

O PROJECTO NACIONAL DE EDUCAÇÃO PELOS PARES DA FUNDAÇÃO PORTUGUESA “A COMUNIDADE CONTRA A SIDA” EM ESCOLAS EB2/3 DO PORTO

Filomena Frazão de Aguiar, Teresa Vilaça, Raquel Oliveira, Elisabete Cardoso, Jaqueline Ardachessian, Manuela Castanheira, Maria João Sousa, Marina Oliveira, Virgínia Silva & J. A.

Machado Caetano

Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra a SIDA”, Delegação da Região Norte

caojporto@gmail.com

Resumo

O Projecto Nacional de Educação pelos Pares, focado na sexualidade e prevenção do VIH/ SIDA, foi criado pela Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra a SIDA” no âmbito do Centro de Aconselhamento e Orientação de Jovens (CAOJ). O processo de aprendizagem, desenvolvido a partir do diagnóstico das necessidades de formação do público-alvo, recorre a metodologias activas que visam educar os adolescentes para uma vivência gratificante da sua sexualidade e prepará-los para assumirem o seu papel de “pares educadores” de colegas mais jovens. Esta educação de pares dirigida a alunos que frequentam o 3º ciclo do Ensino Básico é dinamizada, numa primeira fase, por jovens voluntários universitários organizados em Brigadas Universitárias de Intervenção (BUI) e no Teatro Universitário de Intervenção (TUI). Estes voluntários, com o acompanhamento de professores destacados para o CAOJ, responsáveis pela sua formação pedagógica, desenvolvem o projecto com alunos do 7º ao 9º ano de escolaridade. No terceiro ano de formação, os alunos do 3º ciclo organizados em Brigadas Escolares de Intervenção (BEI) iniciam a sua acção como educadores dos colegas mais novos, geralmente dos 2º e 1º ciclos.

Esta comunicação, pretende mostrar a dinâmica deste Projecto desenvolvido em cinco escolas EB2/3 do Porto e discutir, com base em evidências recolhidas junto dos professores, voluntários e alunos envolvidos, alguns resultados obtidos neste ano lectivo.

1. Introdução

Há um reconhecimento crescente que os jovens estão particularmente vulneráveis a uma saúde sexual e reprodutiva insatisfatória, por causa da combinação de factores biológicos sociais, económicos (Price & Knibbs, 2009) e psicológicos (Vilaça, 2008; 2009).

Vilaça (2006), entre os vários factores que contribuem para tornar os adolescentes um grupo de risco, inclui a sua ignorância sobre sexualidade, que contribui muito para aumentar as dificuldades próprias das primeiras experiências sexuais e da comunicação entre parceiros. Esta ignorância surge, por um lado, porque os pares são muitas vezes outros adolescentes que têm em comum a sua inexperiência sexual e, por outro lado, os adolescentes recebem pouca informação sobre sexualidade por parte dos adultos. A consequência, é improvarem muitas

vezes as suas condutas baseados em conhecimentos muito parciais e imprecisos, por exemplo, não saberem como explicar que querem usar o preservativo ou não saberem utilizá-lo ou, por vários factores, não o terem ao seu dispor quando precisam dele. Segundo a autora, outro factor que contribui para a vulnerabilidade dos adolescentes, é o facto de ser típico terem comportamentos de risco por estarem numa fase de desenvolvimento em que as suas capacidades para considerar o futuro, para antecipar as consequências e decisões e para integrar o conhecimento específico em sistemas coerentes ainda se estão a desenvolver. Além disso, explica que sempre que um adolescente experimenta a sua sexualidade é sem experiência prévia e sem competências para gerir as emoções fortes que originam a tomada de riscos sexuais, nomeadamente, não usar o preservativo ou métodos anticoncepcionais.

De acordo com estudos revistos por Vilaça (2006), outro factor que acresce o risco, é os adolescentes terem receio de ser rejeitados pelos seus parceiros sexuais ou receberem sanções se não agirem como o grupo de que fazem parte e terem receio de discutir prevenção. Muitos adolescentes também se colocam em risco porque avaliam o seu parceiro como “seguro” com base na sua aparência física e social e a maior parte dos jovens infectados pelo VIH não sabe que o está e tem probabilidade de involuntariamente continuar a transmitir o vírus a outros parceiros. O abuso de substâncias pelos adolescentes poderá ser preditor de comportamentos de risco; o uso de álcool antes de encontros sexuais aumenta significativamente a probabilidade de seleccionar casualmente um novo parceiro, não discutir a relação sexual antes de a ter e não usar o preservativo durante as relações sexuais. Também é normativo para os adolescentes acreditarem que são insensíveis a acontecimentos negativos e, por isso, sentirem-se invulneráveis à SIDA ou à gravidez não desejada e não tomarem precauções para as evitar.

Machado Caetano (2009) defende que:

O aumento das doenças sexualmente transmissíveis e das suas consequências, deve-se a múltiplos factores destacando-se as **situações sociais de risco** – económicas, educacionais e culturais, tão frequentemente associadas à pobreza, prostituição, alcoolismo, toxicoddependência e ainda à guerra e à migração, e ainda os **comportamentos individuais de risco** designadamente relações sexuais sem preservativo e múltiplos parceiros. No caso das DST há ainda outros factores associados ao aumento da sua incidência, entre os quais se destacam o aumento da virulência dos agentes, as resistências aos antibióticos, as disbacterioses e o stress crónico em que vive grande parte da humanidade. As Hepatites virais e a SIDA estão no plano alto das novas “pestes”, sem esquecer as preocupantes Febres Hemorrágicas, Pneumonias atípicas, etc. A SIDA é hoje no Mundo o paradigma das Doenças Infecciosas Emergentes. Ainda que etiologicamente dependente dos retrovírus VIH, ela é uma doença profundamente associada a comportamentos e a situações sociais de risco. (pp. 10-11)

