



Dossiê

Desafios para a Educação no século XXI







PONTOS
CONTRA

UM MODELO DE EDUCAÇÃO SEXUAL PELOS PARES EM ESCOLAS PORTUGUESAS

A MODEL OF PEER-LED SEX EDUCATION IN PORTUGUESE SCHOOLS

* Coordenadora da
Delegação Norte da
Fundação Portuguesa "A
Comunidade Contra a
SIDA". E-mail:
llisboa@porto.ucp.pt

** Assistente da
Faculdade de Educação
e Psicologia -
Universidade Católica
Portuguesa na área da
Psicologia da Justiça e
do Comportamento
Desviante. E-mail:
mccarvalho@porto.ucp.pt

*** Psicóloga da
Fundação Portuguesa
"A Comunidade Contra
a Sida". E-mail: *vrida.
guimaraes@gmail.com*

**** Professora a
exercer funções na
Fundação Portuguesa
"A Comunidade Contra
a Sida". Mestre em
Educação em Supervisão
Pedagógica em Ensino
das Ciências. E-mail:
*isolina.virginia@gmail.
com*

***** Presidente
do Conselho de
Administração da
Fundação Portuguesa "A
Comunidade Contra a
Sida. E-mail: *f.p.c.c.sida@
mail.telepac.pt*

***** Professor
Catedrático de
Imunologia da Faculdade
de Ciências Médicas
da Universidade Nova
de Lisboa. E-mail:
*f.p.c.c.sida@mail.telepac.
pt*

Correspondência:
Rua Diogo Botelho,
1327 - 4169-005 Porto -
PORTUGAL.

Artigo recebido em
10/09/2008
Aprovado em
05/11/2008

Lurdes Lopes Veríssimo *
Maria Carmo Carvalho **
Margarida Mesquita Guimarães ***
Isolina Virgínia Pereira da Silva ****
Filomena Frazão de Aguiar *****
Joaquim António Machado Caetano *****

Resumo

Este artigo apresenta o Programa Nacional de Educação pelos Pares, um modelo de educação sexual que é implementado pela Fundação Portuguesa A Comunidade Contra a Sida em escolas portuguesas. Partindo de dados epidemiológicos e uma revisão sobre o suporte teórico e empírico da educação pelos pares, este texto discute e fundamenta as principais etapas de intervenção e levanta questões actuais e controversas no âmbito da Educação Sexual, que continua a ser um desafio contemporâneo da Educação.

Abstract

This article presents the National Peer Education Program, a sex education model which is being implemented by the Fundação Portuguesa A Comunidade Contra a Sida (Portuguese Foundation The Community Against AIDS) in Portuguese schools. Based on the epidemiological data and a review on the theoretical and empirical background to peer education, this text presents and discusses the main stages of intervention, and raises topical and controversial issues in the area of Sex Education, which continue to present a challenge for contemporary Education .



PONTOS
CONTRA

Palavras-chave

Prevenção. Educação sexual. Educação pelos pares.

Key-Words

Prevention. Sex education. Peer education.

A educação sexual continua a ser um tema difícil. As dificuldades encontram-se ao nível da elaboração, implementação e avaliação de programas de intervenção lógicos e apropriados; no ultrapassar de barreiras sociais e políticas; na articulação entre práticas e necessidades sociais.... Neste sentido, trabalhar no campo da educação sexual continua a ser um desafio (Levesque, 2000). O programa apresentado neste artigo procura operacionalizar um modelo de educação sexual em contexto escolar, visando à prevenção primária de comportamentos de risco no âmbito da sexualidade e à promoção duma vivência saudável e responsável da sexualidade.

Adolescência, risco e necessidades de educação sexual em Portugal

A literatura contemporânea da área do desenvolvimento humano tem vindo a enfatizar como as diversas fontes de risco, complexamente relacionadas, levantam actualmente desafios sem precedentes ao desenvolvimento adolescente. Esta questão deve ser encarada, porém, com alguma serenidade, sobretudo se tivermos em conta que a adolescência é o período do desenvolvimento humano mais propenso à experimentação e exploração, sendo até certo ponto esperado que neste momento do ciclo vital surjam condutas de risco (Lerner & Galambos, 1998). Assim, numa perspectiva que podemos chamar optimista, encaramos o envolvimento





PONTOS
CONTRA

em comportamentos de risco na adolescência como algo de normativo, sem esquecer que a grande maioria dos adolescentes fará uma trajectória de adaptação positiva (Lerner & Galambos, 1998). Por outro lado, os riscos a que está exposta a juventude contemporânea são vistos por muitos como sem precedentes na história, configurando com frequência uma verdadeira “síndrome” (Jessor, 1992 cit in Lerner & Galambos, 1998), e apresentando-se cada vez mais como um traço constitutivo da própria identidade juvenil (Dobson; Brudalen & Tobiassen, 2006; Lupton & Tulloch, 2002).

