Ângela Felgueiras Pontes

SEXUALIDADE: VAMOS CONVERSAR SOBRE ISSO?

Promoção do Desenvolvimento Psicossexual na Adolescência: Implementação e Avaliação de um Programa de Intervenção em Meio Escolar

Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Saúde Mental, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Doutor Carlos Farate

Categoria – Professor associado

Afiliação – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Realizar e concluir este trabalho só foi possível porque tenho o privilégio de contar na minha vida com um conjunto de pessoas que sempre me apoiaram, incentivaram e reforçaram e que me lembram todos os dias que *o nosso destino é o afecto*.

A todas elas o meu imenso, intenso, eterno obrigado.

"O que não pode florir no momento certo, acaba explodindo depois."

Mia Couto

ÍNDICE

Resumo/Abstract/Résumé _ _ _

Parte II

Sexualidade: Vamos conversar sobre isso?

Modelo teórico do estudo e descrição detalhada da intervenção

1.1 Modelo Teórico _ _ _

3.3.1.2 Interacção intra-grupo _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 214
3.3.2 Actividades _ 215
3.3.2.1 Actividades principais _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 215
3.3.2.2 Adesão às actividades _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 215
3.3.2.3 Implementação _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 216
3.3.3 Papel da facilitadora _ 218
3.3.3.1 Funções _ 218
3.3.3.2 Características relacionais _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 222
3.3.3.3 Características pedagógicas _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 224
3.3.4 Indicadores do impacto das sessões _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 225
3.3.4.1 Conhecimentos _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 225
3.3.4.2 Atitudes _ 227
3.3.4.3 Aplicação a outros contextos _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 229
3.4 Avaliação dos resultados
3.4.1 Escala de Comportamentos e Atitudes face à Sexualidade - Comportamentos _ 230
3.4.2 Escala de Comportamentos e Atitudes face à Sexualidade - Atitudes _ 233
3.5 Outros resultados _ 237

Parte IV

1. Discussão dos resultados
1.1 Educação Sexual em Meio Escolar – Estudo preliminar _ _ _ _ _ _ 243
1.2 Sexualidade: Vamos conversar sobre isso? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 245

Conclusões _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

RESUMO

Esta investigação sobre a promoção do desenvolvimento psicossexual em meio escolar foi concretizada através de um estudo quasi-experimental que envolveu uma amostra de 105 adolescentes a frequentar o 8º ano e com idade média de aproximadamente 13 anos. Foram constituídos três sub-grupos: GE1, adolescentes que beneficiaram de um programa dinâmico e interactivo de promoção do desenvolvimento psicossexual ao longo de 18 sessões; GE2, alunos que assistiram a uma sessão expositiva de educação sexual; e GC, alunos que não beneficiaram de qualquer tipo de intervenção. Foram definidos como objectivos do estudo: 1) avaliar o processo de implementação de um modelo dinâmico e interactivo de promoção do desenvolvimento psicossexual numa amostra de adolescentes em meio escolar; 2) verificar o impacto proximal dos programas de educação sexual em meio escolar, através da comparação de dois sub-grupos de adolescentes que beneficiaram de um programa desse tipo e de um sub-grupo a que não foi aplicado nenhum programa de educação sexual; e 3) comparar o impacto de duas metodologias diferentes de educação sexual (modelo dinâmico e interactivo de promoção do desenvolvimento psicossexual vs. modelo expositivo). O protocolo de investigação incluía um questionário de caracterização sócio-demográfica (no primeiro momento pré-intervenção) e a Escala de Comportamentos e Atitudes face à Sexualidade (construída especificamente para este estudo). Paralelamente, foram também recolhidos dados de avaliação qualitativos, nomeadamente notas de campo de todas as sessões da intervenção. Foram encontradas diferenças significativas entre os grupos experimentais e o grupo de controlo mas não foi possível confirmar a hipótese segundo a qual o modelo dinâmico e interactivo de promoção do desenvolvimento psicossexual teria um impacto mais significativo no que diz respeito às atitudes relacionadas com a sexualidade do que a metodologia expositiva. A análise dos resultados quantitativos e qualitativos permite concluir que: a) é relevante realizar estudos de avaliação de necessidades e dotar as intervenções de maior validade ecológica; b) intervenções breves no âmbito da educação sexual, mediante a verificação de determinadas características, podem ter um impacto promissor em termos de atitudes sexuais; c) a experiência de uma intervenção mais longa de educação sexual pode ter efeitos significativos em termos de desenvolvimento global, ainda que este aspecto seja difícil de provar; d) a qualidade da relação construída é muito importante quer em termos da implementação da intervenção quer dos seus resultados; e) é necessário, embora difícil, criarem-se instrumentos de avaliação suficientemente sensíveis e discriminativos, capazes de revelar de forma mais objectiva o que em termos qualitativos é evidente; e f) é possível retirar destes resultados um

conjunto de considerações úteis para o planeamento e implementação de intervenções no âmbito da educação sexual. Por fim, indicam-se algumas limitações do presente estudo e apontam-se sugestões para futuras investigações.

Palavras-chave: programas de educação sexual, desenvolvimento psicossexual, adolescência, comportamentos e atitudes sexuais

ABSTRACT

This investigation about psychosexual development promotion in school environment was made by a quasi-experimental study which involved a sample of 105 adolescents attending the 8th grade and averaging thirteen years old.

Three sub-groups were constituted: Experimental Group 1, youngsters who benefited from a dynamic and interactive psychosexual development promotion program during 18 sessions; Experimental Group 2, students who attended one expositive session sexual education; and Control Group, who didn´t benefited from any intervention. The objectives of the study were: 1) evaluate the process of implementation of a dynamic and interactive model of psychosexual development promotion in a sample of adolescents in school environment; 2) verify the proximal impact of school environment sexual education programs, by comparing the two subgroups that assisted the programs with the subgroup who were not applied any intervention; and 3) comparing the impact of two different methodologies of sexual education (dynamic and interactive model of psychosexual development promotion vs. expositive model).

The investigational protocol included a socio-demographic characterization questionnaire (in the pre-intervention phase) and the Behavioral and Attitudes towards Sexuality Scale (built specifically for this study). Parallelly, qualitative evaluation data were taken, nominally field notes of every intervention sessions.

Significative differences were found between the two experimental groups and the control group but it was not possible to confirm the hypothesis that the dynamic and interactive model of psychosexual development promotion makes a more significative impact in respect to sexual related attitudes that the expositive methodology.

The analysis of the quantitative and qualitative results permits the following conclusions: a) it´s relevant to perform needs evaluation studies and endowing the interventions with greater ecological validity; b) brief interventions in sexual education scope, with verification of some characteristics, might have a promising impact in terms of sexual attitudes; c) the experience of a longer intervention of sexual education might have significative effects in terms of global development, although this aspect is difficult to prove; d) the quality of the constructed relation is very important in terms of the intervention implementation and it´s results; e) it´s necessary, although difficult, to create instruments of evaluation sufficiently sensible and discriminative, capable of revealing in an objective way what is evident in qualitative terms; and f) it´s possible to conclude from this results a array of useful considerations for planning and implementation of future interventions in the scope of sexual education. At last, some limitations of the present study are presented and future research suggestions are made.

Key-words: sexual development programs, psychosexual development, adolescence, sexual behaviors and attitudes.

RÉSUMÉ

Cette investigation sur la promotion du développement psycho-sexuel en milieu scolaire a été réalisée à travers d'une étude quasi-expérimental qui a pour échantillon 105 adolescents qui fréquente la 8éme année de scolarité (4éme) et ont pour âge moyen 13 ans. Trois sous-groupes été constitue: GE1, adolescents bénéficiant d'un programme dynamique et interactif de promotion du développement psycho-sexuel au long de 18 sessions ; GE 2, des élèves qui ont participés à une session expositive d'éducation sexuel ; et GC, des élèves qui n'ont bénéficié d'aucuns type d'intervention. Les objectifs de cette étude on été définis : 1) évaluer le processus d'implantation d'un modèle dynamique et interactif de promotion du développement psycho-sexuel dans un échantillon d'adolescents en milieu scolaire ; 2) vérifier l'impact proximal des programmes d'éducation sexuel en milieu scolaire, à travers de la comparaison de deux sous-groupe d'adolescents qui ont bénéficiés d'un programme de ce type et d'un sous groupe auquel aucun programme d'éducation sexuel n'a été appliqué ; e 3) comparer l'impact de deux méthodologies différentes d'éducation sexuel (modèle dynamique et interactif de la promotion du développement psycho-sexuel vs modèle expositif).

Le protocole d'investigation inclue un questionnaire de caractérisation sociodémographique (pendant le premier moment de la pré-intervention, phase pré-intervention) et l'Echelle de Comportements et Attitudes face à la Sexualité (élaborer spécifiquement pour cette étude). Parallèlement, des données d'évaluation qualitatives ont été recueillies, en particulier des notes de champ de toutes les sessions de l'intervention. Des différences significatives ont été trouvées entre les groupes expérimentaux et le groupe de contrôle mais ça été impossible de confirmer l'hypothèse selon laquelle le modèle de dynamique et interactif de la promotion du développement psycho-sexuel aurait un impact plus significatif en ce qui concerne les attitudes relatives à la sexualité que la méthodologie expositive. L'analyse des résultats quantitatifs et qualitatifs montrent que : a) Il est pertinent de réaliser des études d'évaluation des besoins et enrichir les interventions de plus grande validité écologique ; b) Des interventions brèves dans l'espace de l'éducation sexuel, à travers de la vérification de certaines caractéristiques, peuvent avoir un impact prometteur en ce qui concerne les attitudes sexuels ; c) L'expérience d'une intervention plus longue d'éducation sexuelle peut avoir des effets plus significatifs en termes de développement global, même si cela est difficile de prouver ; d) La qualité de la relation construite est très importante que ce soit pour la mise en œuvre de l'intervention ainsi que pour ces résultats ; e) Il est nécessaire, même étant difficile, de créer des instruments d'évaluation suffisamment sensible et discriminatoires, capable de révéler de manière objective ce qui en termes

qualitatif est évident ; f) Il est possible de retirer de ces résultats un certain nombre de considérations utiles pour la planification et mis en œuvre d'interventions dans l'espace de l'éducation sexuelle.

Finalement, on indique certaines limites de cette étude ainsi que des suggestions pour de futures recherches.

Mots-clefs : programmes d'éducation sexuel, développement psychosexuel, adolescence, comportements et attitudes sexuels

INTRODUÇÃO GERAL

"Se o sexo traz consigo tantos perigos, foi por ter estado durante muito tempo reduzido ao silêncio"
Michel Foucault

Ao longo de toda a história da humanidade, não existem épocas em que as questões sexuais não tenham sido equacionadas, ou através da sua obsessiva negação e repressão ou da sua excessiva exposição e exploração. Da mesma forma não existem pessoas que, ao longo de todo o seu percurso de vida, não se tenham confrontado constantemente com a sua sexualidade, que mais não seja pela inevitável vivência do corpo.

A partir desta constatação, facilmente se reconhece que a sexualidade envolve diversas dimensões, englobando aspectos tão díspares como a experiência pessoal da sexualidade e as questões económicas e políticas a ela subjacentes e, sendo assim, a mais universal das experiências é também a mais pessoal e subjectiva. Não se podem negar a importância e influência dos factores sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos nas questões sexuais mas, mesmo assim, a sexualidade pode ser percepcionada como sendo essencialmente uma dimensão basilar do desenvolvimento humano, "potencialmente geradora de bem-estar, crescimento, de auto-realização mas também e, simultaneamente, de conflitos e sofrimento" (Vilar, 2002, p. 14).

Quer enquanto variável socio-económica quer enquanto variável individual, a sexualidade tem vindo a sofrer inúmeras transformações. Nunca como actualmente se falou tanto destes assuntos e tem vindo a construir-se uma visão mais positiva e tolerante da sexualidade. No entanto, estas transformações, ao fazerem cair por terra as normas rígidas de comportamento que existiam outrora, geraram grande insegurança e ambivalência, nomeadamente no que diz respeito à sexualidade dos adolescentes. Além disso, continuam a existir muitas crenças erróneas, muitos fundamentalismos e até muita desinformação. Continuam a existir muitas pessoas que se sentem discriminadas, muitas pessoas que não conseguem expressar plenamente a sua sexualidade, muitas pessoas que não se sentem satisfeitas com a sua vivência da sexualidade.

Tendo em conta este enquadramento, parece fazer todo o sentido desenvolver programas de educação sexual. É evidente que a educação sexual não é uma panaceia para todos os problemas e dificuldades que a sexualidade levanta mas pode ter um contributo importante, quer em termos sociais para a consolidação de uma visão positiva da sexualidade, quer em termos individuais, para uma vivência mais consciente, responsável e satisfatória da sexualidade.

Dados do *Global Sex Survey* (2005), que envolveu 317000 pessoas de 41 países diferentes, indicam que praticamente todas as pessoas (98%) consideram que deve existir educação sexual, apenas alguns sujeitos da amostra da China consideraram que esta não seria necessária. Mais de um terço dos respondentes consideram que os governos deviam investir em educação sexual nas escolas. Outros estudos indicam que 85 a 90% dos jovens valorizam a educação sexual e gostariam de participar em acções relativas a essa temática (Sampaio, 2000). Na realidade, ainda que a importância da educação sexual seja de facto quase consensualmente aceite, continua a estar muito por fazer, nomeadamente em Portugal. Mais do que leis, discussões de projectos de lei e grupos de trabalho é preciso ir para o terreno, perceber as expectativas daqueles a quem os programas são geralmente destinados, experimentar estratégias e metodologias inovadoras, avaliar os resultados mas também os processos. Foi precisamente isso que se tentou fazer com a construção e implementação do *Sexualidade: Vamos conversar sobre isso?* e de que agora se dá conta.