De acordo com Matos *et al.* (2007) a sexualidade acompanha-nos desde a infância e sofre modificações ao longo de toda a nossa vida. Durante a adolescência a sexualidade modifica-se apresentando algumas especificidades como, por exemplo, a descoberta do amor e a partilha dos afectos. No entanto, os autores salientam que existem factores negativos que não devem ser esquecidos, pela ameaça que podem acarretar para a saúde física e psicológica do jovem. Nos países mais desenvolvidos, a idade cada vez mais precoce das primeiras experiências sexuais associada à idade cada vez mais tardia do primeiro relacionamento longo e estável, alargou o período de relações sexuais instáveis. Este fenómeno aumenta a vulnerabilidade dos adolescentes a ISTs, as quais são cada vez mais graves e diversificadas, ameaçando não só a fertilidade, como a própria vida (Charlotte, Fitzjohn, Herbison & Dickson, 2000, cit. in Matos *et al.*, 2007).

Dentro das ISTs, o VIH/SIDA tem-se vindo a agravar em Portugal nos últimos anos. Apesar das inúmeras campanhas, é uma realidade cada vez mais presente. As investigações demonstram que, apesar de conhecerem os riscos que correm, muitos adolescentes não usam preservativo (Matos *et al.*, 2007). Isto é uma evidência de que a informação por si só não chega, é urgente educar. Matos *et al.* (2002) verificaram que os jovens afirmaram mais frequentemente que uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA se usar uma seringa já utilizada por outra pessoa e se uma mulher infectada pelo VIH/SIDA estiver grávida o seu bebé pode ficar infectado. No mesmo estudo, a maioria dos alunos referiu que os abraços não constituem uma forma de transmissão do VIH/SIDA e que a infecção não se evita se a mulher tomar a pílula.

A educação pelos pares surgiu como uma alternativa aos projectos de educação para a saúde centrados no indivíduo, que se estavam a mostrar pouco eficazes na promoção da saúde sexual e reprodutiva. Estas abordagens didácticas incluíam a educação para a saúde tradicional, onde se procurava aumentar o conhecimento do indivíduo, e as abordagens de auto-capacitação, que procuravam aumentar as competências comportamentais dos indivíduos relacionadas com a saúde e a sua motivação para ter comportamentos saudáveis (Campbell, 2004; Prince & Hawkins, 2007). Pelo contrário, os defensores da educação pelos pares argumentam que em vez da unidade de mudança ser o indivíduo faz mais sentido fazer a abordagem educativa centrada no grupo de pares ou na comunidade, como a unidade de mudança (Campbell, 2004; Prince & Hawkins, 2007; Vilaça, 2007).

A educação pelos pares, é baseada no pressuposto de que os pares têm uma influencia importante no comportamento sexual dos jovens, e que os jovens têm mais probabilidade de mudar o seu comportamento se virem que os pares, de quem gostam e em quem confiam, estão a mudar os seus comportamentos (Bandura 1986, 1989, 1992). Campbell (2004), baseado no

pressuposto de que a sexualidade e as decisões individuais são moldadas pelas normas dos pares, defende que a educação pelos pares poderá proporcionar um contexto em que os grupos de pares podem renegociar colectivamente as suas “identidades” de pares. Além disso, poderá capacitar os jovens desenvolvendo-lhes a auto-confiança e as competências de negociação, também como a percepção de que dominam a informação e as intervenções de saúde, vendo que eles próprios têm um papel chave na prevenção do VIH. A consequência do desenvolvimento dessas competências pessoais e sociais é aumentar a sua percepção de auto-eficácia, o que aumenta a probabilidade de que sintam que têm controlo sobre a sua saúde. Ainda de acordo com Campbell (2004), se a educação pelos pares tiver uma abordagem crítica e participativa, também capacita os jovens para pensarem criticamente sobre os obstáculos que podem ter que enfrentar para mudar os seus comportamentos.

Os projectos participativos e orientados para a acção, baseados no paradigma democrático de educação para a saúde (Jensen, 1997; 2000), têm uma grande probabilidade de sucesso se os participantes compreenderem os factores sociais, psicológicos e económicos sobre os quais têm que agir para mudar os seus comportamentos sexuais (conhecimento sobre as causas do problema) (Vilaça, 2006; 2007; 2008; Vilaça & Jensen, 2009). Essa compreensão capacita os pares para colectivamente fazerem uma tempestade de ideias e uma investigação subsequente sobre as maneiras como deverão agir para mudar os factores que determinam a sua saúde (conhecimento sobre as estratégias de mudança) e, assim, mudar os seus estilos de vida e as suas condições de vida no sentido de agirem pró-activamente para promover a saúde sexual individual e colectiva (Vilaça, 2009). Assim, a saúde sexual e reprodutiva só pode ter significado dentro de uma abordagem que considere como é que os factores políticos, económicos e sociais interagem com a saúde, sexualidade e fertilidade (Price & Knibbs, 2009).

Neste contexto, será descrito a seguir parte do processo de implementação, em cinco escolas do Porto, do Projecto Nacional de Educação pelos Pares da Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra a SIDA”, no 7º ano de escolaridade do Ensino Básico, visando clarificar algumas necessidades de formação identificadas nos alunos.

2. Metodologia

Caracterização do Projecto

O Projecto Nacional de Educação pelos Pares é desenvolvido pela Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra a SIDA”, através dos Centros de Aconselhamento e Orientação de Jovens (CAOJ), em escolas com 3º ciclo, nas zonas de Lisboa, Setúbal, Coimbra e Porto.