Com origem em factores não só comportamentais, mas também sociais e ambientais (DiClemente; Hansen & Ponton, 1996 cit in Matos; Simões; Tomé; Gaspar; Diniz & Equipa do Aventura Social, 2006a), as ameaças à saúde adolescente em geral e as problemáticas particulares, como abuso de substâncias ilícitas e consumo de álcool, comportamentos sexuais de risco e risco de contracção de infecções sexualmente transmissíveis, insucesso e abandono escolar, violência e delinquência juvenil, pobreza e exclusão social, entre muitos outros, são alguns dos fenómenos a que a literatura actual tem estado atenta (e.g. Lerner & Galambos, 1998; Fergus & Zimmerman, 2005; Negreiros, 2001; Bynner, 1997). Interessa-nos, neste contexto, situar particularmente a população juvenil portuguesa, destacando para o efeito um conjunto de indicadores recentes que nos dão, de acordo com a dicotomia de que falávamos, simultaneamente, razões para optimismo e para preocupação.

A partir de investigação com amostras representativas da população escolar para um estudo colaborativo internacional da OMS (Matos et al., 2006a; Matos; Simões; Tomé; Pereira; Diniz & Equipa do Aventura Social, 2006b), sabemos no que respeita ao comportamento sexual dos jovens portugueses, que existe uma tendência para a estabilização do número de adolescentes em idade escolar que afirma ter já tido relações sexuais (18%), e da idade da iniciação da actividade sexual, nos últimos anos, parece mesmo ter aumentado a percentagem de jovens que afirmam ter tido a primeira relação sexual com 14 ou mais anos (de 56%, em 2002, para 71%, em 2006). No entanto, existe uma percentagem significativa de jovens que se iniciaram sexualmente com idade igual ou inferior a 13 anos (37%), sendo este dado mais preocupante se aliado ao facto de ser junto das faixas etárias mais jovens que se concentra a maior probabilidade de não uso do preservativo¹ (idem). De acordo com as mesmas fontes, em mais de 30% dos casos os motivos apontados pelos jovens para a primeira relação sexual podem ser considerados *motivos de risco*, contemplando-se aqui o *acaso*, *beber demais ou estar sob a influência de drogas*.





PONTOS
CONTRA

À semelhança do que acontece com outros países industrializados, também no caso português as trajectórias dos jovens se parecem estruturar cada vez menos de uma forma linear, com a tendência ao prolongamento da vida escolar, associada à precariedade no acesso ao emprego e interferindo com o momento da decisão de formação de família própria (Ferreira, 2006; Azevedo & Fonseca, 2006). Existe assim uma tendência, motivada por factores de ordem estrutural, para o atraso na idade para o casamento (que era, em 2004, de 28,6 anos entre os homens) e para o nascimento de filhos de pais jovens (apenas 53% dos nascimentos no nosso país correspondem a filhos de mulheres jovens) (Barrisco, 2006). Não obstante esta tendência, a gravidez na adolescência apresenta-se como um grave problema de saúde reprodutiva em Portugal. Ainda que nos últimos vinte anos se assista a uma diminuição do número de gravidezes em mulheres com menos de 20 anos de idade; em 1999, Portugal tinha uma média largamente superior à dos restantes países da Europa no índice de fertilidade em mães com idades entre os 15 e os 19 anos (Eurostat, 1999 cit in Figueiredo; Pacheco; Costa & Magarinho, 2006), permanecendo em 2004 na lista dos países da União Europeia (EU) com a mais alta taxa de gravidez na adolescência (APE, 2007). Este dado é tanto mais preocupante, quando é sabido que é junto das adolescentes que vivem em situação de maior fragilidade social que o fenómeno tem também maior dimensão, vindo a associar-se e a potenciar múltiplos outros factores de exclusão social como a pobreza, baixos níveis educacionais ou exclusão do sistema educativo, desemprego, etc. (Figueiredo et al., 2006).

