumado(a)
	26.Ignora distrações
	27.Organizado(a)
	28.Obedece ao professor
29.Seguir facilmente transições	
Assertão	2.Inicia novos contactos
	3.Questiona regras adequadamente
	6.Auto-elogio adequado
	7.Convida colegas a participar
	10.Faz amigos facilmente
	14.Enceta conversas com colega
	17.Analisa injustiças com professor
	22.Inicia colaboração
	23.Oferece ajuda
24.Integra-se em grupo	
Autocontrolo	1.Controla temperamento (c/ colegas)
	4.Negocia
	5.Adequado(a) sob pressão
	11.Adequado(a) sob desafio
	12.Controla temperamento (c/ adultos)
	13.Aceita crítica
	18.Aceita idéias
	19.Elogia colegas
	25.Adequado(a) sob provocação
	30.Dá-se com pessoas diferentes

Itens e estrutura da escala de problemas de comportamento	
Tipos de problemas	Itens
P. Externalizados	31.Luta
	33.Ameaça e goza
	41.Discute
	42.Protesta com adultos
	43.Zanga-se
	44.Irrita-se
	47.Impulsivo (a)
P. Internalizados	32.Baixa auto-estima
	34.Solitário (a)
	38.Ansioso (a) em grupo
	39.Envergonhado (a)
	45.Isolado (a)
	46.Triste
Hiperatividade	35.Distrai-se
	36.Interrompe
	37.Perturbador
	40.Desatento(a) às conversas
	48.Inquieto(a)

Itens da escala de competência académica
49.Desempenho académico global (critério relativo) ¹
50.Língua Portuguesa (critério relativo) ¹
51.Matemática (critério relativo) ¹
52.Aptidão Língua Portuguesa (critério absoluto) ²
53.Aptidão Matemática (critério absoluto) ²
54.Funcionamento intelectual (critério relativo) ¹

¹ Critério relativo: Como é que o aluno se situa em relação aos colegas (Lemos, Meneses, 2002)

² Critério absoluto: Relativamente ao que seria de esperar para o 6º ano de escolaridade (Lemos, Meneses, 2002).

Anexo 23 - Escala de Autoconceito e de auto-estima de Susan Harter

Escala de Autoconceito para Crianças e Pré-adolescentes

COMO É QUE EU SOU?

(Harter, 1985): (Adaptação de Alves-Martins, Peixoto, Mata & Monteiro, 1995)

ANO: _____ TURMA: _____ Nº: _____

Este questionário é um levantamento de opinião. Não existem respostas certas nem erradas, o que se pretende saber é o que pensas, qual é a tua opinião. No questionário tens várias frases que falam de crianças com características diferentes. Gostaríamos de saber com qual dessas crianças é que te achas mais parecido. Primeiro, pensa com qual das crianças te identificas mais. Depois, se és “tal e qual assim” ou “um bocadinho assim”.

Eis um exemplo:

	Sóu Tal e Qual Assim	Sou um Bocadinho Assim		MAS		Sou um Bocadinho Assim	Sóu Tal e Qual Assim
a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostam de brincar na rua nos seus tempos livres.		Outras gostam mais de ficar em casa a ver televisão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que são muito boas nos seus trabalhos da escola.		Outras preocupam-se porque muitas vezes não sabem fazer os trabalhos da escola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham difícil fazer amigos.		Outras acham muito fácil fazer amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças são muito boas em todas as espécies de desporto.		Outras acham que não muito boas quando fazem desporto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostam do aspecto que têm.		Outras não gostam do aspecto que têm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças não gostam do modo como se portam.		Outras gostam do modo com se portam .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças não estão muito satisfeitas consigo próprias.		Outras estão bastante satisfeitas consigo próprias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sou Tal e Qual Assim	Sou um Bocadinho Assim				Sou um Bocadinho Assim	Sou Tal e Qual Assim
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que são tão inteligentes como outras crianças da sua idade.	MAS	Outras não têm a certeza e duvidam que sejam tão inteligentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças têm muitos amigos.	MAS	Outras não têm muitos amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostavam de ser muito melhores no desporto.	MAS	Outras acham que são boas no desporto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças estão satisfeitas com a altura e peso que têm.	MAS	Outras gostariam que a sua altura e peso fossem diferentes .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças costumam fazer aquilo que devem .	MAS	Outras não costumam fazer o que devem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças não gostam da vida que têm.	MAS	Outras gostam da vida que têm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças demoram muito tempo a fazer os trabalhos da escola.	MAS	Outras conseguem fazer os trabalhos da escola depressa .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostavam de ter muitos amigos.	MAS	Outras têm todos os amigos que querem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que podiam ser boas em qualquer desporto que nunca experimentaram.	MAS	Outras receiam não ser boas em desportos que nunca experimentaram.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostavam que o seu corpo fosse diferente .	MAS	Outras gostam do seu corpo tal com é.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças costumam portar-se como sabem que devem portar-se .	MAS	Outras não costumam portar-se como sabem que devem portar-se.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sou Tal e Qual Assim	Sou um Bocadinho Assim			Sou um Bocadinho Assim	Sou Tal e Qual Assim
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças estão contentes consigo próprias.	MAS	Outras normalmente não estão contentes consigo próprias.	<input type="checkbox"/>
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças esquecem muitas vezes o que aprendem.	MAS	Outras conseguem lembrar-se das coisas com facilidade.	<input type="checkbox"/>
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças conseguem que as suas ideias sejam sempre aceites pelas outras.	MAS	Outras não conseguem que as suas ideias sejam aceites.	<input type="checkbox"/>
21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que são melhores do que as outras da mesma idade a fazer desporto.	MAS	Outras acham que não são capazes de fazer desporto tão bem.	<input type="checkbox"/>
22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostavam que o seu aspecto físico (a sua aparência) fosse diferente .	MAS	Outras gostam do seu aspecto tal como é.	<input type="checkbox"/>
23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças arranjam muitas vezes complicações por causa das coisas que fazem.	MAS	Outras não costumam fazer coisas que as metam em complicações.	<input type="checkbox"/>
24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostam do tipo de pessoa que são.	MAS	Outras preferiam ser outra pessoa.	<input type="checkbox"/>
25.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças são muito boas nos estudos.	MAS	Outras não são muito boas nos estudos.	<input type="checkbox"/>
26.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostavam que mais crianças da sua idade gostassem delas.	MAS	Outras acham que a maior parte das crianças da sua idade gostam delas.	<input type="checkbox"/>
27.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Em jogos e desportos algumas crianças costumam assistir em vez de jogar.	MAS	Outras jogam a maior parte das vezes em vez de ficarem só a ver.	<input type="checkbox"/>
28.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostavam que a sua cara ou os seus cabelos fossem diferentes .	MAS	Outras gostam da cara e do cabelo que têm.	<input type="checkbox"/>

	Sou Tal e Qual Assim	Sou um Bocadinho Assim		MAS		Sou um Bocadinho Assim	Sou Tal e Qual Assim
29.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças fazem coisas que sabem que não deviam fazer.		Outras quase nunca fazem coisas que não devem fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças estão muito satisfeitas por serem aquilo que são.		Outras gostavam de ser diferentes .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças têm difficuldade na escola para descobrirem as respostas certas.		Outras quase sempre conseguem responder certo .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças têm todos os amigos que gostavam de ter.		Outras gostavam de ter mais amigos porque sentem que têm poucos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças têm difficuldade em novas actividades desportivas.		Outras são boas desde o princípio em novas actividades desportivas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que são bonitas .		Outras acham que não são bonitas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças portam-se muito bem .		Outras acham difficil portar-se bem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças não gostam muito da maneira como fazem as coisas.		Outras acham boa a maneira como fazem as coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUAL É PARA TI A IMPORTÂNCIA DESTAS COISAS?

NOME: _____ ANO: ____ TURMA: ____ Nº _____

	Sou Tal e Qual Assim	Sou um Bocadi- nho Assim		MAS		Sou um Bocadi- nho Assim	Sou Tal e Qual Assim
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que é importante ser bom aluno para se sentirem bem.		Outras não acham que seja assim tão importante o modo como vão nos estudos .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças não acham que seja importante ter muitos amigos.		Outras acham que ter muitos amigos é importante para se sentirem bem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que é importante ser bom em desportos.		Outras não acham que a habilidade para desportos seja importante para se sentirem bem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que é importante ser bonito para se sentirem bem.		Outras acham que não é importante ser bonito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que é importante portar-se bem.		Outras acham que o modo com se portam não é muito importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que ter boas notas não é muito importante para se sentirem bem.		Outras acham que ter boas notas é importante .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham importante brincar com outras crianças.		Outras não acham importante brincar com muitas crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que ter jeito para desportos não é importante para se sentirem bem.		Outras acham que ser bom atleta é importante .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que o seu aspecto físico não é importante para se sentirem bem.		Outras acham que o seu aspecto físico é importante .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que o modo como se portam não é importante.		Outras acham que é importante portar-se como deve ser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 24 – Estrutura da Escala de Autoconceito e de auto-estima de Susan Harter

Estrutura da Escala de Autoconceito

Este instrumento contém seis sub-escalas referentes a cinco domínios específicos do auto-conceito e uma para a avaliação da auto-estima.