Assim, a presente dissertação começa por uma revisão teórica organizada em três capítulos. No primeiro desses capítulos discute-se o conceito de sexualidade, procurando-se chegar a uma definição abrangente através da reflexão sobre as diferentes dimensões envolvidas e a sua evolução histórica. O segundo capítulo é dedicado à educação sexual, começando por ensaiar uma definição e abordando diferentes formas e agentes de educação sexual. Depois da definição e discussão de alguns aspectos genéricos, apresenta-se, quer em relação a Portugal quer em relação ao resto do mundo, uma perspectiva histórica da educação sexual, seguida de uma contextualização do momento actual. A revisão teórica termina com um terceiro capítulo sobre os programas de educação sexual, no qual se analisam quais têm sido os principais objectivos, conteúdos abordados, metodologias utilizadas e resultados obtidos, terminando com a descrição de alguns programas realizados nesse âmbito.

Após a revisão teórica, na segunda parte desta dissertação, apresenta-se o modelo teórico do estudo e faz-se uma descrição detalhada da intervenção realizada. O estudo envolveu dois tipos diferentes de intervenção: um programa dinâmico e interactivo de promoção do desenvolvimento psicossexual composto por 18 sessões e um programa de uma única sessão de cariz mais expositivo. Refere-se aqui todo o processo de construção do modelo e apresenta-se a estrutura das intervenções, bem como os objectivos, conteúdos abordados, metodologias e materiais utilizados.

A terceira parte é dedicada à metodologia. O estudo realizado compreendeu diferentes fases de investigação e procedimentos de recolha e análise de dados, sendo o objectivo destes capítulos descrever da forma mais clara possível todo o processo de investigação.

Na quarta parte são apresentados os resultados, fazendo a sua análise e estabelecendo relação com o enquadramento teórico apresentado.

Por fim, apresentam-se as conclusões e são também mencionadas algumas limitações deste estudo e questões que se considera relevante virem a ser alvo de futuras investigações.

Embora esse aspecto seja abordado no capítulo sobre educação sexual, parece pertinente esclarecer desde já que se optou pela utilização do termo educação sexual, por ser o mais comum e por se acreditar que a multiplicação de termos em nada tem contribuído para a clarificação de conceitos. Não são os títulos que determinam o enquadramento teórico subjacente às intervenções ou investigações, pelo que se julga não ser necessário criar uma denominação diferente para cada trabalho realizado nesta área.

PARTE I

Revisão Teórica

1.1 O CONCEITO DE SEXUALIDADE

"Estamos perante uma pergunta difícil de responder: o que é a sexualidade, esta realidade que tanto nos motiva e condiciona, que pode impedir o adolescente de dormir, transformar a vida do enamorado, levar o adulto a fazer loucuras, encher os cartazes dos nossos cinemas, ajudar a vender um produto, exercer violência sobre os outros ou fomentar vínculos afectivos extraordinariamente fortes?"

(López & Fuertes, 1989, p. 8)

Há quase quarenta anos o *Pequeno Dicionário da Língua Portuguesa de Cândido Figueiredo* definia sexualidade como "qualidade do que é sexual", sendo sexual o que é "relativo ao sexo; que tem sexo; que caracteriza o sexo". Já numa bem mais recente edição do *Dicionário da Língua Portuguesa* da Porto Editora, sexualidade surge definida como as "características morfológicas, fisiológicas e psicológicas relacionadas com o sexo". Mas não foi apenas nas páginas dos dicionários que o conceito de sexualidade se transformou e evoluiu. Esse conceito tem sofrido inúmeras e profundas metamorfoses ao longo dos tempos, acompanhando as transformações históricas e sociais e impulsionando muitas delas.

Para a OMS, "A sexualidade é 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, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental". Esta definição, apesar de todas as suas fragilidades, limitações e contornos pouco claros, é certamente uma das mais divulgada de todas as definições de sexualidade. Em 2002, a OMS fez uma consulta alargada a diversos técnicos no sentido de obter definições para sexo, sexualidade, saúde sexual e direitos sexuais. Os resultados foram depois revistos por um grupo de experts de diferentes partes do mundo. No caso do conceito de sexualidade a definição elaborada é muito mais abrangente, no entanto, a OMS não a reconhece como representando a sua perspectiva oficial. A definição de sexualidade resultante deste processo é a seguinte:

"A sexualidade é um aspecto central do ser humano ao longo da vida e inclui o sexo, género, identidades e papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experienciada e expressa através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e

relações. Embora a sexualidade possa incluir todas estas dimensões, nem sempre elas são todas experienciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interacção de factores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais".

Intimamente relacionados com esta definição de sexualidade estão os conceitos de saúde sexual e reprodutiva e de direitos sexuais. O conceito de saúde sexual e reprodutiva assume especial relevância no contexto das intervenções na área da sexualidade, já que implica uma abordagem positiva da sexualidade humana com o objectivo de promover uma vivência saudável e satisfatória da sexualidade, não se restringindo às questões relativas à reprodução ou às doenças sexualmente transmissíveis. Sendo assim, promover a saúde sexual e reprodutiva é também uma questão de defesa dos direitos sexuais. No que diz respeito aos direitos sexuais, no mesmo processo de consulta a técnicos e experts que a OMS desencadeou em 2002, foram identificados os seguintes: 1) acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva; 2) procurar, receber e partilhar informação relacionada com sexualidade; 3) educação sexual; 4) respeito pela integridade corporal; 5) escolher os seus parceiros; 6) decidir ser sexualmente activo ou não; 7) manter relações sexuais consensuais; 8) casamento consensual; 9) decidir se quer ou não e quando ter filhos; e 10) alcançar uma vida sexual caracterizada pela satisfação, segurança e prazer. O reconhecimento deste conjunto de direitos sexuais, e mesmo o próprio reconhecimento de que as pessoas têm direitos sexuais, está longe de ser universal mas reflecte todo um percurso histórico que tem vindo a ser feito, nomeadamente no que diz respeito à sexualidade feminina e às diferentes orientações sexuais.

Definir sexualidade resulta, pois, numa tarefa extremamente complexa. De facto, a sexualidade, dada a importância que assume no contexto da existência humana, surge imbuída num intrincado conjunto de dimensões, problemáticas e disciplinas diversas que se dedicam ao seu estudo. Não pode ser de forma alguma perspectivada como imutável, quer em termos pessoais quer em termos sociais ou históricos. Isto porque, por um lado, a sexualidade varia de forma significativa ao longo do ciclo de vida, podendo ser experienciada de forma diferente em função da idade, classe, etnia, capacidade física, orientação sexual, religião e região (Vance, 1984 cit. in Weeks, 2003) e engloba não só factores biológicos ou fisiológicos mas também factores emocionais, relacionais e sociais. Por outro lado, cada cultura, cada sociedade regulamenta de forma diversa os

comportamentos sexuais, através dos costumes, da moral e das leis civis (López & Fuertes, 1999) e a sexualidade é moldada por factores históricos. Bantman (1997) afirma que "a sexualidade, mais do que qualquer outra relação humana, desabrocha e desenvolve-se em termos de uma cultura e de uma norma em vigor. É o caso das relações sexuais, de um modo geral, e também dos pormenores das práticas neste domínio. A masturbação foi combatida muito antes da era cristã. A homossexualidade foi venerada antes de ter sido considerada infame" (p.7). As transformações que a sexualidade tem vindo a sofrer ao longo da história são, de facto, não só evidentes como " verdadeiramente revolucionárias" (Giddens, 1992, p.2).

Segundo Weeks (2003), há cinco dimensões que são particularmente cruciais para a organização social da sexualidade:

- os sistemas de família e parentesco: a existência do tabu do incesto é reflexo da necessidade que todas as sociedades têm de regular a sexualidade. Muito embora os sistemas de parentesco e familiares pareçam emergir mais do "natural" do que do social, aquilo que designamos por parentesco ou família depende claramente de factores históricos. Exemplos disso são o facto do casamento entre primos, proibido na Idade Média, ser hoje permitido e o de haver cada vez mais pessoas que consideram que a sua família é a sua rede de amigos. Para além disso, actualmente co-existem os mais variados modelos de famílias: famílias tradicionais, monoparentais, reconstruídas, "não-heterossexuais" ou mesmo casais sem filhos. Os padrões de família estão em constante reformulação, sendo influenciados por factores económicos, pela forma como o casamento e o divórcio são regulamentados, pelas políticas de apoio à família. Essas reformulações afectam também os padrões sexuais, na medida em que o casamento é ou não encorajado, que a co-habitação e a parentalidade fora do casamento são ou não aceites, que as atitudes em relação ao sexo não-reprodutivo e não-heterossexual são mais ou menos permissivas;
- a organização economico-social: segundo o autor, as condições de trabalho podem condicionar dramaticamente a vida sexual. Por exemplo, nas décadas de 20 e 30 do século XX as mulheres que trabalhavam em fábricas no Reino Unido estavam mais familiarizadas com os métodos contraceptivos e controlavam melhor o tamanho das suas famílias do que as mulheres que trabalhavam sozinhas ou eram domésticas. A entrada das mulheres no mundo do trabalho de

forma cada vez mais generalizada teve consequências inevitáveis nos padrões de vida familiar e levou a um maior reconhecimento da autonomia sexual das mulheres;

- as formas de regulação social formais e informais: a regulação formal da sexualidade tem variado ao longo dos tempos mas a mudança mais importante do último século foi a transformação de uma regulação muito vinculada à religião numa regulação através da medicina, educação, psicologia, intervenção social e práticas de promoção da saúde. Tal como o autor refere: "embora a religião possa continuar a ser decisiva, as pessoas querem cada vez mais decidir por elas próprias como querem comportar-se. A moralidade está a ser privatizada." (p. 25). A regulação informal da sexualidade tem também um importante papel, já que é difícil romper com os padrões consensuais dos grupos de referência. Por exemplo, o "duplo padrão" em relação à sexualidade funciona como um meio poderoso de controlo social, já que nenhuma adolescente/mulher quer ser conotada como prostituta apenas porque é sexualmente activa. Assim, esta acaba por ser uma forma de reforçar certas convenções sociais, "mantendo as raparigas na linha" (*ibidem*, p.25). Os métodos de regulação informal da sexualidade foram muitas vezes reforçados, ao longo da história, através de rituais de humilhação pública.
- os contextos políticos: o balanço entre forças políticas pode determinar o grau de controlo legislativo ou as intervenções morais em relação à sexualidade. O clima social e político global gera as condições para que certas questões sejam mais valorizadas do que outras. Por exemplo, pode ser dado mais apoio às mães adolescentes e solteiras ou pode criar-se condições para que a interrupção voluntária da gravidez seja uma alternativa possível e segura. Podem ser criadas leis que proíbem o casamento entre pessoas do mesmo sexo ou leis omissas em relação à co-habitação de casais homossexuais ou legalizar o seu casamento.
- as culturas de resistência: se a história da sexualidade é feita de muitas tentativas de controlo é também repleta de muitos exemplos de oposição e resistência aos códigos morais impostos socialmente. Exemplos desses movimentos de resistência são as redes femininas que desde tempos ancestrais se encarregaram de transmitir conhecimento acerca da sexualidade, especialmente sobre métodos contraceptivos e sobre o aborto, e as sub-culturas e redes de apoio criadas pelas

minorias sexuais. Ao longo do século XX assumiram grande relevância os movimentos feministas e de defesa dos direitos dos homossexuais.

A influência destes determinantes históricos é evidente pelo facto das mudanças ocorridos nas sociedades ocidentais terem levado a alterações nos cenários e processos de socialização sexual que tiveram repercussões nas normas sociais, atitudes e comportamentos relativos à sexualidade (Vilar, 2003). Assim sendo, a sexualidade é largamente influenciada pelas normas sociais mas essa influência é recíproca, de que é ilustrativo, por exemplo, o facto da evolução histórica no sentido da maior liberdade sexual e da emancipação feminina ter influenciado profundamente as sociedades actuais, nomeadamente no que diz respeito às relações familiares. O papel destes factores é de tal forma preponderante que torna impossível isolar uma entidade independente, designada de sexualidade, sem levar em conta a história e a cultura (Alferes, 1997).

Muitas têm sido as mudanças ocorridas ao longo da história no que diz respeito às normas sociais, atitudes e comportamentos referentes à sexualidade. Desde a Antiguidade que a sexualidade tem sido objecto de preocupação moral, estando o conceito de vida sexual em permanente reformulação. Na Grécia Antiga, era o papel que se desempenhava na relação sexual (activo ou passivo) que determinava se era ou não um acto condenável, pois assumir um papel passivo era agir como as mulheres ou as crianças e isso é que era inaceitável num homem. A distinção surge em diversas culturas, nas quais as relações homossexuais entre homens são toleradas desde que não impliquem a efeminação. Para Freud (1905), a grande diferença entre a vida erótica na Antiguidade e na sua época era mesmo o facto dos Gregos e Romanos colocarem a ênfase no instinto sexual em si mesmo e não no seu objecto.