No que toca, finalmente, à situação da infecção pelo HIV/SIDA, e num contexto em que mundialmente se assiste ao crescimento da infecção junto das mulheres e dos heterossexuais, estima-se que a população juvenil (15-24 anos) represente cerca de 45% de todos os novos casos de infecção no mundo (UNAIDS, 2008); é ainda sabido que cerca de um quarto das pessoas que vive com o vírus tem idade inferior a 25 anos (UNFPA, 2005).

Em Portugal, a epidemia está classificada, globalmente, como *concentrada*, sendo de destacar a situação do contágio entre grupos de consumidores de drogas injectáveis, homens que têm relações sexuais com outros homens e população reclusa (CVEDT, 2007). A transmissão por via heterossexual apresenta, porém, uma tendência evolutiva crescente (CVEDT, 2007). Apesar da diminuição a que se assiste no número de mortes (de <1000/ano em 2001, para <500/ano em



PONTOS
CONTRA

2007) e de o país constar no grupo de nações com maior cobertura de terapia anti-retrovírica, estamos ainda perante uma das taxas de prevalência da infecção mais altas de toda a EU (0,5%) (UNAIDS, 2008). Analisando especificamente os dados sobre a infecção entre os jovens, verificamos globalmente uma tendência de descida entre os grupos etários mais jovens (13-24 anos) – depois de um pico de 40% dos casos notificados em 1994, a percentagem começa a descer, atingindo em 2005 o valor mais baixo (13,9%) (CEVDT, 2007).

Inquéritos em meio escolar apontam, porém, dimensões relacionadas com crenças e atitudes sobre o contágio que merecem destaque Matos et al. (2006b) referem que 32% dos inquiridos num estudo em meio escolar apresentam um conhecimento errado sobre a transmissão ou desconhecem que a pílula contraceptiva não protege contra a transmissão do vírus; e mais de metade dos jovens afirma desconhecer o seu grau de risco ou perceber-se como apresentando algum risco de contágio (Matos et al., 2006b). Outro estudo aponta ainda o facto de não obstante um bom nível geral de informação entre os jovens sobre algumas questões nucleares em educação sexual (como a prevenção da gravidez indesejada e as vias de transmissão das infecções sexualmente transmissíveis), os jovens apresentam dificuldade em transformar esse conhecimento em comportamentos saudáveis (Matos et al., 1994 cit in Matos et al., 2006a; Borgia; Marinacci; Schifano & Perucci, 2005). Deste modo, a mudança comportamental surge assim como o grande desafio a ultrapassar pela intervenção em educação sexual.

Os indicadores referidos remetem-nos para uma necessidade de intervenção na área da Educação Sexual em Portugal que permita não só contribuir activamente para ganhos nos indicadores mais alarmantes (desinformação e mudança de comportamentos), como também consolidar ganhos e tendências positivas já observadas no presente. Fontes das Nações Unidas destacam como é precisamente entre os países mais afectados pelo HIV/SIDA que a discussão sobre contracepção e prevenção da infecção tende a permanecer um tabu, proliferando níveis alarmantes de desinformação que dão aos jovens um falso sentido de segurança, levando-os a subestimar o risco (UNFPA, 2005). A promoção e o treino de competências e a informação sobre saúde reprodutiva e serviços associados são, precisamente, algumas das necessidades mais prementes da população juvenil contemporânea, faltando ainda à grande maioria dos jovens um acesso eficaz a programas preventivos (UNFPA, 2005).





PONTOS
CONTRA

A Educação pelos Pares como estratégia de Educação Sexual

Depois de validadas a necessidade e a pertinência da Educação Sexual no contexto português, levanta-se a questão de saber que estratégias se apresentam como as mais eficazes na sua implementação. Após décadas de debate sobre os resultados da avaliação das intervenções preventivas, particularmente as que se desenrolam a partir do meio escolar (Negreiros, 1997; Negreiros, 2000; Negreiros, 2001), existe já um conjunto significativo de dados empíricos que colocam as metodologias activas e a promoção de competências de vida à frente das estratégias informativas clássicas.