No processo de ensino e aprendizagem com recurso à educação pelos pares, as actividades

organizadas pelo CAOJ e dirigidas aos adolescentes que frequentam os 7º e 8º anos são dinamizadas, numa primeira fase, por jovens voluntários universitários organizados em Brigadas Universitárias de Intervenção (BUIs) e no Teatro Universitário de Intervenção (TUI). Numa segunda fase, quando os alunos que já estão no projecto há dois anos se encontram no 9º ano de escolaridade, dividem-se em grupos de intervenção, chamados Brigadas Escolares de Intervenção (BEIs) e assumem o papel de pares educadores dos colegas mais novos.

O Projecto desenvolve-se assim ao longo de três anos lectivos, iniciando-se no 7º ano de escolaridade. Nos 7º e 8º anos, a formação decorre no horário da Área Projecto, sendo realizadas 8 a 10 sessões de 90 minutos, por ano lectivo. A planificação e dinamização das sessões são da responsabilidade de uma BUI supervisionada por um professor do CAOJ. No 3º ano, compete à escola definir o número de sessões a dinamizar pelas Brigadas Escolares de Intervenção (BEI) e seleccionar a(s) turma(s) em que a intervenção ocorrerá. A planificação, dinamização e avaliação das sessões é da responsabilidade das BEI supervisionadas pelo seu professor.

Para avaliar o Projecto são utilizados os seguintes instrumentos: questionários; diário de bordo dos alunos e das BUI; relatório final de actividades apresentado pelo CAOJ; relatório de avaliação, apresentado pela escola; sumários das actividades; planos de sessão; trabalhos realizados pelos alunos e registos estruturados de observação.

Na presente investigação foi efectuada a análise do questionário “Sexualidade e Sida”, aplicado aos 7º anos de escolaridade das cinco escolas que trabalham em parceria com a Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra a Sida”, com o objectivo de se fazer uma análise preliminar das suas necessidades de formação. Para se proceder à descrição dos resultados deste questionário, foi utilizada a versão 15.0 do SPSS. O questionário foi preenchido antes de se implementar as sessões sobre a sexualidade e ISTs. Invalidaram-se alguns questionários por preenchimento incompleto e aleatório dos dados. Para qualquer uma das questões, verificou-se através do *teste t* se havia diferenças significativas entre sexos. Deste modo, sempre que estas se verificarem os valores aparecerão discriminados por sexo.

Sujeitos do estudo

Os alunos que fazem parte do Projecto serão descritos por escola (tabela1). Do Agrupamento de Escolas da Areosa, temos 22 alunos de uma turma do 7º ano, cuja média de idades é 13 anos, aproximadamente. Relativamente ao Agrupamento Vertical da Escola do Cerco, incluímos duas

turmas de 7º ano, em que a média de idades se cifra nos 12.58 anos. Quanto ao 7º ano da Escola E.B 2,3 Nicolau Nasoni, a média de idades é 12 anos (N=20 alunos). Na Escola E.B 2,3 de Santiago de Custóias, nas duas turmas que integram o nosso Projecto, a média de idades é 12.62. Por fim, na Escola E.B 2,3 de Valadares analisámos os questionários de uma turma do 7º ano em que a média de idades é 13.19.

Tabela 1: Caracterização da idade e sexo dos alunos do 7º ano de escolaridade

	Total (N= 142)	Rapazes (n=69)	Raparigas (n=73)	\bar{X} rapazes	\bar{X} raparigas
Areosa	22	14	6	13.6	12.86
Cerco	33	16	17	12.37	12.8
Nicolau Nasoni	20	10	10	12.1	12.1
Custóias	39	17	22	12.47	12.77
Valadares	20	12	18	13.12	13.25

A amostra final é constituída por 142 alunos destas cinco escolas, 69 rapazes e 73 raparigas.

3. Apresentação e discussão dos resultados

Necessidades de formação relacionadas com a sexualidade e a SIDA

Primeiro, pretendeu-se verificar quais são os termos que os alunos consideram mais importante associar à sexualidade (tabela 2). Verificou-se que o único termo que regista diferenças estatisticamente significativas quanto ao género é a palavra “**sexo**” [$t(130)=3.38$, $p=.001$], sendo que a grande parte dos rapazes (47.8%) atribuiu “muita” importância ao sexo ($M=3.30$, $DP=.81$, $Mo=4$), ao passo que 54% das raparigas conferiram “alguma” importância ao sexo ($M=2.78$, $DP=.97$, $Mo= 3$). Quanto às restantes palavras a importância varia entre “alguma” para “casamento, prazer, curte” e “muita” importância para “carinho, maturidade, paixão, namoro, responsabilidade, felicidade”.

Tabela 2: Importância atribuída às palavras, quando associadas à sexualidade (n=133)

	Nunca		Pouca		Alguma		Muita		\bar{X}	DP	Mo
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Carinho	0	0	1	8	47	35	85	64	3.63	.49	4
Maturidade	0	0	4	3	61	45.9	68	51.1	3.48	.56	4
Casamento	26	19.5	40	30.1	43	32.3	24	18	2.49	1	3
Paixão	0	0	5	3.8	38	28.6	90	67.7	3.64	.56	4
Prazer	8	6	11	8.3	59	44.4	55	41.4	3.2	.84	3
Namoro	3	2.3	8	6	56	42.1	66	49.6	3.39	.71	4
Responsabilidade	0	0	6	4.5	31	23.3	96	72.2	3.68	.56	4
Felicidade	2	1.5	2	1.5	31	23.3	98	73.7	3.69	.58	4
Curte	15	11.3	43	32.3	52	39.1	23	17.3	2.62	.90	3
Sexo	14	10.5	11	8.3	61	45.9	47	35.3	3.06	.93	3