Foi no século I, ainda antes da generalização da tradição cristã ocidental, que surgiu uma maior austeridade e a crescente reprovação das relações sexuais com o objectivo único da procura de prazer, já que o fim do sexo era a reprodução logo as relações sexuais fora do casamento passaram a ser associadas ao pecado. Neste contexto, o casamento passou a ser visto como “uma espécie de medicina preventiva dada por Deus para salvar os homens da imoralidade” (Flandrin, 1985, p. 115 *cit. in* Weeks, 2003). Nos séculos XII e XIII essa posição cristã no que diz respeito ao sexo e ao casamento triunfou e generalizou-se, ocupando-se os teólogos de discutir a vida sexual dos casados até ao mais ínfimo pormenor, no sentido de encontrarem respostas detalhadas para as questões morais que surgiam quotidianamente. Foucault (1976)

considera o século XVII um marco da história da sexualidade, quando centrada nos mecanismos de repressão, já que foi a época do "nascimento das grandes proibições, valorização exclusiva da sexualidade matrimonial, imperativos de decência, esquiva obrigatória do corpo, silenciamento e pudores imperativos da linguagem" (p. 118).

Os séculos XVIII e XIX ficaram marcados pela crescente preocupação com a definição de normalidade. Criaram-se tipologias de degenerações e perversões, o que levou ao aparecimento de novas identidades sexuais. A homossexualidade, por exemplo, deixou de ser categorizada como pecado para passar a ser incluída nas tipologias das perversões. Quer a homossexualidade quer a sexualidade feminina são exemplos paradigmáticos das mudanças que ao longo da história foram ocorrendo no que diz respeito às normas e práticas sexuais.

A sexualidade é, pois, um fenómeno social e histórico, dado que é moldada pela interacção social e que só pode ser compreendida no contexto de uma determinada época mas é também uma poderosa experiência pessoal, já que "os significados que atribuímos aos nossos corpos e às suas possibilidades sexuais tornam-se, de facto, numa parte vital da nossa formação pessoal, sejam quais forem as explicações sociais" (Weeks, 1992, p. 48).

Deste modo, facilmente se constata que não é possível falar de sexualidade mas apenas de sexualidades. Não só ao longo da história as concepções de sexualidade foram mudando e são diferentes de cultura para cultura, como em termos individuais a sexualidade é uma construção que resulta de uma biografia, para a qual contribuem a biologia e a cultura e, portanto, podemos dizer que existem tantas "sexualidades" quanto pessoas (Gomez Zapian, 2002). A biologia tem efectivamente o seu papel: o ser humano tem um corpo sexuado, preparado genética, hormonal, anatómica e fisiologicamente para responder e desenvolver determinadas respostas relacionadas com sentimentos de prazer e de bem-estar (López & Fuertes, 1989) mas a sexualidade biológica é apenas uma condição prévia, uma panóplia de potencialidades que é sempre mediatizada pela realidade humana (Weeks, 1989 cit. in Vilar, 2003b).

Durante muito tempo dominou, e ainda tem expressão actualmente, a suposição de que o corpo encerra uma verdade fundamental face à sexualidade, no entanto esta "tem tanto a ver com as nossas crenças, ideologias e imaginação quanto com o nosso corpo físico" (Weeks, 1992, p. 38). De resto, do ponto de vista estritamente biológico, a finalidade última da sexualidade é a reprodução/preservação da espécie mas a

sexualidade humana assume muitas outras funções para além da reprodutiva: é uma fonte de prazer, bem-estar, comunicação e afecto e pode também ser uma forma de exercer poder e violência sobre o outro. No entanto, durante muitos séculos de domínio da Igreja Católica no mundo ocidental a única justificação aceitável para as relações sexuais era a reprodução (Weeks, 2003). Para Giddens (1992), vivemos actualmente na época da sexualidade plástica, ou seja, a sexualidade descentrada e liberta das necessidades de reprodução e Loyola (2003) afirma mesmo que a grande revolução do século XX foi a separação radical entre sexo e reprodução e a medicalização do prazer. Houve, de facto, uma transformação importante, passando-se de uma sexualidade associada quase exclusivamente à reprodução para um conjunto de diferentes sexualidades mais dependentes de factores individuais do que factores naturais/biológicos. Segundo Santos (2003), essa transformação reflecte-se ao nível da identidade pessoal, "transformando-se, ela própria, num contexto de múltipla escolha e num projecto reflexivo que consiste numa narrativa sobre nós mesmos, continuamente reconstruída e cada vez mais emancipada relativamente aos desígnios alegadamente imperativos da natureza" (p. 883).

O essencialismo sexual, ou seja, a ideia de que a sexualidade corresponde a uma função biológica natural e universal, independente do contexto e da cultura foi assumido como verdadeiro durante séculos mas tem vindo a ser questionada. Já no século XIX diversos autores defenderam que a sexualidade era influenciada por vários factores e, na actualidade, o expoente máximo dessa posição é o construcionismo social que coloca a sexualidade num plano interactivo e contextual (Quartilho, 2003), opondo-se claramente ao essencialismo. Tal como Foucault, para Weeks (1992) um dos mais influentes teóricos do construcionismo social, salienta-se que não existe nenhuma qualidade humana essencial nem uma sexualidade reprimida numa época e libertada noutra, "a sexualidade e as experiências sexuais seriam produzidas e modificadas no âmbito de um discurso sexual que também muda, ele próprio, com a variação do tempo histórico" (Quartilho, 2003, p.140). Apesar de tudo isso, assistimos actualmente a uma espécie de regresso à "natureza" em consequência da crescente medicalização da sexualidade (Loloya, 2003) e a perspectiva da sexualidade como dimensão "natural" tem estado na base de muito dos estudos e investigações que se têm feito e continuam a fazer sobre sexualidade. Se bem que para autores como Weeks (1992) a sexologia tenha nascido no século XIX, pode dizer-se que a sexualidade é um tema cativante desde sempre, o que fica ilustrado na

breve resenha histórica que se apresenta de seguida. De facto, é possível identificar estudos sexológicos no âmbito da medicina e filosofia da Antiguidade. Gregos e Romanos preocupavam-se essencialmente com as questões da reprodução e os factores que a facilitavam ou dificultavam. Hipócrates, por exemplo, formulou a teoria dos dois sémens (masculino e feminino) e Galeno acreditava no isomorfismo dos órgãos sexuais de homens e mulheres, afirmando que voltando para fora os da mulher ou dobrando para dentro os do homem, os órgãos sexuais masculinos e femininos seriam semelhantes (Vaz, 2003).

Já na Idade Média houve um especial interesse pelo estudo da anatomia e fisiologia sexual e as relações sexuais começaram a ser objecto directo de estudo, tendo como referência a sexualidade masculina e considerando perigosa a feminina. Começou também a dar-se particular atenção a doenças relacionadas com a actividade sexual. Mais tarde, durante o Renascimento, foram publicados os primeiros tratados de Obstetrícia e Ginecologia, na época em que os estudos de médicos como Fernel, Paré e Fallopio permitiram criar um conhecimento mais exacto sobre a anatomia e fisiologia da sexualidade e sobre a reprodução, embora a sexualidade continuasse a ser vista como uma actividade mais do homem do que da mulher (Moreno, 1990). O Renascimento ficou também marcado por uma atenção mais especializada ao tratamento e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, devido ao crescente número de casos de sífilis.

Entre os séculos XVII e XVIII, autores como Sinibaldi e Venette publicaram tratados sobre sexualidade, nos quais se misturavam indistintamente conhecimentos científicos e crenças populares (*ibidem*, 1990). Foram preocupações desta época a esterilidade, a concepção de crianças do sexo masculino e a contracepção. O método contraceptivo oficialmente aconselhado era a abstinência periódica, vindo dessa altura a designação de método Ogino-Klaus. Ainda que a sua comercialização fosse ilegal, no século XVIII, os preservativos feitos à base de intestino de boi ou de carneiro já tinham ganho notoriedade, como se verifica pelo o elogio da sua utilização feito por Casanova e pelo Marquês de Sade (Lopes, 2003).

Apesar de tudo o que ficou descrito, o século XIX foi definitivamente marcante no que diz respeito à história da sexologia. Durante este período alguns autores começaram a pôr em causa o paradigma da sexualidade enquanto “entidade natural” e tornou-se central a preocupação com o que era ou não normal em termos sexuais, sendo a heterossexualidade dada considerada a normalidade. Foi, de facto, no século XIX que o

estudo da sexualidade passou a ser encarado como disciplina específica, tendo como base a psicologia, a biologia, a antropologia, a história e a sociologia. Segundo Weeks (1992), até então, embora as questões relativas aos corpos e ao comportamento sexual fossem importantes preocupações das sociedades ocidentais, eram sobretudo preocupações da religião e da filosofia moral. É a partir do século XIX que se pode falar de uma sexologia científica, cujas origens remontam a aos trabalhos de Kraft-Ebing, Hirschfeld, Freud e Bloch, que marcaram de forma inegável o seu posterior desenvolvimento.

Richard Kraft-Ebing (1840-1902), prestigiado professor de Psiquiatria, foi o autor da primeira obra que abordou o comportamento sexual de forma sistemática, *Psychopathia Sexualis* (1886), um livro baseado na análise de crimes sexuais. Uma questão importante desta obra era a distinção entre perversidade (ou imoralidade) e perversão (patologia, degeneração funcional, expressão de anomalia cerebral) (Moreno, 1990). Esta definição de perversão apoiava a teoria da degenerescência. Para o autor, havia uma relação estreita entre sexo e reprodução, chegando mesmo a afirmar que "o que caracteriza, por um lado, todas as perversões é que elas desconhecem a finalidade essencial da sexualidade, ou seja, a procriação" (*cit. in* Vaz, 2003, p. 36) e distinguia a sexualidade dos homens (activos) da das mulheres (passivas) de uma forma que reflectia claramente a perspectiva social do séc. XIX. Weeks (2003) considera que os primeiros sexólogos estavam tão envolvidos nas asserções culturais da sua época, que "em muitos aspectos limitaram-se a teorizar aquilo que acreditavam que viam" (p. 42). No entanto, algumas das suas formulações e o seu percurso cívico revelam que Kraft-Ebing foi capaz de um questionamento muito para além do que era então socialmente aceite. Por um lado, considerava que a distinção entre sexualidade normal e anormal é quantitativa, ou seja, que nas perversões sexuais estariam exacerbadas características comuns a todas as pessoas e, além disso, num dos seus últimos artigos, defendia que a homossexualidade não era incompatível com a saúde mental (Vaz, 2003). Por outro lado, fez uma evolução em termos de atitudes, apoiando o movimento pelos direitos dos homossexuais e assinou a petição para abolir a severa lei prussiana contra a sodomia (*ibidem*).

Magnus Hirschfeld (1868-1935), distanciou-se claramente da teoria da degenerescência, propondo a sua teoria da inter-sexualidade, enfatizando o papel da endocrinologia. Estudou de forma pioneira o travestismo e a transsexualidade,

contribuindo de forma decisiva para a distinção entre estes e homossexualidade. Em 1897, fundou o movimento pelos direitos dos homossexuais e, em 1919, criou o *Instituto de Investigações Sexológicas,* um centro de investigação, tratamento e consulta, aberto ao público e gratuito, que viria a ser destruído pelos nazis (Moreno, 1990). Um dos primeiros inquéritos sobre comportamento sexual foi desenvolvido por iniciativa de Hirschfeld no âmbito do Instituto, tal como a realização do primeiro *Congresso Internacional para a Reforma Sexual*, que resultou na constituição da *Liga Mundial para a Reforma Sexual*, que chegou a ter mais de 130000 membros, entre os quais Henry Havelock Ellis e Wilhem Reich (*ibidem*).

Sigmund Freud (1856-1939) deu um inegável contributo à sexologia actual. As suas formulações teóricas sobre a natureza das preversões sexuais, o desenvolvimento psicossexual e a importância da sexualidade na psicopatologia e no psiquismo do sujeito inspiraram muitos autores, estudos e debates na comunidade científica e não só. Para Foucault foi Freud que criou as condições para que se pudesse falar efectivamente de sexualidade, já que antes de Freud se falava de sexualidade para não falar, para a manter em silêncio (López, 2005b). Weeks (1992) considera a sua teoria psicanalítica um marco na crítica ao essencialismo sexual, pelo facto de reconhecer a importância dos factores culturais. Além disso, Freud questionou a teoria da degenerescência, nomeadamente no que diz respeito à homossexualidade (ou inversão, para utilizar a terminologia da autor). Para ele, os homossexuais (invertidos) não eram degenerados porque muitos não apresentavam outros desvios graves, nalguns deles a actividade geral não estava perturbada e o grau do seu desenvolvimento moral e intelectual podia ser elevado (Freud, 1905). No entanto, também questionou a teoria do "carácter congénito da inversão" por acreditar que "a sugestão hipnótica pode suprimir a inversão, o que é bem de admirar se admitirmos o seu carácter congénito" (*ibidem*, p. 31). Deste modo, defendia que a homossexualidade era um distúrbio que podia ser curado. Os limites ou críticas que possam ser apontados às suas teorias em nada diminuem a sua importância e o papel que tiveram na forma como é hoje encarada a sexualidade.

Iwan Bloch (1872-1922) efectuou um corte epistemológico ao alargar o campo de estudo da sexologia para além da medicina, defendendo a constituição de uma Ciência Sexual que levasse em conta os aspectos biológicos e psicológicos mas também as dimensões cultural, social e histórica da sexualidade (Vaz, 2003). Os estudos de Bloch relacionaram a sexologia com a antropologia e a etnologia e não apoiavam a teoria da

degenerescência. Para o autor, as variações sexuais estavam relacionadas com a estrutura peculiar do instinto sexual, que se caracterizava pela necessidade de variação e pelo desejo de estimulação, características essas que podiam explicar a psicopatologia sexual (Moreno, 1990).