Domínios Específicos:

1. Competência Escolar
2. Aceitação Social
3. Competência Atlética
4. Aparência Física
5. Comportamento
6. Auto-estima.

Conteúdos de cada domínio:

1. Competência Escolar. Os itens desta sub-escala avaliam a percepção da criança relativamente à sua competência ou aptidão no domínio do desempenho escolar.
2. Aceitação Social. Os itens desta sub-escala avaliam a percepção da criança relativamente à sua aceitação por outras crianças e ao seu sentimento de popularidade entre elas.
3. Competência Atlética. Os itens desta sub-escala avaliam a percepção da criança relativamente à sua competência em desportos ou jogos de ar livre.
4. Aparência Física. Os itens desta sub-escala avaliam a percepção da criança relativamente à sua aparência, como por exemplo, peso, tamanho, aspecto.
5. Comportamento. Os itens desta sub-escala avaliam a percepção da criança relativamente ao modo como se comporta.
6. Auto-estima. Os itens desta sub-escala avaliam até que ponto a criança gosta dela enquanto pessoa, se está satisfeita com a sua forma de ser. Constitui um julgamento global do seu valor, não sendo portanto um domínio específico de competência.

Procedimento específico para calcular o *score* de discrepância entre a
competência percebida e a importância atribuída.

1° PASSO	2° PASSO	3° PASSO	4° PASSO	
Nome dos domínios em que os <i>scores</i> de importância são > 3,0	Competência ou <i>scores</i> de do perfil de auto-percepção	Valores da importância (> 3,0)	Sinal (+/-)	Valor
_____	_____	Menos _____	_____	_____
_____	_____	Menos _____	_____	_____
_____	_____	Menos _____	_____	_____
_____	_____	Menos _____	_____	_____
_____	_____	Menos _____	_____	_____

5° PASSO
Soma dos *scores* de discrepância _____

6° PASSO
Média dos *scores* de discrepância _____

7° PASSO
Transferência do *scores* da auto-estima global para comparação _____

Anexo 25 - Pedidos de autorização formal aos autores dos questionários aplicados na Fase III do Estudo

Mensagem de Impressão do Windows Live Hotmail

Página 1 de 1

Questionário

De: **Ana Inácio** (anainacio@apf.pt)
Enviada: sexta-feira, 3 de Dezembro de 2010 14:38:35
Para: ermelinda_batanete@hotmail.com
Cc: 'Duarte Vilar' (duartevilar@apf.pt)
1 anexo
Quest_2ciclo.pdf (969,5 KB)

Boa Tarde Sra. D^a Ermelinda

Venho por este meio e seguindo indicação do Dr. Duarte Vilar enviar-lhe, em anexo, um questionário direccionado para alunos do 2º ciclo e realizado no âmbito do Projecto Experimental "Educação Sexual e Promoção da Saúde nas Escolas", Fevereiro de 1999. Caso necessite de mais alguma informação não hesite em nos contactar.

Com os melhores cumprimentos,
Sónia Malaquias Pereira

Ana Calado Inácio
Centro de Recursos em Conhecimento
na área da Saúde Sexual e Reprodutiva
Associação para o Planeamento da Família
Rua Artilharia Um, nº 69, 1º
1250-040 Lisboa
Tel. - Fax 21 387 29 95
HORÁRIO
2º feira: encerrado ao público
3ºs, 4ºs e 6ºs feiras: 10h-17h
5ºs feira: 15h-19h
Visite-nos!

RE: Pedido Autorização Aplicação Questionário

De: **Helena Isabel Monteiro Meneses** (meneseshi@hotmail.com)

Enviada: segunda-feira, 24 de Outubro de 2011 10:44:22

Para: ermelinda_batanete@hotmail.com

Cara Ermelinda,

Pode utilizar o SSRS - versão para professores na sua investigação.

Quanto à versão do SSRS para alunos, penso que na Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra esta versão foi adaptada por Catarina Pedro.