Em relação à importância atribuída aos valores ligados à sexualidade, não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre sexos, pelo que se apresentarão os resultados do total da amostra (tabela 3)

Tabela 3: Importância atribuída aos valores, quando associados à sexualidade (n=133)

	Nunca		Pouca		Alguma		Muita		\bar{X}	DP	Mo
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Justiça	14	10.5	15	11.3	52	39.1	52	39.1	3.07	.96	3
Generosidade	3	2.3	5	3.8	64	48.1	61	45.9	3.38	.67	3
Liberdade	6	4.5	9	6.8	47	35.3	71	53.4	3.38	.80	4
Confiança	0	0	3	2.3	41	30.8	89	66.5	3.65	.53	4
Tolerância	3	2.3	21	15.8	63	47.4	46	34.6	3.14	.76	3
Respeito	0	0	0	0	38	28.6	95	71.4	3.71	.45	4
Solidariedade	2	1.5	4	3	56	42.1	71	53.4	3.47	.63	4
Amizade	2	1.5	1	8	33	29.3	91	72.2	3.65	.58	4
Amor	1	8	3	2.3	33	24.8	96	72.2	2.68	.56	4
Prevenção	1	8	4	3	34	25.6	94	70.7	3.66	.58	4

A justiça é valorizada no amor por 39.1% dos alunos com “alguma e muita” importância (M=3.07, DP=.96). A maioria atribui “**alguma**” importância aos valores generosidade e tolerância, respectivamente (48.1% e 47.4%) e “**muita**” importância aos valores **liberdade, confiança, respeito, solidariedade, amizade, amor e prevenção**. De salientar que as opiniões são mais uniformes quando se apontam os valores supracitados, visto que todas as percentagens se situam bem acima dos 50%.

Registam-se diferenças estatisticamente significativas entre sexos, no que respeita aos itens: “Tenho sensações novas que me agradam”, [t(130)= 2.97, p=.004, M raparigas=2.74, DP=.72 *versus* M rapazes=3.1, DP= .67]; “As mudanças do meu corpo assustam-me”, [t(120)=-2.47, p=.015; Mraparigas=1.87, DP=.92 *versus* Mrapazes=1.5, DP=.76]; e “Às vezes sinto-me confuso/a” [t(124)=-3.557, p=.001, Mraparigas=2.86, DP=.74 *versus* M rapazes=2.32, DP=.99]. Como se pode visualizar nas tabelas 4 e 5, as frequências de resposta situam-se em “às vezes” para o item “tenho sensações novas que me agradam”, no entanto, em ambos os sexos a percentagem de rapazes é ligeiramente superior.

Tabela 4: Frequência das características associadas às raparigas (n= 63)

	Nunca		Raramente		Às vezes		Sempre		\bar{X}	DP	Mo
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Tenho sensações novas que me agradam	3	4.8	17	27	36	57	7	11	2.74	.72	3
As mudanças do meu corpo assustam-me	28	44.4	18	28.6	14	22.2	3	4.8	1.87	.92	1
Às vezes sinto-me confuso(a)	2	3.2	16	25.4	34	54	11	17.5	2.86	.74	3

No item “as mudanças do meu corpo assustam-me”, tanto os rapazes como as raparigas assinalam “nunca” como resposta, ainda que a percentagem de rapazes seja claramente superior (62.3% *versus* 44.4% das meninas). Quanto ao item “às vezes sinto-me confuso/a”, a maior parte dos adolescentes assinalaram “às vezes”, sendo a percentagem de raparigas (54%) a assinalar esta frequência, superior à dos rapazes (34.8%).

Tabela 5: Frequência das características associadas aos rapazes (n=70)

	Nunca		Raramente		Às vezes		Sempre		\bar{X}	DP	Mo
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Tenho sensações novas que me agradam	1	1.4	9	13	41	59.4	18	26.1	3.1	.67	3
As mudanças do meu corpo assustam-me	43	62.3	19	27.5	5	7.2	2	2.9	1.5	.76	1
Às vezes sinto-me confuso(a)	18	26.1	19	27.5	24	34.8	8	11.6	2.32	.99	3

A maioria dos rapazes e raparigas, assinala a frequência às vezes para “Gosto mais de mim agora” (M=3.15, DP=.85) e 68.4% também considera que se acha sempre diferente, mas acha isso natural (M=3.67, DP=.68.4) (tabela 6).

Tabela 6: Frequência das características associadas aos alunos (N=133)

	Nunca		Raramente		Às vezes		Sempre		\bar{X}	DP	Mo
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Gosto mais de mim agora	8	6.0	15	11.3	59	44.4	51	38.3	3.15	.85	3
Estou diferente mas acho natural	0	0	2	1.5	40	30.1	91	68.4	3.67	.50	4

No que concerne ao grau de concordância com um conjunto de afirmações relacionadas com a sexualidade, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre sexos nas afirmações “Ser virgem aos 16 anos é anormal” [t(125)= 3.49, p=.001, M raparigas=1.37, DP=.75 *versus* M rapazes=1.89, DP=1]; “Uma rapariga menstruada não deve tomar banho” [t(124)=2.756, p=.007, M raparigas=1.09, DP=.47 *versus* M rapazes=1.36, DP=.64] e “A homossexualidade é uma doença” [t(117)=2.1, p=.038 M raparigas=1.32, DP=.74 *versus* Mrapazes=1.67, DP=1.14]. Importa salientar que tanto os rapazes como as raparigas, discordam totalmente das afirmações, no entanto, as percentagens são diferentes, sendo que aproximadamente 76%, 95% e 79% das raparigas discordam totalmente que ser virgem aos 16 anos é anormal, que uma rapariga

menstruada não deve tomar banho e que a homossexualidade é uma doença. Já os rapazes assinalam este grau de discordância em menor percentagem, respectivamente 46%, 72.5% e 71%.