Já no início do séc. XX, Henry Havelock Ellis (1859-1939) seria uma das personalidades que permitiu o desenvolvimento da sexologia actual, assumindo posições contrastantes com as que eram globalmente aceites na sua época. Nos seus *Estudos de Psicologia Sexual* abordou temas tão variados como a masturbação, a homossexualidade e outras variantes da conduta sexual, o simbolismo erótico, a história do casamento ou a arte do amor. Ellis defendeu a existência de um relativismo cultural e social em relação a todas as normas sexuais. O objectivo fundamental da sua obra era expor a ampla variedade da conduta sexual, que tanto nos indivíduos como nas várias culturas podia ter formas muito diferentes, sem que pudessem ser condenadas como anti-naturais (Moreno, 1990).

Outra posição de Ellis em clara ruptura com a posição dominante na sua época foi a que assumiu em relação à sexualidade feminina, recusando a ideia desta ser menor ou de excessiva intensidade. Contudo, ainda que tentasse reconhecer a legitimidade da sexualidade feminina, perspectivava-a como reactiva à sexualidade masculina, afirmando que as mulheres eram "despertadas para a vida" pelos homens (Weeks, 1992). Em relação à homossexualidade recusava também a teoria da degenerescência, defendendo a natureza biológica e hereditária da homossexualidade mas não a sua associação necessariamente com a patologia. Considerava que existia um grande número de desordens neuropáticas e problemas emocionais nos homossexuais mas reconhecia que estes estavam mais associados ao contexto social e à repressão da homossexualidade do que a essa orientação sexual em si mesma (Moreno, 1990). Recusou também, tal como Hirschfeld, a associação entre homossexualidade e efeminação, preocupando-se em demonstrar que os homossexuais eram pessoas como as outras e que a sua orientação sexual nada tinha a ver com o seu valor moral enquanto pessoas. Além disso, concluiu que a homossexualidade não era um problema médico e que, como tal, não fazia sentido falar de cura ou terapia.

Embora nunca tenha assumido um papel destacado, apoiou campanhas a favor do controlo da natalidade, interrupção voluntária da gravidez e eutanásia voluntária. Para muitos autores, Ellis abriu caminho a uma verdadeira liberalização do sexo.

Mais tarde no século XX foram também marcantes os contributos de Alfred Charles Kinsey e de William Masters & Virginia Johnson.

Alfred Charles Kinsey (1894-1956) foi o primeiro investigador a explorar de forma sistemática a conduta sexual, utilizando regras metodológicas bem definidas. Pode mesmo dizer-se que introduziu o método quantitativo na sexologia, dado que os estudos que até então tinham sido realizados eram escassos e muito parciais. Foi precursor de estudos com amostras alargadas como os de Hunt (1977), que inquiriu 982 homens e 1044 mulheres, os de Hite (1977), com uma amostra constituída por 3019 mulheres e 7239 homens, ou os de Blumstein & Schwartz (1983) que utilizaram uma amostra de 11000 casais heterossexuais e homossexuais.

Kinsey utilizou uma amostra de cerca de 12000 sujeitos, recorrendo a entrevistas individuais com mais de 500 perguntas, que focavam aspectos tão variados como dados sociais e económicos, antecedentes conjugais, educação sexual, dados físicos e fisiológicos, sonhos sexuais nocturnos, masturbação, história heteressexual, história homossexual ou até mesmo contacto com animais. Destas investigações resultaram dados tão chocantes na época como, por exemplo, que apenas cerca de 50% dos homens americanos serem exclusivamente heterossexuais, que 18% dos homens e 2% das mulheres serem exclusivamente homossexuais ou que 13 % das mulheres terem tido uma qualquer forma de actividade homossexual (Giddens, 1992). Kinsey veio evidenciar a imensa variabilidade da conduta sexual humana, perspectivando a sexualidade como um contínuo cujos extremos correspondiam a “exclusivamente heterossexual” e “exclusivamente homossexual” e dando um importante contributo para quebrar a ligação “heterossexualidade-normalidade”. Independentemente de todas as críticas metodológicas que lhes têm sido apontadas, as investigações de Kinsey abalaram de forma irreversível noções centrais para a sexologia até então como o próprio conceito de normalidade, abrindo caminho para que a normalidade passasse a ser encarada como “o resultado de trajecto, laborioso e fértil em desvios e paragens” (Vaz, 2003).

Já nas décadas de 60 e 70 do séc. XX, William Master & Virginia Johnson desenvolveram o seu famoso modelo da resposta sexual humana em quarto fases (excitação, planalto, orgasmo e resolução), muito centrado nos aspectos fisiológicos e na classificação das disfunções sexuais. Este modelo, que resultou de anos de trabalho científico sistemático sobre as respostas do corpo humano à estimulação sexual, masturbação e coito, teve um tremendo impacto no campo da sexologia e mesmo na

sociedade em geral, já que as suas obras foram enormes êxitos editoriais. Muitas críticas têm vindo a ser feitas ao modelo proposto por Masters & Johnson, nomeadamente por ser puramente fisiológico e não levar em conta as experiências fenomenológicas, no entanto está de tal forma enraizado que é apresentado como facto mais do que como apenas um modelo da resposta sexual humana (Schnarch, 1991). Independentemente dessas críticas, pelo impacto do seu trabalho, Masters & Jonhson contribuíram definitivamente para transformar o conceito de sexualidade, entre muitas outras coisas pelo facto de se negarem a tratar a sexualidade feminina como um simples reflexo da masculina e por defenderem a masturbação como forma ajustada de satisfação sexual.

Masters & Johnson desenvolveram também um modelo de terapia sexual, cuja intervenção tinha a duração de duas semanas e se centrava na resolução de problemas específicos da relação sexual do casal. Este modelo distinguiu-se pelo facto de trabalhar sempre o casal e não apenas um dos seus elementos e por implicar o envolvimento de uma equipa terapêutica constituída por um homem e uma mulher. O papel desta dupla de investigadores no que diz respeito à terapia sexual é incontornável, podendo dizer-se que "a terapia sexual se institui e adquire maturidade com a obra de Masters & Jonhson *Incompatibilidade Sexual Humana*" (Moreno, 1990, p. 247). De resto, Masters & Jonhson tiveram uma influência importante para o desenvolvimento de contributos tão importantes no campo da terapia sexual como o de Helen Kaplan.

Ellis, Kinsey, Masters & Johnson foram marcantes para o que se pode chamar de revolução do séc. XX em relação à sexualidade. Ao longo do séc. XX ocorreram importantes mudanças com repercussões muito significativas em termos de sexualidade, nomeadamente o encarar da sexualidade como uma dimensão positiva e não necessariamente relacionada com a reprodução; a emergência do HIV/SIDA e o início da época da "sexualidade de risco"; a maior interferência da medicina no que diz respeito à reprodução, contracepção e prazer; uma regulação social dos comportamentos sexuais mais permissiva; uma moral sexual que é cada vez mais uma questão de consciência individual.

Muito embora se tenham alcançado, pelo menos na maioria dos países ocidentais, consensos bastante alargados em relação a questões como os direitos sexuais ou a importância da educação sexual, persistem divergências muito significativas entre diferentes países e culturas ou mesmo entre os diversos níveis socio-económicos e grupos de uma dada sociedade. De facto, há grupos que parecem negar certas

mudanças ou lhes resistem activamente (como é o caso de alguns grupos conservadores e de certas posições de algumas religiões), alguns países têm uma história de tolerância sexual muito mais longa do que outros e algumas sociedades vivem ainda sobre o pano de fundo de valores e costumes (como os casamentos arranjados, a mutilação genital feminina, a pena de morte para o adultério, entre muitas outros) cujas transformações em curso poderão ser dramáticas e perturbadoras (Giddens, 1992).

1.2. CONCLUSÃO

A sexualidade, enquanto conceito, é multidimensional, extremamente permeável ao contexto social, cultural e histórico mas também um poderoso motor de mudança social, que se encontra em permanente transformação. Essas transformações têm necessariamente impacto no que diz respeito à educação sexual que, em função das épocas e culturas, pode ser proibida, sancionada, incentivada ou até *endeusada*, como se de uma panaceia para todas os problemas sociais se tratasse. Muitos têm sido os argumentos a favor e contra, as estratégias, as agendas mais manifestas ou mais ocultas da educação sexual, pois, dependendo do momento histórico e do contexto socio-cultural, pode efectivamente revestir-se de formas muito diferentes, desde as perspectivas de educação matrimonial, tantas vezes meras promotoras da conformidade com a norma social vigente, aos manuais sexuais cimentados numa concepção de "sexualidade orgástica" ou às intervenções preventivas, numa clara alusão à "sexualidade de risco". Estas influências são inegáveis e inevitáveis mas importa reflectir sobre elas, questionar os fundamentos das propostas que vão sendo feitas, assumir que a neutralidade não é possível e clarificar quais os princípios/valores que estão na base das intervenções desenvolvidas neste âmbito.

Depois deste deambular pelos meandros do conceito de sexualidade, resta reconhecer com humildade, que "a verdade mais importante sobre a sexualidade é que pode não haver verdades importantes que sejam permanentes" (William Simon, 1996).

2. EDUCAÇÃO SEXUAL

2.1 – Introdução

As dificuldades na definição e delimitação do que é educação sexual começam logo na nomenclatura. Os termos utilizados multiplicam-se: educação sexual, educação da sexualidade ou para a sexualidade ou sexualizada, educação para os afectos, educação afectivo-sexual, educação para a vida familiar (*family life education*), entre muitas outras variantes possíveis. Pode acontecer que diferentes designações correspondam, de facto, a diferentes abordagens da educação sexual mas muitas vezes diferentes perspectivas utilizam os mesmos termos e em certos casos a abordagem é semelhante no que diz respeito aos objectivos e estratégias adoptadas mas as designações são distintas. De facto, o conceito de educação sexual "contém múltiplos entendimentos e continua a ser objecto de tremendas confusões" (Vilar, 2005, p. 9). No entanto, tal como Gomez Zapian (2002) salienta, "a questão não está no rótulo mas na fundamentação teórica que o sustenta" (p. 33), pelo que no presente trabalho se optou, como já anteriormente foi referido, pela designação mais comum: educação sexual.

De um modo genérico e muito abrangente, considera-se que a educação sexual corresponde à aprendizagem específica sobre os aspectos relativos à sexualidade. Aprendizagem essa que é um processo contínuo ao longo de todo o ciclo vital e envolve componentes como o físico, o psicológico, o erótico, o genital, a relação diádica ou a experimentação, entre outros (Cordeiro, 2003). Sendo assim e reconhecendo o papel que a sexualidade representa em diferentes dimensões da identidade, nas relações interpessoais e a sua relevância social, torna-se evidente que áreas como os valores, os afectos, as questões de género, a estrutura da personalidade, as competências sociais e relacionais dos indivíduos se enquadram também nesses aspectos relativos à sexualidade.

Enquanto processo de aprendizagem a educação sexual pode ocorrer: a) de forma intencional, como é o caso dos programas específicos nas escolas; ou b) de uma forma não intencional, ou seja, a aprendizagem que se faz quotidianamente, de forma espontânea e ocasional, através da percepção das atitudes de familiares, amigos, professores, *mass media* face a acontecimentos sexuais (Vilar, 1987). O papel desta

aprendizagem informal é de grande importância, mesmo quando se faz educação sexual formal ocorre concomitantemente uma aprendizagem informal que tem a ver com aspectos como os objectivos definidos, a escolha dos conteúdos, os modos de abordagem e até mesmo com as atitudes dos responsáveis por esse contexto formal.

Sendo a sexualidade um processo simultaneamente individual, social e histórico, pode afirmar-se que sempre houve e sempre haverá educação sexual, que mais não seja enquanto processo inevitável de socialização sexual. De facto, seja qual for a designação, o currículo explícito (o que se define como objectivo e conteúdos), o currículo implícito (o que está por detrás do que é explicitado, pois muitas vezes os objectivos de promoção da saúde sexual e reprodutiva mais não são que um meio de exercer controlo ou impor um determinado padrão moral) ou as actividades desenvolvidas, a educação sexual acontece. De um modo ou de outro, "todos aprendemos mensagens sobre sexualidade que contribuem para a construção permanente da nossa identidade" (Prazeres, 2003, p. 91). Pode até dizer-se que mesmo não fazer educação sexual é também educação sexual porque a decisão de não abordar determinadas questões ou valorizar umas em detrimento de outras proporciona uma aprendizagem informal sobre as atitudes dos pais, da escola ou da sociedade sobre essas temáticas. Isto é particularmente evidente no contexto familiar, já que as crianças observam e aprendem com o comportamento quotidiano dos pais, que lhes transmite um conjunto de valores e atitudes acerca da sexualidade, ainda que essa temática não seja discutida de forma explícita (Snegroff, 2000). Abordar ou não abordar as questões sexuais, implica sempre "a personalidade de quem fala (ou não), as escolhas pessoais e as pulsões afectivas" (Cadete, 2003, p.11), podendo a mensagem que explícita ou implicitamente é transmitida ser positiva ou negativa. Transformar a sexualidade num tabu é ainda assim educação sexual, cuja mensagem transmitida é negativa.

De seguida, abordam-se de um modo mais específico os diferentes agentes de educação sexual formal e informal:

Educação sexual formal – Meio escolar

Se se partir do pressuposto de que o principal objectivo da escola é a promoção do desenvolvimento global dos alunos, então pode-se concluir que "a educação sexual contribui para o desenvolvimento pessoal e, em consequência, é um atributo da escola"

(Sampaio, M.M., 1987, p.19). A escola não pode, portanto, descartar a responsabilidade que tem nesta área. No entanto, isto não quer dizer que a escola seja o único agente responsável pela educação sexual. A abordagem das questões sexuais em contexto familiar tem uma importância inegável. Assim, os papéis da escola e da família são complementares e não mutuamente exclusivos.