Felicidades para a sua investigação,

Helena Meneses

From: ermelinda_batanete@hotmail.com

To: meneseshi@hotmail.com

Subject: Pedido Autorização Aplicação Questionário

Date: Mon, 17 Oct 2011 08:14:41 +0000

Exma. Sra. Professora Doutora Isabel Meneses,
sou professora na Universidade de Évora/ Escola de Enfermagem e estou a realizar o meu doutoramento sob a orientação do Professor Doutor Manuel Lopes. No âmbito do doutoramento estou a desenvolver um programa de Educação Sexual para estudantes do 2º ciclo, pelo que venho pedir autorização para utilizar o instrumento, "Avaliação da competência social: versão portuguesa da forma para professores (SSRS)", que a sra Professora testou e adaptou à língua portuguesa. Na minha pesquisa não encontrei a adaptação do SSRS - versão para alunos, pelo que pergunto se a sra. professora dispõe de instrumento que possibilite esta avaliação e caso tenha se me poderá facultar.

Grata pela sua disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos.

Ermelinda Caldeira Batanete

RE: Pedido Autorização Escala auto-conceito crianças e pré-adolescentes

De: Vera Monteiro (veram@ispa.pt)
Enviada: quarta-feira, 19 de Outubro de 2011 12:03:49
Para: Ermelinda batanete (ermelinda_batanete@hotmail.com)
1 anexo
Harter Crianças - Instruções e escala.pdf (643,0 KB)

Cara Ermelinda

Não vemos qualquer inconveniente em que utilize a nossa escala de avaliação do auto-conceito para crianças.

Com os melhores cumprimentos

Vera Monteiro

De: Ermelinda batanete [mailto:ermelinda_batanete@hotmail.com]
Enviada: segunda-feira, 17 de Outubro de 2011 11:34
Para: Vera Monteiro
Assunto: Pedido Autorização Escala auto-conceito crianças e pré-adolescentes

Exma. Sra. Professora Doutora Vera Monteiro,
sou professora na Universidade de Évora/ Escola de Enfermagem e estou a realizar doutoramento sob a orientação do Professor Doutor Manuel Lopes. No âmbito do doutoramento estou a desenvolver um programa de Educação Sexual para estudantes do 2º ciclo, pelo que venho pedir autorização para utilizar a escala de auto-conceito para crianças e pré-adolescentes de Susan Harter, que a sra Professora testou e adaptou à língua portuguesa. caso autorize a sua utilização pediria o favor de me enviar a referida escala.

Grata pela sua disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos.

Ermelinda Caldeira Batanete

INSTRUMENTOS DE MEDIDA UTILIZADOS NA FASE IV DO ESTUDO

Anexo 26 - Guião de tópicos - Entrevista Individual à Direção da Escola

GUIÃO DE TÓPICOS ENTREVISTA INDIVIDUAL À DIREÇÃO DA ESCOLA (Avaliação do projecto)

Destinatários: Direcção da escola

Objetivos:

- Compreender a(s) lógica(s) de acção e os processos de organização da escola no projeto de educação sexual (ES).
- Legitimar a importância do projeto de ES para o projeto educativo da escola.
- Avaliar o projeto de ES.

Tópico central	Objetivos	Aspetos a abordar
Legitimação da entrevista e motivação dos entrevistados	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elucidar acerca dos objectivos da entrevista. ✓ Apresentar os objectivos do estudo que se pretende realizar. ✓ Sensibilizar as entrevistadas para a importância da sua colaboração na concretização do estudo. ✓ Assegurar a gravação da entrevista. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentar o tema e os objectivos do trabalho. ▪ Explicar a importância do papel da entrevistada para a realização do estudo. ▪ Enfatizar a importância da colaboração para o desenvolvimento do projeto. ▪ Garantir autorização para gravar a entrevista.
Caracterização sociodemográfica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conhecer a formação do presidente do conselho directivo e do adjunto. ✓ Conhecer o tempo de serviço. ✓ Identificar experiência profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formação académica. ▪ Grupo disciplinar e Tempo de serviço. ▪ Formação em Administração e Gestão escolar.
Influência do projeto de educação sexual na organização escolar	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar alterações ao nível da organização da escola no sentido da implementação do projeto de ES. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alterações introduzidas ao nível da organização da escola com a implementação do projeto.
Implementação do projeto	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conhecer as dificuldades de implementação do projeto. ✓ Conhecer a opinião sobre o envolvimento dos professores. ✓ Identificar o impacto na comunidade escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificuldades na implementação do projeto. ▪ Se existiram, como foram ultrapassadas as dificuldades. ▪ Envolvimento dos professores no projeto. ▪ Impacto do projeto na comunidade escolar.
Inclusão do projeto de ES no projeto educativo da escola	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conhecer o interesse do projeto para o projeto educativo da escola 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Importância do programa de ES para o projeto educativo da escola.
Avaliação global do projeto	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conhecer a opinião sobre o projeto. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Globalmente como considera o projecto: <ul style="list-style-type: none"> - Aspetos positivos - Aspetos negativos