A necessidade de melhorar os níveis de conhecimento e informação sobre drogas ou infecções sexualmente transmissíveis é bem real. No entanto, é de questionar a forma clássica como este objectivo tem vindo a ser abordado. Para começar, não existe de facto qualquer evidência empírica de que o aumento de informação conduza a uma modificação do comportamento, o que é válido no caso do envolvimento em comportamentos sexuais de risco (Borgia et al., 2005), assim como no caso do comportamento de uso de drogas (Brochu, 2006). Não significa, este dado, que a informação não cumpra um papel na prevenção, significa, sim, que uma compreensão da mudança comportamental com base na transmissão de informações, num entendimento dos alvos de intervenção como sujeitos passivos, demonstrou ser altamente limitada e até iatrogénica.

Assistimos, assim, a uma progressiva desqualificação das estratégias informativas em prevenção, baseada em investigação que demonstrou, a partir do campo das drogas, que a informação não só não produz mudanças comportamentais, como acarreta graves consequências ao estimular a curiosidade e a experimentação, diluir preconceitos naturais que inibem os adolescentes de experimentar e dessensibilizar genericamente para o risco (Negreiros, 1997; Negreiros, 2001). Nesta linha, têm vindo a ser reforçados pela investigação os bons resultados dos programas de prevenção em meio escolar que integram factores como o desenvolvimento de competências através de programas activos e interactivos, com recurso a pares e a modelos de influência social, de forma intensiva, com uma perspectiva de longo prazo e continuidade na intervenção, e integrando preferencialmente múltiplos contextos de vida dos jovens (Brochu, 2006;





PONTOS
CONTRA

Cuijpers, 2002; Negreiros, 2000). No que toca à área da promoção para a saúde, são apontadas direcções idênticas, com ênfase no recurso às metodologias activas na discussão das temáticas relacionadas com a promoção para a saúde e das técnicas de treino de competências sociais e comportamentais no desenvolvimento de espírito crítico, capacidade de tomada de decisão e adopção quotidiana de comportamentos e estilos de vida saudáveis (Ward; Hunter & Power, 1997; UNESCO, 2004).

Neste contexto a opção pela Educação pelos Pares parece apresentar vantagens múltiplas. Quando questionados sobre que fonte de informação preferem no acesso a conteúdos relacionados com a sexualidade, jovens portugueses entrevistados através de inquérito em meio escolar respondem “falar com um amigo” (62%) preferencialmente a “falar com os pais” (48,5%), “com outros familiares” (31%) ou “com professores” (22%); pais e professores suscitam, mesmo, desconforto enquanto interlocutores (37,7% destes jovens afirmaram sentir-se “pouco” ou “nada” à vontade a falar de educação sexual com pais e professores) (Matos et al., 2006a)b)). Pelo contrário, disseram sentir-se “muito à vontade” se o fizessem com os seus “amigos” (49,6%) ou com “os seus colegas” (43,4%) (idem).

O reconhecimento das potencialidades da Educação pelos Pares como estratégia preventiva (Brochu, 2006; Negreiros, 2000) parece chegar-nos mais dos seus resultados promissores no terreno da intervenção, do que a partir de antecedentes teóricos e conceptuais claros, objectivamente definidos e de resultados de avaliação sistemática. Efectivamente, têm vindo a ser referidas na literatura limitações várias quer ao nível da clarificação teórica e conceptual da “educação pelos pares” (Shiner, 1999; Turner & Shepperd, 1999), quer ao nível da divulgação dos seus resultados a partir de estudos de avaliação (Beckett-Milburn & Wilson, 2000; Turner & Shepperd, 1999). Ao nível conceptual, dificuldades têm surgido, fruto de um entendimento por vezes erróneo do que é a condição de “par”, confundida em muitas intervenções com agentes de intervenção como professores ou especialistas de vária ordem dos quais o método visaria, precisamente, diatanciar-se (Shiner, 1999).

Alguns esforços têm vindo a ser produzidos, surgindo algumas propostas de definição: “termo usado para descrever a educação de jovens por outros jovens” (Shiner, 1999, p. 22); “partilhar experiências e aprender com outros como nós” (Robins, 1994 cit in Shiner, 1999); “alternativa ao estatuto de perito ou profissional” (Cripps, 1997 cit in Shiner, 1999). Independentemente da definição adoptada, a



PONTOS CONTRA

decisão de adoptar para uma intervenção a estratégia da “educação pelos pares”, assim como uma aferição adequada da medida em que a mesma foi ou não efectivamente implementada, deverá sempre passar por levantar questões-chave como (i) que elemento(s) constitui(em) a dimensão de par na intervenção; (ii) quais os objectivos da intervenção e através de que métodos se espera que a mesma resulte; (iii) qual a natureza do envolvimento dos pares na intervenção (Shiner, 1999).