Apesar da evolução ocorrida nos últimos anos, a educação sexual em meio escolar continua a não ser implementada de forma generalizada, intencional e continuada. Alferes (1997) questiona mesmo o papel da escola em relação à educação sexual, afirmando que «a "escolarização do sexo", diluída ou não na temática mais genérica do desenvolvimento integral da personalidade, constitui uma das vias para a "interiorização de valores espirituais, estéticos, morais e cívicos" e, obviamente, um dos dispositivos privilegiados de regulação social da sexualidade» (p. 47). É preciso, de facto, reconhecer que nenhuma intervenção no âmbito da sexualidade é neutra, pelo que o quadro ético de referência deve ser sempre explicitado. No entanto, considera-se que ainda assim os programas de educação sexual realizados em meio escolar podem ser de extrema importância, permitindo identificar o que é conhecido, corrigir o que foi incorrectamente compreendido e acrescentar os conteúdos em falta (Sampaio *et al*, 2005), contribuindo para a saúde sexual dos adolescentes, entendida como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social face à sexualidade (OMS, 2002). A escola pode, e deve, envolver-se no processo de redução de riscos, promovendo a protecção e criação de oportunidades para a satisfação com a vida e bem estar durante a adolescência (Matos & Gaspar, 2005). A intervenção da escola nesta área deve fazer-se de forma estruturada e intencionalizada, tendo a avaliação como uma preocupação central e procurando desenvolver uma atitude positiva face à sexualidade, valorizando as suas diversas dimensões e permitindo a aquisição efectiva de conhecimentos sobre a sexualidade e de competências que favoreçam a autodeterminação e a decisão pessoal sobre comportamentos relacionados com a sexualidade (Prazeres, 2002).

Educação sexual informal – Meios de comunicação social

Os meios de comunicação social, incluindo aqui a televisão, a imprensa escrita, a música, o cinema e a internet, são importantes agentes de educação sexual, dada a sua quase omnipresença na sociedade actual e a frequente utilização que fazem da sexualidade como meio para atrair audiências e/ou vender os mais variados produtos.

Estudos feitos nos E.U.A. constataram que os adolescentes passavam, em média, 6 a 7 horas por dia a utilizar algum tipo de meio de comunicação social (Brown & Keller, 2000), sendo que na grande maioria desse tempo não têm qualquer supervisão dos pais ou de outros adultos (Escobar-Chaves *et al*., 2005). Exactamente por isso, há autores que consideram que os meios de comunicação social podem ser vistos como uma *escola paralela* da formação de crianças e adolescentes (Figueiredo & Diniz, 1999).

Para além da imensa exposição aos meios de comunicação social, verificou-se também que os programas de televisão mais vistos pelos adolescentes em 2001-2002 nos E.U.A. tinham uma elevada percentagem de conteúdos sexuais: em cada hora desses programas havia em média 6,7 cenas que incluíam tópicos sexuais (Escobar-Chaves *et al*., 2005). A associação entre a exposição aos meios de comunicação social e problemáticas como a violência, as perturbações do comportamento alimentar ou o consumo de tabaco e álcool tem vindo a ser demonstrada por várias investigações. Embora essa associação com o comportamento sexual não esteja tão documentada, pensa-se que será também pervasiva (*ibidem*).

Os meios de comunicação social têm uma capacidade imensa de disseminação de informação, ideias, formas de estar e valores e, portanto, acabam por ter um papel muito significativo em termos de mudança social. No que diz respeito à sexualidade, salvo honrosas excepções como as campanhas de prevenção e alguns programas que têm lançados debates sérios sobre temáticas diversas, utilizam mais esse poder com intuito comercial do que em prol de causas com valor social. É inegável que transmitem informação mas "esta informação é parcelar, espartilhada, selectiva, superficial, muitas vezes mistificada e confusa na sua apresentação" (Vilar, 2005, p. 11).

Nos últimos anos nalguns países têm vindo a ser adoptadas medidas para tornar os meios de comunicação social agentes de educação sexual saudáveis e eficazes. Nos E.U.A., por exemplo, várias ONG's têm trabalhado com argumentistas de cinema e televisão, produtores musicais e editores de revistas e jornais no sentido de encorajar uma maior percentagem de conteúdos sexuais responsáveis (Keller & Brown, 2002). O que se pretende com este trabalho é algo semelhante ao que assistimos em Portugal através das telenovelas brasileiras que têm vindo a abordar de forma positiva e não discriminatória temáticas como a homossexualidade. No Canadá e na Austrália, a literacia face aos meios de comunicação social (*media literacy*) faz parte dos currículos em todos os níveis de escolaridade, pretendendo-se desenvolver nas crianças e

adolescentes um sentido crítico em relação ao que os meios de comunicação transmitem, já que quanto melhor conhecerem e perceberem como estes funcionam mais protegidas estarão quanto à sua eventual influência negativa (*ibidem*).

A conjugação destas duas estratégias, ou seja, do trabalho com os meios de comunicação social no sentido de os tornar agentes de educação sexual mais responsáveis e da promoção junto das crianças e adolescentes de um maior sentido crítico face ao que esses meios transmitem, parece fundamental enquanto medida de educação sexual global e seria extremamente benéfico se mais países as adoptassem.

Educação sexual informal – Meio familiar e pares

É preciso clarificar que quer os pais abordem ou não de uma forma explícita as questões sexuais com os filhos, transmitem-lhes sempre as suas atitudes e valores sexuais, nomeadamente através do modo como distinguem os papéis de género, dos discursos e das estratégias socializadoras. Pode mesmo dizer-se que a regulação da sexualidade no meio familiar se faz principalmente de forma implícita: "...pelos rituais familiares, pela distribuição das tarefas entre homens e mulheres, pela expressão do desejo e da ternura, pela gestão da intimidade entre os seus membros, pelo que é dito, pelos não-ditos e interditos, pelo clima, pelo tempo partilhado e pelo prazer de se estar junto" (Ribeiro dos Santos, 2002, p. 17).

Ter curiosidade sobre a sexualidade é normal e faz parte do desenvolvimento das crianças, pelo que os pais se confrontarão sempre com a questão da educação sexual dos filhos. Se, por insegurança ou desconforto com o tema, evitarem ou recusarem discutir essas questões com os filhos estarão a transmitir-lhes uma mensagem negativa, podendo gerar medo e embaraço em relação à sexualidade e criando seguramente grandes obstáculos a que, no futuro, seja a eles que os filhos recorram para esclarecer as suas dúvidas. Muito embora seja incontestável que, de um modo geral, actualmente se fala mais sobre sexualidade, "há famílias que esclarecem e famílias que se escondem nas frases ditas" (*ibidem*, p. 17). A estratégia de envolver os pais em programas de educação sexual especificamente pensados para eles e/ou nos programas dirigidos aos seus filhos tem vindo a revelar-se extremamente vantajosa não só por promover a comunicação pais-filhos sobre sexualidade mas também por favorecer a generalização e consolidação das questões abordadas nos programas.

Paralelamente à família, também os pares são um importante agente de educação sexual, pois é na interacção com os outros que os adolescentes aprendem, testam e adquirem competências, integrando as normas dos grupos a que pertencem e desenvolvendo o seu próprio quadro de valores e estilos de vida, em oposição ou não ao mundo dos adultos e às mensagens parentais (Vilar, 2005). Uma grande percentagem de adolescentes refere os amigos como a sua principal fonte de informação sobre as questões sexuais. A proximidade em termos de idade, experiências, interesses e preocupações favorece a identificação mútua e facilita a abordagem de assuntos considerados constrangedores ou difíceis. Ainda que a "igualdade de circunstâncias" torne mais fácil abordar estas questões, os pares não são o mais eficaz dos agentes de educação sexual, contribuindo muitas vezes para a manutenção de crenças erróneas e para a disseminação de informação pouco fidedigna. Algumas correntes de educação sexual, têm tentado aproveitar as vantagens em termos de proximidade e facilidade de abordagem das questões sexuais entre pares, utilizando como agentes de educação sexual jovens com idades próximas dos alvos mas com formação específica.

Após esta reflexão sobre o conceito de educação sexual, formas e contextos, apresenta-se de seguida uma perspectiva histórica e faz-se o ponto da situação actual, quer do mundo quer de Portugal.

2.2 – Perspectiva Histórica da Educação Sexual

2.2.1 No mundo

A educação sexual, enquanto processo de aprendizagem específica formal ou informal das questões relativas à sexualidade, é um conceito relativamente recente em termos históricos, dado que podemos situar as primeiras tentativas de debate e iniciativas nesta área no final do séc. XIX. Essas primeiras iniciativas surgiram em reacção ao conservadorismo moral que dedicava às questões sexuais um imenso e repressivo silêncio. Ainda assim, foi nas últimas décadas do séc. XX que se alicerçaram as transformações mais profundas no que diz respeito aos valores, normas e práticas sociais relativas à sexualidade. É preciso, pois, situar a educação sexual no contexto de todo um processo histórico que deu origem a transformações sociais marcantes que

influenciaram indirectamente as questões relacionadas com a sexualidade e de movimentos sociais directamente ligados a essas questões (Vilar, 2003b). De facto, desde o final do séc. XIX até ao momento actual, "a compreensão da sexualidade mudou dramaticamente em resposta a pressões incluindo a *invenção* médica da homossexualidade, os movimentos pelos direitos gay, a redefinição feminista de feminilidade, as pandemias de doenças venéreas e a idealização de actividades sexuais de todos os tipos" (Nelson & Martin, 2004, p. 10). O conceito de educação sexual não é imune a essas mudanças e, como tal, está em permanente evolução.

Muitos factores podem ser apontados nesse processo histórico que levou a mudanças tão radicais na forma de encarar a sexualidade e, consequentemente, a educação sexual: o aparecimento dos movimentos liberais e humanistas e consequente valorização da realização e satisfação individuais; a emergência do amor romântico; o desenvolvimento da sociedade de consumo; a perda de influência religiosa; o crescimento urbano; a redução do isolamento entre as comunidades rurais; a democratização política e a luta pelos direitos cívicos (Vilar, 2003b). Os contributos de numerosos autores e da própria evolução histórica da sexologia foram também determinantes (López, 1990). Igualmente determinantes foram as mudanças no que diz respeito ao papel da mulher na sociedade, com a sua participação crescente no mercado de trabalho e maior autonomia em todos os domínios.

As mulheres tiveram, de facto, um papel muito relevante no reconhecimento da necessidade e importância da educação sexual. Na Austrália, por exemplo, os movimentos femininos tiveram um papel activo no debate sobre a educação sexual desde o final do séc. XIX. A constatação de um elevado número de grávidas jovens levou a *Women's Christian Temperance Union* (WCTU), a *Young Women's Christian Association* (YWCA) e a *White Cross League* a defender que a ignorância não salvaguardava a inocência e que as adolescentes e mulheres jovens deveriam ter conhecimento suficiente sobre a forma de se protegerem, pelo que importaram panfletos e material educativo doutros países e procederam à sua distribuição (Swain, Warne & Hillel, 2004). Houve muitas objecções relativamente à natureza dos panfletos mas estas associações continuaram o seu trabalho, tendo, inclusivamente, colocado esses mesmos panfletos no interior das revistas que eram enviadas para os soldados durante a Primeira Guerra Mundial e desenvolvido, posteriormente, cursos para mulheres e para pais. Essas objecções prendiam-se com a valorização social da inocência, o que era evidente,

nomeadamente, pelo facto de interferir com os julgamentos de violações, já que "as raparigas que sabiam como descrever o abuso eram condenadas por saberem demais para serem vítimas inocentes" (*ibidem*, p. 34). Neste contexto, proporcionar informação sobre temáticas sexuais às crianças era considerado perigoso e não protector. Ainda assim, algumas mulheres continuaram a divulgar as suas opiniões e a criar os primeiros materiais de educação sexual australianos. Maybanke Anderson, por exemplo, na sua coluna do jornal australiano "*Woman's Voice*", defendia o acesso por parte das mulheres aos contraceptivos e assumia como seu objectivo estimular nas suas leitoras o sentido de responsabilidade relativamente à educação moral das crianças. Os seus artigos com títulos provocadores como "*Shall we confide in girls*?", "*Shall we talk to the boys*?" ou "*Shall we tell the children*?" foram, posteriormente, transformados em panfletos que obtiveram enorme sucesso (Nelson & Martin, 2004).

No final o séc. XIX e início do séc. XX, várias mulheres escreveram também livros que se podem considerar de educação sexual, quer destinados a crianças quer a adultos. É o caso do "*The Cradle Ship*", de Edith Howes uma professora da Nova Zelândia, editado em 1915, um livro ilustrado para crianças, no qual se abordam vários temas relativos à sexualidade através de um conto metafórico que envolve flores, insectos, pássaros e animais ou do "*Tell them! Or the second stage of mothering: A handbook of suggestions for the sex training of child*" de Marion Piddington, australiana, publicado em 1925 (Swain, Warne & Hillel, 2004). Foram também publicados diversos "manuais matrimoniais", como o "*Married Love*" de Marie Stopes de 1918 ou o "*The Sex Factor in Marriage*" de Helen Wright de 1930. Hall (2004) considera o livro de Stopes como o ponto de partida para a ruptura com uma visão da sexualidade feminina que se podia resumir na seguinte frase: "*Eyes tightly shut, lying rigidly, and thinking of England*" (p. 52) e um primeiro passo no reconhecimento da sexualidade feminina e do direito ao prazer.

Apesar de actualmente a educação sexual ainda causar polémica, mesmo em países considerados globalmente tolerantes, "a ideia de ensinar educação sexual de forma contínua desde a infância estava bem definida desde o final dos anos 20" (Swain, Warne & Hillel, 2004, p. 48). O próprio Freud, tantas vezes injustamente considerado opositor da educação sexual dos jovens, já em 1907 numa carta ao Dr. Furst, referia a necessidade quer de proporcionar uma informação "completa e honesta" aos jovens quer de formação dos pais (Vaz, 1993).