Anexo 27 – Questionário de pontos fortes e pontos fracos

**QUESTIONÁRIO
ENFERMEIRAS E PROFESSORES**

(Avaliação do projecto)

Este questionário tem por finalidade conhecer a opinião das enfermeiras e dos professores, que integraram o projecto de Educação Sexual “Ser & Saber”, relativamente à avaliação do mesmo.

É garantida a confidencialidade das informações obtidas.

Obrigada pela participação.

1. **Motivação / participação**

Relativamente à sua participação no projecto Ser & Saber, sentiu-se motivado no projecto? Em que fase ou fases?

2. **Transversalidade do projecto**

a) Na operacionalização do projecto foi possível o mesmo ser transversal às várias unidades curriculares?

b) Reconhece benefícios na transversalidade do projecto? Se sim, quais?

3. **Forças e fraquezas do projecto Ser & Saber**

a) Como enfermeira / Professor, encontra forças no projecto de Educação Sexual em meio escolar? Qual ou quais?

b) Como enfermeira / Professor, reconhece fraquezas no projecto? Qual ou quais?

4. Oportunidades e ameaças

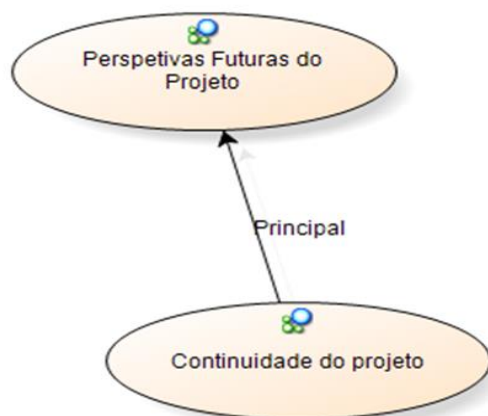
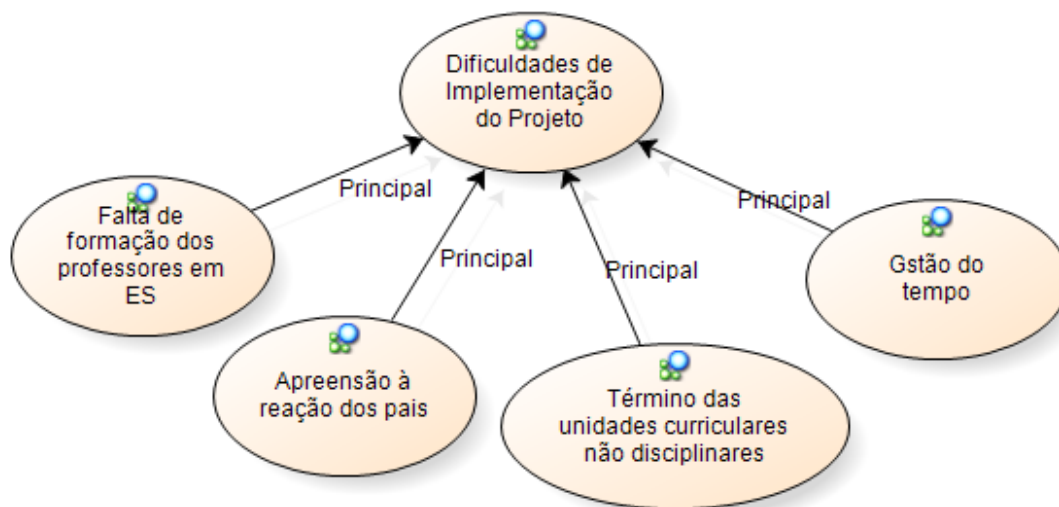
a) Na sua opinião, que aspectos da envolvente externa podem ser aproveitados e potenciados em prol do projecto de educação Sexual?

b) Que aspectos considera que podem vir a dificultar a prossecução dos objectivos do projecto?

5. Sugestões

Que sugestões pode apresentar para a melhoria do projeto de Educação Sexual?

Obrigada pela colaboração



APÊNDICE

APÊNDICE: PROGRAMA DE EDUCAÇÃO SEXUAL “SER & SABER”

Considerando as especificidades de organização do apêndice, optou-se pela sua apresentação num documento individualizado, que segue com a tese.