A maioria dos alunos (42.9%, 41.4% e 76.7%) concordam totalmente que o corpo muda e os sentimentos também mudam, que na primeira relação sexual se pode engravidar, e que uma gravidez se planeia com responsabilidade (tabela 7).

Tabela 7: Grau de concordância dos alunos com afirmações relacionadas com a sexualidade (N=133)

	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		\bar{X}	DP	Mo
	f	%	f	%	f	%	f	%			
O corpo muda e os sentimentos também mudam.	16	12	11	8.3	49	36.8	57	42.9	3.1	.99	4
Na primeira relação sexual pode-se engravidar.	22	16.5	22	16.5	34	25.6	55	41.4	2.9	1.11	4
A sexualidade é uma fonte de prazer	8	6	23	17.3	58	43.6	53	39.8	3.17	.85	3
Uma gravidez planeia-se com responsabilidade	8	6	23	17.3	0	0	102	76.7	3.7	.57	4
Os rapazes não precisam de tomar cuidado nas relações sexuais	111	83.5	8	6	4	3	10	7.5	1.34	.86	1
Ter relações sexuais, sem o desejar, é prova de amor	74	55.6	25	18.8	24	18	10	7.5	1.77	.99	1
A sexualidade é expressão de sentimentos e afectos	7	5.3	14	10.5	65	48.9	47	35.3	3.14	.81	3

As afirmações “a sexualidade é uma fonte de prazer” (M=3.17, DP=.85) e “a sexualidade é expressão de sentimentos e afectos” (M=3.14, DP=.81) é pontuada pelos alunos com concordo parcialmente. Por fim, 83.5% dos rapazes e raparigas discordam totalmente que os rapazes não precisam de tomar cuidados nas relações sexuais, assim como 55.6% dos alunos discordam totalmente que ter relações sexuais sem o desejar, é uma prova de amor

No que respeita ao início da vida sexual (tabela 8), registam-se diferenças estatisticamente significativas entre rapazes e raparigas na concordância face à afirmação “deve acontecer quando se está preparado emocionalmente” [$t(122)=-2.78, p=.006, M$ raparigas= 3.63, $DP=.63$, *versus* M rapazes=3.26, $DP=.90$], sendo que a percentagem de raparigas a concordar totalmente com a afirmação é superior (71.4%) à dos rapazes, 50.7%. Note-se que não há nenhuma rapariga a discordar totalmente da afirmação, mas uma pequena percentagem de rapazes (5.8%) discorda totalmente. Cerca de metade dos rapazes e raparigas concordam totalmente que o início da vida sexual pode acontecer em qualquer momento (43.6%), concordam parcialmente que deve ser adiado pelo risco de transmissão de doenças (33.1) e deve ser adiado para quando se tem um namoro estável (33.1%), e discordam totalmente que deve acontecer só depois do casamento (54.1%).

Tabela 8: Opinião dos alunos sobre o início da vida sexual (N=133)

	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		X	DP	Mo
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Pode acontecer em qualquer momento	6	4.5	19	14.3	50	37.6	58	43.6	3.2	.85	4
Deve ser adiado pelo risco de transmissão de doenças	27	20.3	35	26.3	44	33.1	27	20.7	2.53	1.03	3
Deve ser adiado para quando se tem um namoro estável	20	15	30	22.6	44	33.1	39	29.3	2.77	1.04	3
Deve acontecer só depois do casamento	72	54.1	37	27.8	15	11.3	9	6.8	1.71	.92	1

Não se registam diferenças estatisticamente significativas entre sexos acerca do conhecimento dos alunos sobre as doenças sexualmente transmissíveis (tabela 9).

Tabela 9: Doenças que os alunos consideram que podem ser transmitidas por via sexual (N=133)

	f	%	\bar{X}	DP	Mo
Cancro	21	15.8	1.8	.36	2
Pé atleta	1	8.0	1.99	.86	2
SIDA	132	99.2	1	.86	1
Gonorreia	51	38.3	1.62	.498	2
Gripe	6	4.5	1.95	.21	2
Hepatite B e C	90	67.7	1.32	.47	1
Tuberculose	3	3.25	1.99	.86	2
Diabetes	2	1.5	1.99	.12	2

É importante sublinhar que os alunos sabem que se transmite por via sexual: a SIDA (99.2%), as Hepatites B e C (67.7%) e a gonorreia (38.3%). Ainda há uma percentagem de alunos que considera que o cancro se transmite por via sexual (15.8%).

Quando se perguntou aos alunos como se evita a infecção pelo VIH, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre sexos (tabela 10). A maioria concorda totalmente que o preservativo (92.5%), a pílula (60.2%), o tomar banho após a relação sexual (34.6%) e se os dois não estiverem infectados e forem 100% fiéis (49.6%) são formas de evitar o VIH/SIDA. Quanto à afirmação “se o parceiro tiver um aspecto saudável” não há transmissão, a opinião divide-se pelas 4 opções, embora a maioria, 26.3% (M=2.44, DP=1.11), discorde totalmente.

Tabela 10: Opinião dos alunos face às formas de evitar o VIH/SIDA (N=133)

	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		\bar{X}	DP	Mo
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Utilização do preservativo	0	0	1	8.0	9	6.8	123	92.5	3.92	.30	4
Tomar a pílula	16	12	10	7.5	27	20.3	80	60.2	3.28	1.04	4
Tomar banho após a relação sexual	24	18	22	16.5	41	30.8	46	34.6	2.8	1.09	4
Os dois não estiverem infectados e forem 100% fiéis	6	4.5	17	12.8	44	33.1	66	49.6	3.28	.86	4
O parceiro tiver um aspecto saudável	35	26.3	34	25.6	34	25.6	30	22.6	2.44	1.11	1

Quando se perguntou aos alunos a quem é que a infecção pelo VIH/SIDA afecta, também não há diferenças estatisticamente significativas entre sexos (tabela 11).