As décadas de 60 e 70 do séc. XX foram momentos marcantes em termos de questionamento e ruptura com a visão da sexualidade até aí dominante, sendo comum definir este período como revolução sexual. Por volta dos anos 60, alguns países começam a introduzir a educação sexual nas escolas de forma sistemática, ainda que numa perspectiva de educação moral (como é o caso da Suécia, cujo manual de 1957 remetia para a educação para o amor e casamento) (López, 1990). A primeira legislação francesa sobre educação sexual, a Circular Fontanet de 1973, diferenciava a função informativa, que remetia para conhecimentos de anatomia e fisiologia e que seria da responsabilidade da escola, da função formativa que dizia respeito aos valores e normas de comportamento e competia às famílias (Vaz, 1996).

Nas décadas de 80 e 90 do séc. XX, consolidou-se uma postura mais positiva e tolerante face à sexualidade e também em relação à educação sexual: "O modelo reprodutivo, que limitava no plano moral, as expressões da sexualidade aos campos das práticas reprodutivas, do matrimónio e da heterossexualidade, deu lugar a um modelo *recreativo* em que a sexualidade é vista essencialmente como uma dimensão lúdica da vida. Esta dimensão é entendida (...) como um campo de expressão da totalidade humana – corpo, emoções, desejos, fantasias, significações e relacionamentos." (Vilar, 2003b, p. 160). Passa-se, assim, de uma sexualidade no âmbito do controlo social para uma sexualidade construída individualmente e profundamente diversa (*ibidem*).

Para esta mudança contribuiu também o estudo científico da sexualidade e a própria evolução histórica da sexologia, dado que tiveram um importante papel na defesa de uma perspectiva positiva da sexualidade, no reconhecimento da sexualidade feminina, infantil e juvenil e legitimação da imensa diversidade do comportamento sexual.

A emergência da SIDA e o aumento do número de gravidezes na adolescência foram factores determinantes no que diz respeito à implementação e modelos de educação sexual adoptados nas últimas décadas.

Em consequência de todas as mudanças económicas, ideológicas, sociais e científicas ocorridas desde o final do séc. XIX até à actualidade e que afectaram profundamente as atitudes face à sexualidade, foram feitas diferentes propostas de educação sexual, que podem ser consideradas modelos globais perfeitamente diferenciados, embora com muitas conexões entre eles e que correspondem a certos momentos históricos e a grandes movimentos de opinião social (López, 1990).

Considerando os seus objectivos, podem ser identificados três grandes modelos de educação sexual:

1. Modelos Doutrinais

Os modelos doutrinais são modelos que têm por bases motivações de ordem religiosa ou ideológica e que pretendem impor determinados princípios e normas de comportamento sexual rígidos, limitando assim a liberdade individual. Podem remeter para uma visão positiva ou negativa da sexualidade mas em qualquer dos casos, defendem uma postura rígida. Existem dois grandes modelos doutrinais:

1.1 Modelos conservadores

Nas versões mais radicais destes modelos, defende-se uma visão negativa da sexualidade, com fins meramente reprodutivos e limitada aos contextos que a legitimam, ou seja, o casamento (Vaz, 1996). No âmbito deste modelo, a educação sexual omite frequentemente informação, nomeadamente, em relação a questões como o direito ao prazer sexual e até mesmo no que diz respeito a certos métodos contraceptivos, como no caso dos E.U.A. onde, nalguns estados, apenas se promove a abstinência sem referência aos contraceptivos ou enfatizando os riscos da sua utilização e o facto de não serem 100% seguros (Guttmacher Institute, 2001). É também comum uma visão da homossexualidade e da masturbação como desvios e das relações pré-matrimoniais como imorais (López, 1990).

Neste contexto, o principal objectivo da educação sexual é a transmissão e aquisição de normas de comportamento que, segundo Vaz (1996): a) impeçam comportamentos não reprodutivos como a homossexualidade ou a masturbação; b) evitem os relacionamentos de tipo sexual antes do casamento, através do controlo dos impulsos; e c) reduzam o relacionamento sexual, mesmo no âmbito do casamento, aos fins reprodutivos e espirituais, excluindo a sua dimensão erótica.

Estes modelos, face às transformações sociais ocorridas no sentido de uma aceitação positiva da sexualidade, têm vindo a deixar de conotar negativamente a sexualidade e a aceitar alguns métodos contraceptivos. Neste âmbito os conteúdos abordados em educação sexual são, geralmente, a anatomia, a concepção, as relações familiares e de amizade e questões morais e cívicas e a metodologia passa pela

educação programada na escola, implementada por professores de ética ou religião (López, 1990).

Esta perspectiva da educação sexual, embora não seja dominante, continua a ser defendida por alguns grupos na actualidade, ainda que seja considerada, por muitos técnicos e profissionais da área, como totalmente desadequada.

1.2 Modelos revolucionários

Em contestação aos modelos conservadores surgiram diversos movimentos sociais. Um desses primeiros movimentos foi o SEX-POL (sexualidade e política), de inspiração marxista, que surgiu nos anos 30, cujo líder ideológico foi Wilhelm Reich e que defendia a educação sexual na escola, o acesso livre aos contraceptivos, o direito ao aborto, a criação de lugares onde os jovens pudessem ter relações sexuais, tudo isto no contexto de uma revolução social mais vasta (López, 1990). Nas suas obras, Reich enfatizou a importância de uma vida sexual satisfatória para a saúde da pessoa e o facto da sexualidade ser uma forma de relação interpessoal e um fim em si mesma e não apenas um meio de reprodução (Moreno, 1990). Muitas das ideias de Reich, consideradas na época de um radicalismo escandaloso, tiveram efectivamente um papel revolucionário e libertador em relação a uma moral sexual claramente repressiva e recolhem actualmente uma vasta aceitação.

Nos anos 60 e 70, tiveram um papel relevante os movimentos estudantis, feministas e de homossexuais. Aquilo que nos anos 30 tinha sido defendido por Reich, continuou a fazer parte das reivindicações dos movimentos estudantis, nomeadamente durante o período que viria a ser conhecido como Maio de 68. Ainda a propósito dos movimentos estudantis, é de referir que a educação sexual continua a ser uma reivindicação dos estudantes portugueses na actualidade.

Estes movimentos tiveram um papel importantíssimo na crítica à moral sexual vigente, reconhecendo e valorizando a sexualidade feminina e defendendo a aceitação plena de todas as orientações sexuais. Pode mesmo dizer-se que “influíram poderosamente na actuação de muitos profissionais e na consciência colectiva” (Vaz *et al.*, 1996, p. 39). Apesar disso, a contestação social que os caracterizou acabou por resultar na proposta de um modelo de relacionamento amoroso e sexual tão rígido e pouco fundamentado quanto o modelo da moral conservadora em relação ao qual

pretendia ser a alternativa. No que diz respeito especificamente à educação sexual, "a sua forma de fazer educação sexual é demasiado combativa, confundindo a educação sexual com a militância política" (López, 1990, p. 18). De facto, ao defenderem de forma tão inflexível certas mudanças ao nível da sexualidade, associando-as a mudanças de cariz político e ideológico, a sua intervenção no âmbito da educação sexual acabava por ter como alvos apenas certos grupos militantes e politizados.

A expressão destes modelos na actualidade é muito pouco expressiva, embora se possam encontrar algumas das suas características nalguns grupos minoritários de defesa da igualdade entre homens e mulheres ou dos direitos dos homossexuais.

Em conclusão, ainda que a intenção destes modelos fosse promover a ruptura com modelos tradicionais e impositivos relativamente a certas formas de comportamento e princípios, em última análise, acabaram por se transformar em apenas mais uma tentativa de imposição de uma determinada forma de viver a sexualidade.

2. Modelos Médicos de Prevenção

Em consequência de inúmeros factores históricos e sociais, a partir de meados do séc. XX, pelo menos em muitos países ocidentais, a vivência da sexualidade passou a ser encarada de uma forma mais liberal. Essa maior liberdade sexual teve inúmeros efeitos positivos, como ter criado uma abertura para o diálogo e estudo da sexualidade, ter precipitado mudanças legislativas, nomeadamente no que diz respeito ao divórcio, e ter permitido a generalização da utilização dos contraceptivos, mas esteve também na origem do aumento de gravidezes não desejadas na adolescência, da disseminação das doenças de transmissão sexual e do desenvolvimento intenso da pornografia (López, 1990). É neste contexto que surgem muitas propostas de programas de educação sexual, a serem implementados em meio escolar ou não, cujo objectivo é evitar os riscos associados à actividade sexual (controlo e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, prevenção do aborto e de gravidezes não desejadas).

Estes modelos de educação sexual aparecem claramente associados a instituições e profissionais de saúde e às necessidades sentidas de controlar certas epidemias, como é o caso da sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis que atingiam níveis preocupantes, nomeadamente nos soldados que regressavam das guerras. É preciso relembrar que essas necessidades eram ainda mais prementes porque só após a Segunda Guerra Mundial é que surgiram medicamentos eficazes no

tratamento de algumas dessas doenças e que apenas a partir dos anos 60, com a comercialização da pílula, passou a existir um meio contraceptivo realmente eficaz (Vaz, 1996).

É preciso também fazer referência aos movimentos de "*birth control*", que reivindicaram a importância, necessidade e direito ao planeamento familiar e passaram a ter uma maior expressão a partir de 1952, ano da criação da International Planned Parenthood Federation (IPPF) e subsequente constituição de associações de planeamento familiar nos mais diversos países do mundo. De referir que a IPPF desenvolve actualmente o seu trabalho em 180 países, contando com o apoio de milhares de voluntários. Só em 2005, prestaram apoio a 36 milhões de pessoas, distribuíram 17,5 milhões de contraceptivos orais e 98 milhões de preservativos. As suas grandes áreas de trabalho são os adolescentes, o HIV/SIDA, o aborto e o apoio a inúmeros projectos e causas. A IPPF ambiciona "um mundo no qual todas as mulheres, homens e jovens tenham acesso à informação e serviços de que necessitem; um mundo no qual a sexualidade seja reconhecida como um aspecto natural e precioso da vida e como um direito humano fundamental; um mundo no qual as escolhas sejam plenamente respeitadas e onde o estigma e discriminação não tenham lugar" (IPPF, 2006). Neste contexto, a IPPF pretende melhorar a qualidade de vida dos indivíduos através de campanhas de promoção do reconhecimento global e efectivo da importância da saúde sexual e reprodutiva, defende o direito de todos os jovens apreciarem as suas vidas sexuais sem doenças, gravidezes indesejadas, violência e discriminação, apoia o direito das mulheres decidirem terminar uma gravidez de forma legal e segura e luta pela eliminação das infecções sexualmente transmissíveis e pela redução da propagação e impacto do HIV/SIDA.

Já em 1971, foi criada a *Family Health International* (FHI) uma organização não governamental internacional que trabalha na área da saúde pública internacional e cuja missão é melhorar o bem-estar da população do mundo através da investigação, educação e serviços de saúde familiar. Desenvolve as suas actividades em mais de 70 países, trabalhando com organizações governamentais e não governamentais, grupos comunitários e do sector privado. Os seus principais objectivos são: 1) prevenir a propagação da infecção pelo HIV/SIDA e as infecções sexualmente transmissíveis e atender os afectados por elas; 2) aumentar e melhorar o acesso das pessoas a serviços de saúde pública de qualidade e a métodos de planeamento familiar seguros, eficazes e

com um custo acessível; e 3) melhorar a saúde das crianças e mulheres, especialmente os que vivem em contextos com escassos recursos.

Os movimentos de planeamento sexual tiveram, e continuam a ter, um papel relevante no âmbito da educação sexual ao alertarem para a sua importância como meio de prevenir o recurso ao aborto ilegal e sem condições de segurança e de diminuir o número de gravidezes não desejadas.

Para além da questão do controlo de determinadas doenças, da prevenção do recurso ao aborto e da diminuição de gravidezes não desejadas, também a preocupação com o crescimento demográfico viria a ter um papel no que diz respeito à educação sexual. Com efeito, na década de 60, a educação sexual passou também a ser vista como um possível meio de controlar a explosão demográfica. Na China, por exemplo, desde 1979, o planeamento familiar está intimamente relacionado com uma política anti-natalista que limita a maioria dos casais a terem apenas um filho e torna obrigatória a utilização de contraceptivos, sendo o DIU ou mesmo a esterilização os métodos mais utilizados (Hardee, Xie & Gu, 2004). Pelo contrário, actualmente na Austrália, face à baixa taxa de natalidade, o governo lançou a campanha "Um para a mãe, um para o pai e outro para o país", criando incentivos financeiros para as famílias numerosas, que parece estar a ter resultados já que em 2005 nasceram mais 260 mil australianos, número que já não se registava desde 1992 (in Visão, nº 170, 2006). De forma mais ou menos directa, com maior ou menor respeito pelas liberdades individuais, as políticas de natalidade são um exemplo efectivo de como factores políticos, sociais e económicos podem influenciar a sexualidade e a sua vivência.

O aparecimento da SIDA no início dos anos 80 fez as instituições e profissionais de saúde valorizarem ainda mais a educação sexual, sendo hoje consensualmente aceite que a transmissão eficaz de informação e a prevenção de comportamentos sexuais de risco são às únicas formas de controlar o crescimento desta epidemia.