Na ausência, então, de estudos de avaliação que apresentem uma definição precisa e completa desta estratégia e um quadro teórico e conceptual coerente, Turner e Sheperd (1999) apresentam um racional para esta abordagem, que enfatiza a função de um conjunto exaustivo de critérios empiricamente validados por diversas abordagens teóricas – são eles: a boa relação custo-eficácia, a credibilidade de que é rodeada a informação fornecida por pares, o seu enfoque no empowerment, o recurso a um canal de partilha de informação previamente existente, os bons resultados dos pares em fornecer informação fruto da identificação que suscitam e da sua função como role models positivos, os seus benefícios junto dos próprios agentes de intervenção e junto de alvos de acesso particularmente difícil.

Programa Nacional de Educação pelos Pares da Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra a Sida”

A Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra a Sida” é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) sem fins lucrativos, cuja política de acção assenta na Educação para a Saúde. Com uma intervenção de âmbito nacional há já alguns anos, tem desenvolvido, a par de outros projectos, um programa de intervenção com adolescentes em contexto escolar, o Programa Nacional de Educação pelos Pares. Trata-se de um projecto de intervenção ao nível da prevenção de comportamentos de risco no âmbito da sexualidade, que actua através da metodologia da educação pelos pares, recorrendo a estudantes universitários. Estes voluntários são supervisionados por um professor na implementação de um programa contínuo e estruturado para três anos, com os seguintes objectivos gerais: (i) promover competências pessoais e sociais (ex.: auto-estima, auto-conhecimento, auto-confiança; assertividade,



PONTOS CONTRA

tomada de decisão, gestão de conflitos, resistência à pressão dos pares, percepção do risco); (ii) prevenir comportamentos de risco nas áreas da sexualidade e do consumo de substâncias ilícitas; (iii) educar para uma sexualidade responsável; e, finalmente, (iv) promover estilos de vida saudáveis. O Programa, que beneficia do apoio do Ministério da Educação do Governo Português, conta já com cinco anos de implementação no terreno.

A etapa de Avaliação de Necessidades

A selecção das escolas e das turmas que serão alvo de intervenção resulta de uma avaliação de necessidades, tendo por base uma caracterização sócio-cultural que sustente e justifique a pertinência da intervenção. Tendo em conta características do contexto bio-psico-social de vida dos adolescentes-alvos, são considerados critérios de valorização para implementação do programa: 1. factores estruturais ligados à educação (absentismo, abandono precoce e insucesso escolar, famílias com baixo nível de escolarização...); 2. factores ligados à saúde (insuficiência na acessibilidade aos cuidados de saúde primários, insalubridade...); 3. factores sociais (escolas inseridas em bairros com poucos recursos económicos e culturais, famílias desestruturadas, consumo de substâncias ilícitas, início precoce da actividade sexual ou gravidez na adolescência...).

Alvos, Agentes de intervenção e duração do programa

No Programa Nacional de Educação pelos Pares, é implementada uma intervenção continuada no tempo, com a duração de 3 anos, em que se espera que os alvos dos primeiros níveis de intervenção se transformem em etapas posteriores do programa, em pares líderes com alvos constituídos por colegas-alunos mais novos. Deste modo, o programa tem início junto de turmas de 7º ano de escolaridade² e acompanha os





PONTOS CONTRA

alunos até ao 9º ano, cobrindo assim o 3º ciclo do ensino básico, de acordo com o sistema educativo português. A opção pelo início da intervenção junto de adolescentes com cerca de 13 anos de idade tem em conta características do desenvolvimento cognitivo e sócio-afectivo típicas desta faixa etária (Collins; Sprinthall & Norman, 2003) favorecedoras da participação e adesão aos objectivos do programa.

Nos primeiros dois anos, os pares-líderes da intervenção são jovens universitários orientados e supervisionados por um professor disponibilizado pelo Ministério da Educação Português. No final do 2º ano de intervenção, os alunos-alvos são preparados para assumir o papel de pares-líderes, já que ao longo do 3º ano de intervenção serão eles próprios a intervir junto dos colegas mais novos. O objectivo é dotar cada escola de mecanismos autónomos de educação sexual. Importa salientar a estabilidade das equipas de intervenção e dos diversos agentes, ao longo dos três anos de duração do programa.