Tabela 11: Opinião dos alunos face às formas de evitar o VIH/SIDA (N=133)

	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		\bar{X}	DP	Mo
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Só atinge os outros	113	8	13	9.8	5	3.8	2	1.5	1.22	.58	1
Só atinge prostitutas, homossexuais e toxicodependentes	97	72.5	19	14.3	13	9.8	4	3.0	1.43	.79	1
Pode ser transmitida por uma mulher grávida ao seu bebé	14	10.5	12	5	37	27.8	70	52.6	3.23	.99	4
Pode ocorrer entre pessoas casadas	7	5.3	18	13.5	41	30.8	67	50.4	3.26	.89	4
Afecta as pessoas para o resto das suas vidas	3	2.3	13	9.8	34	25.6	83	62.4	3.48	.76	4

Pode-se observar que 85% dos alunos discorda totalmente que a infecção VIH/SIDA só atinge os outros ($M=1.22$, $DP=.58$), tal como 72.5% discordam totalmente que só atinge prostitutas,

homossexuais e toxicodependentes (M=1.43, DP=.79). A maioria dos alunos concorda totalmente que esta infecção pode ser transmitida por uma mulher grávida ao seu bebé (M=3.23, DP=.99), que pode ocorrer entre pessoas casadas (M=3.26, DP=.89) e que afecta as pessoas para o resto das suas vidas (M=3.48, DP=.76).

Sobre as formas de transmissão da SIDA de uma pessoa para a outra, no item “aperto de mão, beijos e abraços” registam-se diferenças estatisticamente significativas entre sexos [t(129)=2.53, p=.013, Mraparigas=1.51, DP=.99 *versus* M rapazes=1.99, DP=1.17], sendo que há uma percentagem superior de raparigas (76.2%) a discordar da afirmação, comparativamente aos rapazes (52.2%) (tabela 12). Ainda se registam respostas de “concordo totalmente”, em percentagem superior no sexo masculino (15.9%) do que nas raparigas (9.5%).

Nos itens que integram a tabela 12, não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre sexos, pelo que os resultados são descritos para ambos os sexos.

Tabela 12: Opinião dos alunos sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA (N=133)

	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		\bar{X}	DP	Mo
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Relações sexuais sem preservativo	9	6.8	1	8.0	15	11.3	108	81.2	3.37	.80	4
Convívio na mesma sala de aula	103	77.4	17	12.8	8	6.0	5	3.8	1.36	.76	1
Sangue	7	5.3	5	3.8	23	17.3	98	73.7	3.59	.79	4
Picada de insectos	66	49.6	21	15.8	28	21.1	18	13.5	1.99	1.12	1
Partilha de seringas	8	6	1	0.8	21	15.8	103	77.4	3.65	.78	4
Leite materno	46	34.6	33	24.8	29	21.8	25	18.8	2.25	1.12	1
Partilha de escovas de dentes	34	25.6	27	20.3	27	20.3	45	33.8	2.62	1.19	4

A maioria dos alunos concorda totalmente que a SIDA se transmite através de relações sexuais sem preservativo (M=3.37, dp=.80), do sangue (M=3.59, DP=.79), da partilha de seringas (M=3.65, DP=.78) e partilha de escovas de dentes (M=2.62, DP=1.19). Ainda há uma

percentagem considerável de alunos que desconhece a transmissão por leite materno, pois 34.6% dos alunos discordam totalmente com esta forma de transmissão.

Para terminar, mostraram-se duas situações hipotéticas, nas quais os alunos têm que dar a sua opinião. A situação 1 aborda a homossexualidade: “O Manuel tem 13 anos e vive no Bairro desde pequeno. Cresceu com muitos rapazes e raparigas mais ou menos da mesma idade. De entre eles, o Francisco sempre foi o seu grande amigo. Um dia o Francisco ao passar por um grupo ouviu o seguinte comentário: “Não andes com maricas”. O que fazer?” Registam-se diferenças estatisticamente significativas entre sexos nos itens “Afastar-se do Manuel” [$t(123)=2.62$, $p=.01$, $M_{raparigas}=1.25$, $DP=.72$ versus $M_{rapazes}=1.65$, $DP=1.01$], em que, apesar de tanto os rapazes como as raparigas discordarem totalmente da afirmação, a percentagem de raparigas que discordam totalmente é superior à dos rapazes (85.7% versus 65.2%). No item “Passar a novidade a outros amigos” também se registam diferenças entre sexos [$t(112)=2.29$, $p=.024$, $M_{raparigas}=1.13$, $DP=.46$ versus $M_{rapazes}=1.38$, $DP=.77$]. Mais uma vez a percentagem de raparigas que discordam totalmente é superior à dos rapazes (92.1% versus 76.8%). Na tabela 13 mostram-se os outros itens avaliados na situação 1, onde não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre sexos.

Tabela 13: Opinião dos alunos sobre a atitude a tomar face a uma possível homossexualidade de um amigo (N=133)

	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		M	DP	Mo
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Perguntar o que querem dizer com aquilo	12	9.0	15	11.3	54	40.6	52	39.1	3.09	.93	3
Não ligar ao comentário	18	13.5	12	9.0	31	23.3	72	54.1	3.18	1.07	4
Continuar a sua amizade com o Manuel	5	3.8	9	6.8	25	18.8	94	70.7	3.56	.78	4

Assim, a maioria dos alunos (40.6%) concorda parcialmente que deve “perguntar o que querem dizer com aquilo”, 54.1% concorda totalmente que “não deve ligar ao comentário” e 70.7% que deve “continuar a amizade com o Manuel”.