Os objectivos principais dos modelos preventivos prendem-se com a aquisição de conhecimentos sobre anatomia, fisiologia, doenças sexualmente transmissíveis e contracepção. Utilizam frequentemente como metodologia a organização de sessões informativas e campanhas publicitárias e são estes modelos que estão subjacentes aos programas de disciplinas como Ciências da Natureza ou Biologia leccionados nas escolas portuguesas.

Apesar de se reconhecer a utilidade e premência destes modelos não é possível deixar de lhes apontar algumas fragilidades: 1) muitas vezes não abordam as componentes emocionais e relacionais da sexualidade; 2) a abordagem da sexualidade acaba por ser feita pelo prisma dos perigos que com ela estão relacionados, correndo-se o risco de transmitir uma visão negativa da sexualidade; 3) não levam em linha de conta outras preocupações e situações que podem igualmente influenciar o desenvolvimento dos adolescentes. Além disso, estes modelos podem também assumir um carácter doutrinal. Segundo López (1990), podem ser utilizados numa perspectiva moralista conservadora, reforçando a associação entre sexualidade e perigo e defendendo como única forma legítima de evitar os riscos a fidelidade, o dever moral da abstinência e a limitação da actividade sexual ao contexto matrimonial. O mesmo autor reconhece, no entanto, que na sua generalidade estes modelos assumem uma postura técnica e não se limitam a defender a abstinência.

3. Modelos de Promoção do Desenvolvimento

Os modelos médicos de prevenção sofreram a influência das transformações sociais que ocorreram a partir dos anos 60 e deram origem a atitudes mais tolerantes e abertas face à sexualidade, bem como do desenvolvimento do conhecimento científico dos comportamentos sexuais. O intenso debate ideológico que os movimentos sociais desencadearam durante os anos 60 e 70, tiveram também grande influência no que diz respeito à forma de encarar o conhecimento científico, já que puseram em causa o carácter absoluto desse conhecimento, especialmente no que concerne às ciências sociais. A influência desses movimentos relativamente à comunidade científica e ao questionamento de algumas das suas "verdades", está bem patente no facto da homossexualidade ter sido retirada da classificação das perturbações psicopatológicas dos manuais de psiquiatria em 1973 e retirada da lista de doenças da Organização Mundial de Saúde (OMS), ainda que apenas vinte anos mais tarde (Vaz *et al.*, 1996).

A partir de meados dos 80, a OMS inicia uma série de projectos relacionados com questões sexuais e com a educação sexual e procura clarificar o conceito de sexualidade humana definindo-a, tal como já foi referido anteriormente, como "...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, acções e interacções e, por isso, influencia também a

nossa saúde física e mental". Embora esta definição signifique um imenso progresso e seja aparentemente bastante abrangente, é taxativa no que diz respeito à sexualidade procurar amor, contacto, ternura e intimidade, não contemplando, nomeadamente, expressões de sexualidade em que se busca apenas o prazer físico (Vaz, 2003).

Um aspecto importante que resultou de todo este processo social e dos estudos realizados no âmbito da sexualidade foi o reconhecimento de uma enorme diversidade de expressões e comportamentos sexuais, perspectivando-se a sexualidade, principalmente, como uma construção pessoal.

Perante este contexto social e científico, surgem os modelos de promoção do desenvolvimento, para os quais a educação sexual passa a contemplar as dimensões biológica (anatomia e fisiologia da sexualidade e reprodução, resposta sexual humana...), psicológica (identidade de género, orientação sexual, auto-imagem, relações afectivo-sexuais...) e social (discussão de valores e atitudes...) da sexualidade. Neste âmbito, não se trata de transmitir uma "doutrina" moral ou política mas antes de proporcionar informação profissional, fomentar atitudes positivas face à sexualidade e desenvolver um sentido ético nas relações (López, 1990).

Não é possível deixar de referir que é o essencial destes modelos foi aflorado por Winnicott em 1949, que enfatizou o aspecto relacional da sexualidade, alertou os professores para os perigos de abordar a sexualidade de forma estereotipada, defendeu a formação dos professores no sentido de estes serem capazes de estabelecer um diálogo adaptado às características individuais dos seus alunos e sublinhou a importância da qualidade da relação num processo de aprendizagem que é complexo e que deve privilegiar a formação e não a informação (Vaz, 1993).

Os exemplos mais significativos destes modelos são a perspectiva de educação sexual de países como a Suécia e a Dinamarca, no entanto actualmente esta forma de encarar a educação sexual tem vindo a ser defendida e adoptada por um número cada vez maior de instituições e profissionais da área. Bem ilustrativa deste aspecto é a posição da IPPF, tradicionalmente mais centrada na prevenção dos riscos associados à sexualidade, que recentemente publicou um documento designado "*IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education*" (Maio de 2006), no qual se pode ler: " O IPPF procura promover um modelo de educação para a sexualidade que considera a dinâmica de vários poderes interligados que influenciam as escolhas sexuais e o impacto emocional, mental, físico e social daí resultante no desenvolvimento de cada pessoa. A

nossa abordagem inclui uma ênfase na expressão sexual, satisfação sexual e prazer. Isto representa um afastamento em relação a metodologias que se centram exclusivamente nos aspectos reprodutivos da sexualidade adolescente".

Apesar de historicamente se ter evoluído de um modelo de prevenção da doença para um modelo de promoção da saúde (Moreira & Melo, 2005) e grande parte das próprias intervenções no âmbito da educação sexual reflectirem já essa evolução, com a propagação da infecção pelo HIV/SIDA a tónica volta a ser colocada na prevenção da doença. Ainda que se reconheça de forma generalizada que a educação sexual deve assumir uma perspectiva compreensiva da sexualidade humana, a prevenção do HIV/SIDA é necessariamente a prioridade de muitos países, instituições e organismos internacionais. Desde 1981, 65 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV e 25 milhões de pessoas morreram (UNAIDS, 2006). Actualmente, cerca de 40 milhões de pessoas vivem com HIV/SIDA, dois terços dos quais residem em países da África Sub-Sahariana, que é a região do mundo mais afectada por esta epidemia, e só em 2005 houve mais de quatro milhões de novas infecções (*ibidem*). Perante estes factos, facilmente se percebe os motivos pelos quais a prevenção do HIV/SIDA é a questão central dos esforços de muitos países, instituições e profissionais de saúde no âmbito da educação sexual, pois, para certos países e zonas do mundo essa questão tornou-se, literalmente, numa questão de vida ou de morte.

De qualquer forma, de um modo geral, pode-se afirmar tal como faz Vilar (2003b) que a educação sexual formal nos contextos de socialização actuais passa pela "promoção de melhores conhecimentos e de maior literacia sobre as questões relacionadas com a sexualidade, promoção de competências ao nível da assertividade, comunicação e prevenção de situações de risco, e promoção do debate (e não endoutrinação) moral enquanto factor essencial de formação dos valores e atitudes" (p. 179).

2.2.2 Em Portugal

A forma como os portugueses encaram e sentem a sua sexualidade resulta de um complexo caldo sócio-cultural (Pacheco, 2000). De facto, as características sócio-culturais dos portugueses estão intimamente ligadas a um conjunto de influências muito diversas que se fizeram sentir ao longo do seu percurso histórico. Do séc. II a.C. até ao

séc. V d.C. Portugal fez parte do Império Romano e quando esse império se desmoronou o território sofreu invasões de tribos germânicas, os Visigodos, e dos Mouros muçulmanos do norte de África no séc. VIII. Estes últimos viriam a ser expulsos por invasores cristãos da casa de Borgonha durante o séc. XII, fundando-se uma dinastia de monarcas de Borgonha (Cheers, 2005). A adopção da religião católica é um factor de grande relevância neste âmbito, já que esta sempre prescreveu regras e normas no que diz respeito ao comportamento sexual.

Após uma tentativa infrutífera de Castela para se apoderar do reino no séc. XIV, outra dinastia assumiu o poder com D. João I, cujo filho D. Henrique, o Navegador, estimulou os *descobrimentos* e o estabelecimento de um vasto império com colónias em África, América do Sul, Índia e Sudeste Africano (Cheers, 2005). O prestígio de Portugal só entraria em declínio com a invasão espanhola em 1580, que duraria 60 anos. Em 1807, Portugal sofreria outra invasão, desta vez francesa, tendo os invasores sido expulsos pelos ingleses em 1811. Em 1910, a monarquia foi derrubada, por meio de uma revolução que foi o culminar da pobreza generalizada e do ressentimento crescente face ao poder dos monarcas.

Em 1926, um golpe militar levaria Salazar ao poder, iniciando-se assim uma ditadura que apenas a 25 de Abril de 1974 seria derrubada pela *Revolução dos Cravos,* apesar da contestação ao regime ter começado muito antes. O final dos anos 50 ficou marcado pela perda das possessões portuguesas na Índia. Em 1958, surgia a candidatura anti-salazarista de Humberto Delgado às eleições presidenciais que, apesar do final dramático, constituiu “um importante abanão no regime” (Figueiredo, 2002, p. 24). Em 1961, dá-se o assalto ao Quartel de Beja, um golpe frustrado de Botelho Monis. Seguiu-se a guerra colonial em Angola, que se estenderia à Guiné e Moçambique, havendo a expectativa de forte mobilização dos jovens universitários o que gerou grande descontentamento no meio estudantil (*ibidem*). Em 1962, a intervenção da polícia para impedir as comemorações do Dia do Estudante, levaria a forte contestação estudantil que se fez sentir em Lisboa, Porto e Coimbra com greve às aulas que rondaram os 100% (especialmente em Lisboa). Finalmente, em 1974, o regime caiu e os anos seguintes foram anos de estabilização da democracia portuguesa, durante os quais Portugal melhorou significativamente índices tão reveladores do grau de desenvolvimento de um país como é o caso da esperança de vida, mortalidade infantil e alfabetização (ver quadro 1). Uma enorme revolução ocorreu também ao nível da participação da mulher no ensino

e no trabalho, o que fica bem patente, por exemplo, no facto de no ano de 1970/1971 serem cerca de 33,5% as mulheres que concluíram o ensino superior, percentagem que no ano de 1994/1995 era já de 62,9% (Figueiredo, 2001). Portugal é hoje uma república democrática e membro da União Europeia desde 1985.

	Anos 70	**Anos 90**
Esperança de vida - homens	64,2 anos	71,5 anos
Esperança de vida - mulheres	70,8 anos	78,8 anos
Mortalidade Infantil	38,9%	9,1%
População analfabeta	33,6%	15,3%

Quadro 1: Alguns indicadores de desenvolvimento em Portugal – Dados de Figueiredo (2001).

Todos estes acontecimentos e factores históricos e sociais tiveram um papel relevante na forma como, em Portugal, se foi vivendo e encarando a sexualidade e, consequentemente, nas opções que se tomaram em termos de educação sexual. Os anos da ditadura, por exemplo, ficaram marcados pelo "isolamento do país em relação ao espaço cultural europeu e dos portugueses entre si pela acção da censura que impedia a comunicação de ideias e o aparecimento de uma opinião pública informada" (Figueiredo, 2001, p. 25), o que se traduzia numa sociedade muito conservadora. De facto, toda e qualquer manifestação sexual não conjugal era condenada (especialmente nas mulheres); o planeamento familiar era considerado subversivo, aceitando-se apenas que fossem divulgados os métodos naturais propostos pela Igreja Católica[1]; a homossexualidade era proscrita; a prostituição foi proibida em 1963, despenalizando por omissão a clientela, o que efectivamente se verificou em relação aos ministros e altos funcionários fascistas envolvidos no escândalo *Ballet Rose*; os direitos das mulheres eram totalmente ignorados (basta relembrar que não podiam sair do país sem autorização do marido). Relativamente aos direitos das mulheres é de referir a publicação, no final dos anos 60, de "As Novas Cartas Portuguesas" de Maria Teresa Horta, Maria Isabel Barreno e Maria Velho da Costa, das quais constava uma

[1] Consequentemente, nos anos 60, os métodos contraceptivos mais utilizados em Portugal eram o coito interrompido e as irrigações vaginais e o recurso ao aborto auto-induzido ou realizado por curiosas e parteiras que resultava num número significativo de sequelas, como hemorragias, infecções e rupturas do útero, e de mortes (Pacheco, 2000).

apresentação concisa desses direitos e que resultou na perseguição política das autoras, segundo o regime por terem publicado material pornográfico.

A *Revolução dos Cravos* viria a ser também uma enorme revolução cultural e de costumes. Figueiredo (2001) compara dados de inquéritos efectuados a jovens universitários e respectivos pais, levados a cabo em 1964, 1986 e 1996, sendo as áreas da sexualidade, casamento e família aquelas onde se registam as maiores divergências entre gerações. Se o inquérito de 1964 revela um grande conservadorismo, em 1986 "o país já se encontrava preparadíssimo para, sobretudo pela pressão de uma nova geração de jovens que tinham cortado radicalmente com o mundo de valores tradicionais refinados e cristalizados durante o regime do Estado Novo, integrar o mundo da democracia e da integração europeia" (p. 28).

Quanto à sexualidade, esta era essencialmente equacionada no plano moral, segundo a tradição judaico-cristã. É preciso não esquecer os crimes sexuais eram concebidos como crimes contra os usos e costumes da vida em sociedade, tendo sido apenas em 1995 que passaram a ser considerados crimes contra a liberdade sexual ou contra a auto-determinação sexual (Lúcio & Sá, 2003). Existia também, e existiu até 1998, o crime de esturpo, que era o crime cometido contra uma menor entre os 14 e os 16 anos, independentemente da sua vontade, ou seja, nessa faixa etária, se uma rapariga tivesse relações sexuais pela primeira vez com o namorado ele cometia um crime (*ibidem*).