Planificação da intervenção

Numa primeira fase, tem lugar o recrutamento dos jovens universitários que serão os pares-líderes dos primeiros dois anos de intervenção do programa. Para o efeito, a equipe técnica divulga o **Programa Nacional de Educação pelos Pares** junto de alunos do ensino superior em áreas como medicina, enfermagem, psicologia, educação social, entre outras. São recrutados jovens que apresentem elevada motivação para a tarefa, que evidenciem elevado sentido de responsabilidade e que estejam disponíveis para aderir ao programa em regime de voluntariado.

Os jovens universitários passam, num momento seguinte, por um programa de formação intensiva que visa dotar estes agentes da intervenção de competências essenciais em educação. Esta formação tem duas componentes centrais: a *científica* e a *pedagógica*. A primeira é orientada por especialistas reconhecidos nas respectivas áreas de intervenção e visa dotar os jovens universitários de conhecimentos e conceitos claros, esclarecidos e fundamentados sobre temáticas como IST's, aparelho reprodutor feminino e masculino, gravidez na adolescência, métodos contraceptivos, entre outras. A segunda tem como objectivo capacitar os jovens universitários para intervirem em meio escolar, junto de adolescentes do 3º ciclo,





PONTOS CONTRA

dominando estratégias pedagógicas funcionais e metodologias de intervenção adequadas à Educação Sexual numa lógica de educação pelos pares.

Depois da formação, estes jovens são organizados em grupos de 3 a 5 elementos (*Brigadas Universitárias de Intervenção* – BUI's). Nesta composição das BUI's, é tida em conta a diversidade de áreas científicas de proveniência, de forma a obedecer a uma lógica de multidisciplinaridade. Cada BUI é orientada por um professor autorizado pelo Ministério da Educação a colaborar no Programa. De salientar o duplo papel assumido por estes jovens universitários, simultaneamente agentes, mas também alvos de intervenção – já que a adesão ao papel de par-líder acarreta um importante conjunto de dinâmicas de desenvolvimento pessoal e social.

Actividades e estratégias de intervenção

O **Programa Nacional de Educação pelos Pares** traduz-se na implementação quinzenal de sessões de educação sexual com a turma-alvo (alunos 7º e 8º ano do 3º ciclo). Estas sessões são implementadas numa disciplina curricular não disciplinar (e.g., Área de Projecto, Estudo Acompanhado ou Formação Cívica), com um mínimo de 10 sessões/ano. As sessões têm a duração de 90 minutos e são organizadas de acordo com uma matriz comum: 1) Actividade quebra-gelo; 2) Dinâmica com recurso a uma estratégia activa de envolvimento dos alunos-alvo (individual ou de grupo) a respeito da temática-central da sessão; 3) Reflexão sobre a actividade desenvolvida; 4) Actividade de sistematização e consolidação dos objectivos da sessão; e 5) Avaliação por todos os agentes envolvidos.

Cada sessão de implementação é precedida de uma sessão de preparação, em que a BUI reúne com o professor associado e discute, pondera e organiza a sessão que irá implementar. Esta estruturação é supervisionada pelo professor e fortemente determinada pelas necessidades e características da turma. A preparação das sessões a implementar obedece às seguintes temáticas e objectivos específicos: (1) Promoção de Competências Pessoais (Auto-conhecimento, auto-estima, assertividade, tomada de decisão); (2) Promoção de Competências Sociais (Comunicação eficaz, gestão de conflitos, resistência à pressão dos pares,





PONTOS CONTRA

qualidade das relações interpessoais íntimas); (3) Sensibilização para a adopção de comportamentos e estilos de vida saudáveis (Educação para uma sexualidade responsável, alimentação equilibrada, práticas de exercício físico); (4) Prevenção de comportamentos de Risco (VIH/SIDA e IST's, Métodos Contraceptivos, Gravidez na adolescência, consumo de drogas).

De enfatizar, porém, que não existe um currículo obrigatório - todos os temas abordados deverão ir ao encontro da avaliação de necessidades feita inicialmente e reavaliada sessão a sessão. Apesar da ausência de um currículo rígido e previamente estruturado, todos os planos de intervenção têm início com actividades dirigidas à promoção de competências pessoais e sociais, objectivo este que ultrapassa largamente a dimensão clássica da transmissão de conhecimentos. Pretende-se, assim, a redefinição de atitudes e comportamentos, de forma sustentada e consolidada, que beneficiará a integração das intervenções focalizadas em temáticas específicas abordadas na fase final da implementação. Esta opção baseia-se no pressuposto de que adolescentes mais assertivos, auto-confiantes e resistentes à pressão dos pares estarão mais capazes de implementar mudanças atitudinais e comportamentais relativamente aos domínios de risco abordados pela intervenção.