A segunda situação, é sobre a Cristina com 16 anos que é virgem, mas tem um grupo de colegas sexualmente activas. Sobre o que deve fazer registam-se diferenças estatisticamente significativas entre sexos nos itens “Ficar calada, ninguém tem nada a ver com a sua

intimidade” [t(125)=-3.268, p=.001, M raparigas =3.46, DP=.86 *versus* M rapazes=2.88, DP=1.16]. A percentagem de meninas a concordar totalmente com a afirmação é superior à dos rapazes (61.9% *versus* 43.5%). Também no item “Ter uma relação sexual só para não se sentir inferior às outras” se verificam diferenças estatisticamente significativas entre sexos [t(100)=3.721, p=.000, M raparigas=1.16, DP=.45 *versus* M rapazes=1.62, DP=.93], em que a percentagem de raparigas a discordar totalmente com a afirmação é significativamente superior à dos rapazes (87.3% *versus* 60.9%). Importa sublinhar que nenhuma rapariga assinalou que concorda totalmente com a afirmação. Na tabela 14 podemos observar a concordância/discordância face aos itens para os quais não se registam diferenças estatisticamente significativas entre sexos.

Tabela 14: Opinião dos alunos sobre a atitude a tomar por uma rapariga virgem num grupo de colegas sexualmente activas (N=133)

	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		\bar{X}	DP	Mo
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Ter relações sexuais apenas quando se sentir preparada	6	4.5	2	1.5	17	12.8	108	81.2	3.15	1.06	4
Revelar às amigas como imagina a sua primeira vez	34	25.6	23	17.3	55	41.4	21	15.8	2.17	1.04	3

Assim, a maioria dos rapazes e raparigas (81.2%) concorda totalmente que nesta situação, “deve ter relações sexuais apenas quando se sentir preparada”. 41.4% dos alunos concorda parcialmente com a afirmação “Revelar às amigas como imagina a sua primeira vez”.

4. Discussão dos resultados, conclusões e implicações para o futuro

Os alunos associam muito à sexualidade: o carinho, a maturidade, a paixão, o namoro, a responsabilidade e a felicidade. Verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre géneros, no que respeita ao termo “sexo”, visto que os rapazes lhe conferem muita importância, ao passo que as raparigas, apenas lhes dão alguma importância. Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre sexos nos valores associados à sexualidade.

Quanto às características associadas às transformações sentidas na adolescência, verificou-se uma percentagem superior de rapazes a referir que às vezes “têm sensações novas que agradam” e “às vezes” os dois sexos afirmam que se sentem confusos.

Uma percentagem superior de raparigas discorda totalmente das afirmações: ser virgem aos 16 anos é anormal, uma rapariga menstruada não deve tomar banho e a homossexualidade é uma doença. Os dois sexos discordam totalmente que os rapazes não precisam de ter cuidados nas relações sexuais e que ter relações sexuais sem o desejar é uma prova de amor. Rapazes e raparigas concordam totalmente que na primeira relação sexual se pode engravidar (ainda que esta percentagem não seja tão elevada quanto se desejava) e que uma gravidez se planeia com responsabilidade.

Sobre o início da vida sexual é patente que rapazes e raparigas concordam totalmente que deve acontecer quando se está preparado emocionalmente (ainda que existam mais raparigas a concordar com esta afirmação), e a mesma frequência de resposta é assinalada para “pode acontecer em qualquer momento”. É de sublinhar que metade dos adolescentes discorda totalmente que deve acontecer só depois do casamento.

No que respeita às IST, quase a totalidade dos adolescentes sabe que o VIH/SIDA se transmite por via sexual, no entanto, é notório que a gonorreia é assinalada por uma percentagem mais baixa. Nos resultados desta questão, também é visível o desconhecimento destas doenças, porque mesmo em baixa percentagem, houve adolescentes a assinalar o cancro e a diabetes como IST.

Acerca das formas de prevenção do VIH, quase todos os alunos concordam totalmente com a utilização do preservativo, assim como metade concorda totalmente que é uma forma de prevenção da infecção se os dois parceiros não estiverem infectados e forem 100% fiéis. Camargo *et al.* (2007) retirou uma conclusão semelhante acerca da utilização do preservativo, numa amostra de adolescentes brasileiros. É de salientar a elevada percentagem de rapazes e raparigas que concorda totalmente com a toma da pílula como estratégia de prevenção do VIH/SIDA, e ainda 34.6% afirmam o mesmo em relação a tomar banho após a relação sexual. O estudo de Matos *et al.* (2002) não encontrou o mesmo resultado, pois a maioria dos adolescentes sabia que a pílula não protege das IST.

Ainda sobre a infecção por VIH/SIDA, é importante referir que a maior parte dos adolescentes discorda totalmente que só acontece aos outros e só atinge prostitutas, homossexuais e toxicodependentes. As situações de transmissão do VIH/SIDA correctamente identificadas pela maioria, e o reconhecimento de que “não acontece só aos outros” e de que não atinge apenas

“prostitutas, homossexuais e toxicodependentes” ressalva um aspecto importante, o conceito de grupos de risco parece estar a ser substituído pelo de comportamentos de risco, tal como Cruz *et al.* concluíram (1997).

A maioria dos alunos concorda totalmente que o VIH/SIDA pode ser transmitido por via parentérica, pode ocorrer entre pessoas casadas e afecta as pessoas para o resto das suas vidas. Relativamente às formas de transmissão da SIDA, a maioria concorda totalmente que acontece através das relações sexuais sem preservativo, do sangue e por partilha de seringas. Efectivamente estas formas de transmissão foram assinaladas correctamente pela maioria. Não obstante, a maioria discorda totalmente que, pelo leite materno a transmissão também é possível e, neste caso, esta é uma informação importante a ser transmitida.

Quanto ao convívio na mesma sala de aula, a maioria dos alunos discorda totalmente que o aperto de mãos, beijos e abraços transmitem o VIH. Este resultado é importante para diminuir a discriminação.

Por fim, na situação que aborda a homossexualidade, os alunos discordam totalmente que deve haver um afastamento por causa do boato, tal como em passar a novidade. A maioria concorda totalmente que deve continuar com a amizade. Tais resultados sugerem que estes adolescentes não aparentam ter uma atitude homofóbica.

Na situação que está relacionada com o início da vida sexual, a maioria dos alunos concorda totalmente que deve ter relações apenas quando se sentir preparada, e discordam totalmente que deve ter uma relação sexual só para não se sentir inferior. Estes resultados permitem-nos colocar uma questão. Será que o facto destes alunos terem tido sessões anteriores sobre assertividade, tomada de decisão, comunicação não pode ter influenciado estes resultados? Com efeito, a grande maioria respondeu desta maneira, o que nos dá alguns indícios de que o programa nestes aspectos pode estar a resultar.

Deste estudo surge também a reflexão de que, apesar da maioria dos alunos reconhecerem que as relações sexuais sem preservativo são uma forma de evitar a transmissão de IST, só com o desenvolvimento paralelo de estratégias activas de educação e prevenção se poderão conseguir mudanças comportamentais. Num estudo em que Machado Caetano (s/d) foi relator, que incluiu jovens dos 12 aos 20 anos, verificou-se que estes estavam bem informados sobre a SIDA e ISTs, todavia não tinham modificado os seus comportamentos sexuais de risco, praticando em elevada percentagem relações sexuais sem preservativo. Pelos resultados apresentados, nas sessões deste Projecto sobre sexualidade colocaram-se estas evidências em prática trabalhando, a par da informação o desenvolvimento de competências pessoais e sociais.

Bibliografia

- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of thought and action*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. In V. Mays, G. W. Albee & S. F. Schneider (Eds.). *Primary prevention of AIDS: psychological approaches*. Newbury Park: Sage, pp. 128-141.
- Bandura, A. (1992). A social cognitive approach to the exercise of control over AIDS infection. In R. J. DiClement. *Adolescents and AIDS. A Generation in Jeopardy*. Newbury Park: Sage, pp. 89-116.
- Caetano, J. A. M. (2009). Doenças infecciosas emergentes no século XXI. Perspectiva geral da SIDA. *Curso de Formação para voluntários de intervenção no "Projecto Nacional de Educação pelos Pares"*. Braga: Universidade do Minho, pp. 10-11 (não publicado).
- Camargo, B. & Botelho, L. (2007). Aids, sexualidade e atitudes dos adolescentes sobre protecção contra o VIH. *Revista Saúde Pública*, 41 (1), pp. 61-68.
- Campbell (2004). Creating environments that support peer education: experiences from HIV/AIDS-prevention in South Africa. *Health Education*, 104 (4), pp. 197-200.
- Cruz, J.F.; Vilaça, M.T. *et. al.* (1997). Prevenção do VIH/SIDA nos adolescentes e jovens adultos: investigação do conhecimento, atitudes e comportamento sexual. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, pp. 279-304.
- Jensen, B. B. (1997). A case of two paradigms within health education. *Health Ed. Res.*, 12 (4) p.419-428.
- Jensen, B. B. (2000). Participation, commitment and knowledge as components of pupil's action competence. In B. B. Jensen, K. Schnack & V. Simovska (Eds.). *Critical Environmental and Health Education. Research Issues and Challenges*. Copenhagen: Research Centre for Environmental and Health Education. The Danish University of Education, p.219-237.
- Matos, M., Battistuta, D., Simões, C.; Carvalhosa, S.F.; Dias, S. & Gonçalves, A. (2003). Conhecimentos e atitudes sobre o VIH/SIDA em adolescentes Portugueses. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4, 3-20.
- Matos, M., Morais, M. & Pereira, S. (2007). Sexualidade, comportamentos sexuais e VIH/SIDA. Lisboa: FMH/PEPT-Saúde.

Price, N. & Knibbs, S. (2009). How effective is peer education in addressing young people's sexual and reproductive health needs in developing countries? *Children & Society*, 23, pp. 291-302.

Vilaça, T. (2008). The Roles of Biological Knowledge While Exploring Action-Oriented Knowledge and the S-IVAC Methodology in Sex Education. *Proceedings of BioEd 2008 International Conference Biological Sciences Ethics and Education*. Dijon, France: University of Burgundy.

Vilaça, T. & Jensen, B. B. (2009). Potentials of action-oriented sex education projects in the development of action competence. In State Environmental Health Centre of the Republic of Lithuania, Schools for Health in Europe Network & IHPE (org.), *Better Schools through Health: the Third European Conference on Health Promoting Schools*. Vilnius, Lithuania: Kriventa, pp.98-99.

Vilaça, T. (2006). *Acção de Competência de Acção em Educação Sexual: Uma Investigação com Professores e Alunos do 3.º Ciclo de Ensino Básico e do Ensino Secundário*. Braga: Universidade do Minho (tese de doutoramento não publicada).

Vilaça, T. (2007). Eficácia do Paradigma Democrático de Educação para a Saúde no Desenvolvimento da Acção e Competência de Acção dos Adolescentes em Educação Sexual. *Actas do IX Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Corunha: Univ. da Corunha, pp. 971-982.