Estratégias de avaliação dos resultados e do processo

Estão previstos diversos momentos de avaliação de processo e de resultado, para os quais contribuem os diversos agentes da intervenção. Num momento prévio à intervenção (pré-teste), os alunos-alvos respondem a um conjunto de questionários sobre atitudes e conhecimentos relacionados com a vivência da sexualidade, IST's, entre outros. Esta avaliação é repetida no final de cada ano de intervenção. Pretende-se com este procedimento acompanhar mudanças significativas, que vão ocorrendo ao longo da intervenção nas dimensões acima referidas. Para além destes momentos principais de carácter anual, é ainda implementado um procedimento de avaliação formativa (avaliação de processo – Illback; Zins; Maher & Greenberg, 1990), qualitativa, no final de cada sessão, na qual participam alunos-alvo, BUI's e professores.





PONTOS
CONTRA

Considerações finais

O contexto escolar assume cada vez mais múltiplas funções. O paradigma clássico da escola enquanto espaço de transmissão de conhecimentos confinados a um conjunto de unidades curriculares tem vindo a ser substituído pela visão da escola enquanto contexto privilegiado para outro tipo de acção. Deste modo, a educação em contexto escolar começa a dar resposta a diversas necessidades, assumindo complexos desafios. A educação sexual é um destes desafios, no contexto do qual a intervenção através da “educação pelos pares” parece apresentar promissores resultados, apesar das limitações que se levantam ainda à sua clarificação teórica e conceptual.

Apresentámos neste artigo um modelo de educação sexual que é implementado em escolas portuguesas. Este modelo fundamenta o seu funcionamento nos principais resultados empíricos referentes à eficácia de programas de prevenção primária e em dados epidemiológicos que caracterizam a população juvenil portuguesa. Sistematizando, trata-se de um modelo que: 1) adopta uma lógica continuada, com a duração de 3 anos lectivos; 2) adopta a metodologia de educação pelos pares; 3) aposta na promoção de competências pessoais e sociais enquanto alicerces para a intervenção específica posterior; 4) utiliza metodologias activas e participativas enquanto motores da intervenção; 5) ajusta-se às necessidades e características das populações -alvo, privilegiando uma contínua avaliação de processo.

Referências

- Associação para o Planeamento da Família – APF (2007). **Gravidez e Maternidade na Adolescência - Direitos Humanos e Saúde Sexual e Reprodutiva** [Em linha]. Disponível em: www.netprof.pt. [Consultado em 5.Set.08].
- Azevedo, J. & Fonseca, A. (2006). **Imprevisíveis itinerários de transição escola-trabalho** – A expressão de uma outra sociedade. VNG: Fundação Manuel Leão.
- Barrisco, S. (2006). Família In. V. Ferreira (Coord.) **A condição juvenil portuguesa na viragem do milénio** – Um retrato longitudinal através de fontes estatísticas oficiais: 1990-2005. [Em linha]. Disponível em: <http://juventude.gov.pt> [Consultado em 5.Set.08].
- Beckett-Milburn, K. & Wilson, S. (2000). Understanding peer education: Insights from a process evaluation. **Health Education Research – Theory and Practice**, 15 (1), 85-96.
- Bynner, J. (1997). Agenda for Youth Research in the next century: A British perspective. **Young**, 5 (4), 34-49.





PONTOS
CONTRA

Borgia, P. Marinacci, C., Schifano, P. & Perucci, C. (2005). Is peer education the best approach for HIV prevention in schools? Findings from a randomized controlled trial. **Journal of Adolescent Health**, 36, 508-516.

Brochu, S. (2006). **Evidence based drug policies**. [Em linha]. Disponível em: www.ebscohost.com. [Consultado em 5. Set.08].

Collins, Sprinthall & Norman, (2003). **Psicologia do Adolescente**: Uma abordagem desenvolvimentista. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs: A systematic review. **Addictive Behaviors**, 27, 1009-1023.

CVEDT – Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (2007). Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal em 30 de Junho de 2007. [Em linha]. Disponível em: www.sida.pt. [Consultado em 5. Set.08].

Dobson, S., Brudalen, R. & Tobiassen, H. (2006). Courting risk: The attempt to understand youth cultures. **Young: Nordic Journal of Youth Research**, 14(1), 49-59.

Fergus, S. & Zimmerman, M. (2005). Adolescent Resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. **Annual Review of Public Health**, 26, 399-419.

Ferreira, V. (2006). **A condição juvenil portuguesa na viragem do milénio** – Um retrato longitudinal através de fontes estatísticas oficiais: 1990-2005. [Em linha]. Disponível em: <http://juventude.gov.pt> [Consultado em 5. Set.08].

Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., & Magarinho, R. (2006). Gravidez na adolescência: Das circunstâncias de risco às circunstâncias que favorecem a adaptação à gravidez. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, 6(1), 97-125.

Illback, R., Zins, J., Maher, C. & Greenberg, R. (1990). Na overview of principles and procedures of program planning and evaluation. In T. B. Gutkin C. R. Reynolds (Eds.). **The handbook of School Psychology** (pp.799-820). New York: Wiley.

Lerner, R. M. & Galambos, N. L. (1998). Adolescent development: Challenges and Opportunities for Research, Programs, and Policies. **Annual Review of Psychology**, 49, 413-446.

Levesque, R. J. R. (2000). Sexuality Education: What adolescents' Educational Rights Require. **Psychology, Public Policy, and Law**, 6(4), 953-988.

Lupton, D. & Tulloch, J. (2002). Risk is part of your life: Risk epistemologies among a group of Australians. **Sociology**, 36 (2), 317-334.

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006a). Indicadores de Saúde dos Adolescentes Portugueses – **Relatório Preliminar HBSC 2006**. [Em linha]. Disponível em: www.fmh.utl.pt/aventurasocial. [Consultado em 5. Set.08].

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Pereira, S., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006b). **Comportamento Sexual e Conhecimentos, Crenças e Atitudes Face ao VIH/SIDA** – Relatório Preliminar. [Em linha]. Disponível em: www.fmh.utl.pt/aventurasocial. [Consultado em 5. Set.08].

Negreiros, J. (1997). **Prevenção do abuso do álcool e drogas nos jovens**. Porto: Radicário.

Negreiros, J. (2000). A prevenção do consumo de drogas: teoria, investigação e prática. In N. Torres; P. Ribeiro (Coords.). **A pedra e o charco**: sobre o conhecimento e intervenção nas drogas. Lisboa: Íman Edições.

Negreiros, J. (2001). **Delinquências juvenis**: Trajectórias, intervenções e prevenção. Lisboa: Editorial notícias.





PONTOS
CONTRA

Shiner, M. (1999). Defining peer education. **Journal of Adolescence**, 22, 555-566.

Turner, G. & Shepperd, J. (1999). A method in search of a theory: peer education and health promotion. **Health Education Research – Theory and Practice** (14) 2, 235-247.

UNESCO, (2004). **Life Skills based education for drug use prevention** – training manual. [Em linha]. Disponível em: www.unesco.org [Consultado em 29.jul.08].

UNAIDS (2008). Report on the global AIDS Epidemic. [Em linha]. Disponível em: www.sida.pt [Consultado em 29.jul.08].

UNFPA (2005). **State of the world population – 2005**. The promise of equality. [Em linha]. Disponível em: www.sida.pt [Consultado em 29.jul.08].

Ward, J., Hunter, G. & Power, R. (1997). Peer education as a means of drug prevention and education among young people: an evaluation. **Health Education Journal**, 56, 251-263.

Notas



¹ As mesmas fontes destacam, porém, que a percentagem de jovens que afirmam não ter usado preservativo na última relação sexual diminuiu significativamente no período estudado (de 30% em 2002 para 19% em 2006); o preservativo é também referido por 93% dos jovens, como o contraceptivo usado na última relação sexual. (Matos et al., 2006a; 2006b).

² No sistema educativo português, a escolaridade mínima obrigatória é constituída por 3 ciclos de ensino. O 1º ciclo é composto por 4 anos, iniciando-se aos 6 anos de idade e terminando aos 10 anos de idade; o 2º ciclo é composto por 2 anos, terminando aos 12 anos de idade; finalmente, o 3º ciclo compreende o 7ª, 8º e 9º anos de escolaridade, integra adolescentes entre 13 e 15 anos de idade.