Muitas foram as transformações que a sociedade portuguesa tem vindo a sofrer. Dos anos 60 para os anos 80, houve uma mudança verdadeiramente espectacular (Figueiredo, 2001): nos anos 60, 80% dos jovens portugueses consideravam a sexualidade pré-conjugal perigosa e repreensível, o que só acontece em cerca de 18% nos anos 80; a concordância com o planeamento familiar passa de 30% nos anos 60 para 90% nos anos 80; e o reconhecimento do direito da mulher a ter um estatuto no mundo do trabalho idêntico ao do homem cresce de 6% nos anos 60 para 80% nos anos 80. Dos anos 80 para os anos 90, a permissividade face à sexualidade pré-conjugal diminui nos jovens mas aumentou nos pais em relação às filhas. Dá-se, assim, uma aproximação das duas gerações e uma diminuição do duplo padrão no que diz respeito à sexualidade de homens e mulheres, tornando-se menos marcada a diferença entre atitude reprovadora em relação às mulheres e permissiva em relação aos homens no que diz respeito à sexualidade pré-conjugal.

Relativamente ao casamento, se nos anos 60, os jovens e respectivos pais atribuíam grande importância ao casamento com o objectivo de "procriação e educação dos filhos", nos anos 80 o casamento é associado à "realização humana" e nos anos 90 passa a ser referido "o auxílio mútuo entre esposos" como o seu principal fim. Na actualidade, segundo Pacheco (2000), a família deixou de exercer tanta pressão sobre "os jovens em idade casadoira", sendo assim possível conceptualizar o casamento em termos meramente românticos e sentimentais. No entanto, as formas de casamento tradicionais mantiveram-se intactas até ao final dos anos 60, já que durante o Estado novo "a vida conjugal era vista como um território de abnegação, sacrifício, dedicação, fidelidade e compreensão" (p. 47) e as concepções corporativistas então dominantes na vida política e social fizeram com que Portugal não evoluísse relativamente às fórmulas de relacionamento sexual, conjugal e familiar. A família já não é hoje encarada como o era na Constituição de 1933, texto fundador do Estado Novo, como a "realidade primária e fundamental de toda a orgânica nacional" e como um instrumento para "promover a maternidade, conservar a raça, garantir a harmonia social, através da disciplina e da educação" (Pimentel, 2002). Além disso, é inegável que existem actualmente múltiplas configurações familiares: famílias nucleares, alargadas, uniparentais, biparentais, monoparentais, casais sem filhos, casais heterossexuais, e homossexuais (Ribeiro dos Santos, 2002). Estas configurações não se baseiam necessariamente no casamento e as uniões de facto obtiveram recentemente consagração legal. Apesar disso, num estudo realizado por Vasconcelos (1998), a maioria dos jovens considera namorar e casar o percurso normativo, por motivos legais ou pelo conforto da aceitação social que ainda advém do casamento. Verifica-se também um retorno ao casamento tradicional: "a igreja voltou a ser o local de eleição casamenteira, o véu e a grinalda simbolizam-no, independentemente das convicções religiosas dos nubentes. O casamento continuou a representar também, enquanto rito social, um momento de exibição pública de *status*, poder de compra e imagem social, através da coorte de convidados, da qualidade dos trajes envergados, do local onde se acolhem os convivas, dos banquetes em quintas solarengas, ou do roteiro que se organizou para a lua-de-mel" (Pacheco, 2000, p. 47). Ainda assim, os casamentos religiosos sofreram uma diminuição significativa, sendo que no Algarve o casamento civil é mesmo mais frequente do que o casamento religioso. Além disso, daqueles que se casam segundo um ritual religioso há os que o fazem apenas por pressão dos familiares ou que o adoptam como mero cerimonial festivo.

A medicina teve também um importante papel no que diz respeito à sexualidade, em questões tão diversas como a utilização de espartilho, a masturbação, a homossexualidade ou a definição de práticas sexuais saudáveis e patológicas. Relativamente ao espartilho, foram os médicos que iniciaram uma "guerra anti-espartilho" num congresso realizado em 1904, afirmando que afectava os pulmões, o fígado e o estômago (Pacheco, 2000).

A tese de Egas Moniz sobre "Fisiologia da Vida Sexual", de 1906, constituiu um importante contributo para o conhecimento científico da sexualidade humana, fazendo uma revisão exaustiva das perturbações sexuais e revelando sentido crítico em relação a temas controversos como a masturbação (que considerava normal na adolescência e em determinadas circunstâncias) e a homossexualidade (mostrava dúvidas em relação à possibilidade de se tratar de uma doença) (Pacheco, 2000). Ao carácter científico da tese de Egas Moniz, opõe-se a obra de Mendes (1949) que se limitava a dar um suporte científico à ideologia política da época, defendendo o domínio dos impulsos sexuais com base na teoria da "economia espermática" e considerando que, no que diz respeito aos jovens, era fundamental "incutir-lhes o pavor dos males da incontinência e a apologia entusiasta da continência" (cit. in Pacheco, 2000, p. 211). Recomendava-se assim, uma educação da pureza, ou seja, uma educação sexual numa perspectiva de educação moral, em que se transmite claramente uma visão negativa da sexualidade, associada à noção de pecado.

No que diz respeito ao planeamento familiar, apesar deste ser considerado subversivo pelo Estado Novo, os primeiros métodos contraceptivos orais foram introduzidos em Portugal em 1962, embora só pudessem ser prescritos para fins terapêuticos e, em 1970, abriu uma consulta de Planeamento Familiar no Hospital de Santo António no Porto. Depois do 25 de Abril de 1974, surgem as primeiras organizações legais de mulheres que reivindicam o direito à contracepção e aborto. Em 1976, a Constituição da República portuguesa instituiu o Direito à Paternidade Consciente, passando o Estado a ter o dever de divulgar o planeamento familiar e organizar as estruturas jurídicas e técnicas que possibilitem a sua concretização. Nesse mesmo ano, foram criadas Consultas de Planeamento Familiar em todos os Centros de Saúde, por despacho do então Secretário de Estado da Saúde, Dr. Albino Aroso. Actualmente, este é um tema relativamente consensual, sendo claro que as famílias educam os seus filhos com base em princípios e orientações bem diferentes dos que

imperavam durante o Estado Novo, permitindo o planeamento familiar ter os filhos desejados, sendo estes encarados como um projecto (Ribeiro dos Santos, 2002).

Ao contrário do planeamento familiar, o aborto foi sempre e continua a ser uma questão polémica. Em 1977, foi entregue na Assembleia da República uma petição, com mais de 5000 assinaturas, exigindo a legalização do aborto. Dois anos depois, foi criada a Campanha Nacional pelo Aborto e Contracepção (CNAC) que lançou um abaixo-assinado em que 3000 mulheres declaravam ter abortado. Em 1982, o Partido Comunista apresentou na Assembleia da República três projectos-lei sobre protecção à maternidade, planeamento familiar e legalização do aborto. O projecto-lei relativo à legalização do aborto seria recusado. Em 1984, a Lei n.º 6/84 legaliza a Interrupção Voluntária da Gravidez nos casos de perigo para a saúde física ou psíquica da mãe, grave deformação do feto ou violação. Alguns anos mais tarde, em 1992 e 1994, no âmbito da revisão do Código Penal foram propostas algumas alterações à Lei n.º 6/84 no sentido da despenalização do aborto mas que viriam a ser recusadas.

No âmbito da campanha eleitoral, em 1995, o Partido Socialista incluiu no seu programa para a área da saúde a prevenção de gravidezes indesejadas na adolescência, a promoção da saúde materna, o reforço da prevenção da SIDA e a necessidade da educação sexual nas escolas, enquanto que o Partido Comunista e outros pequenos partidos assumiram, como um dos temas das suas campanhas, a necessidade de legalizar o aborto. No decorrer de 1996, deram entrada na Assembleia da República três projectos-lei sobre a interrupção voluntária da gravidez, em ordem a serem discutidos em sessão legislativa em 1997. Esses projectos-lei eram os seguintes: a) do Partido Comunista que pretendia alargar das 16 para as 22 semanas o prazo para o aborto eugénico e consagrar a despenalização nas primeiras 12 semanas a simples pedido da mulher; b) da Juventude Socialista, idêntico ao do Partido Comunista, mas que propunha também a instituição de consultas e aconselhamento para os jovens em todos os Centros de Saúde; e c) do deputado socialista, Strech Monteiro que, individualmente, propunha que o prazo limite para a realização de aborto eugénico fosse alargado para as 24 semanas de gestação, em casos de anomalias congénitas, o que ia de encontro às propostas da Associação Portuguesa de Diagnóstico Pré-Natal e da Ordem dos Médicos. Estas propostas provocaram grande contestação da parte da Conferência Episcopal Portuguesa, da Associação de Juristas Católicos, do Movimento pela Defesa da Vida e

de alguns partidos políticos. O Partido Social-Democrata acabaria por propor a realização de um referendo.

Em 1998, realizou-se então o referendo sobre a legalização da interrupção voluntária da gravidez, que resultou em 50,9% de votos contra, 49,1% de votos a favor e contou com uma abstenção de 68%. Apesar deste resultado, o referendo serviu, pelo menos, para gerar consenso em relação à relevância e necessidade de se investir no planeamento familiar e educação sexual. A interrupção voluntária da gravidez continuou na agenda política dos partidos de esquerda e sendo assim o actual governo socialista convocou novo referendo sobre o assunto, propondo a legalização da interrupção voluntária da gravidez até às 10 semanas de gestação a pedido da mulher. O novo referendo realizou-se a 11 de Fevereiro de 2007, resultando em 59,25% de votos pelo sim e 40,75% de votos pelo não e contou com uma abstenção de 56,39%.

A regulamentação da lei da interrupção voluntária da gravidez entrou em vigor a 15 de Julho de 2007, através de uma portaria que determina que a mulher seja informada na consulta prévia obrigatória sobre as condições de apoio que o Estado pode prestar na protecção da maternidade e paternidade, bem como sobre as possíveis consequências da intervenção para a sua saúde física e psicológica. A consulta prévia obrigatória deve ser marcada no período máximo de cinco dias, a que se segue o período de reflexão da mulher, que não deve ser inferior a três dias e durante o qual deve ser disponibilizado o acompanhamento por um psicólogo ou assistente social, caso a mulher o solicite. É também obrigatória a marcação de uma consulta de saúde reprodutiva ou planeamento familiar no prazo máximo de quinze dias após a interrupção da gravidez. Aguarda-se agora com expectativa os resultados da implementação da lei, apesar das dificuldades que facilmente se antecipam quando a esmagadora maioria dos médicos da especialidade se identificaram como objectores de consciência...

Em relação ao estatuto das mulheres, têm-se promovido medidas de "discriminação positiva". Embora essas medidas possam fazer sentido perante a evidência que as mulheres são frequentemente prejudicadas por questões de género, nomeadamente em termos profissionais, não parecem ter grande pertinência. Por um lado, as mulheres portuguesas sempre foram capazes de se impor em meios tradicionalmente masculinos sem recurso a esse tipo de medidas (veja-se o exemplo do meio universitário onde as mulheres constituem 56% dos docentes e investigadores – Pacheco, 2000). Por outro lado, essas medidas não evitam também os graves problemas

com que algumas mulheres se confrontam, nomeadamente o facto de serem, com uma frequência preocupante, vítimas de violência por parte dos seus companheiros.

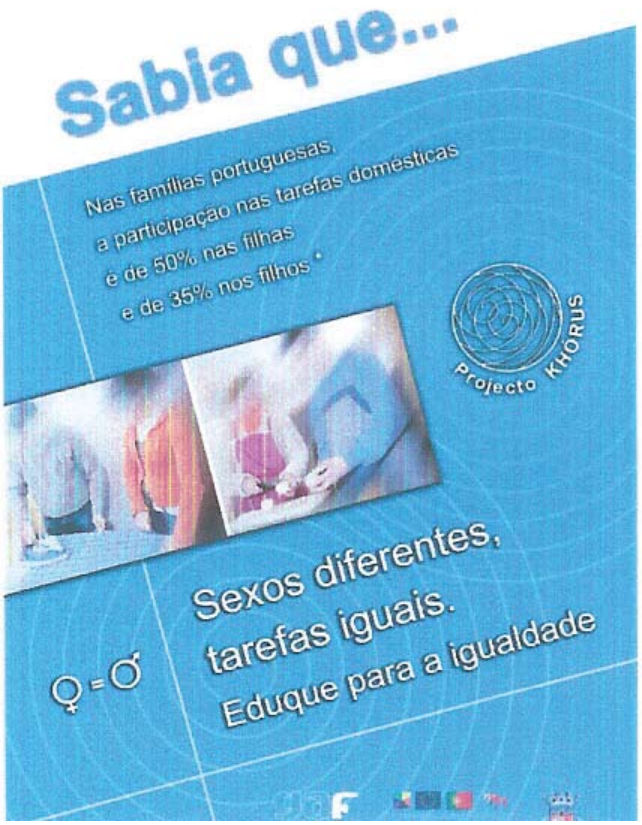


Figura 1: Campanha levada a cabo nas ruas de Viana do Castelo pelo Projecto Khórus/GAF em 2005.

É preciso referir que em relação a esta questão foram dados passos muito importantes em Portugal nos últimos anos, com a atribuição do estatuto de crime público à violência doméstica, o início da constituição de uma rede de Casas Abrigo e Núcleos de Atendimento, a formação das forças policiais em relação a esta problemática, o desenvolvimento de campanhas de sensibilização do público em geral e até, de modo mais genérico, a criação do Projecto Khórus que financia iniciativas de promoção da igualdade de oportunidades entre homens e mulheres em todo o país.

Sumarizando, dos anos 60 para os anos 90 verificou-se, em Portugal, uma adopção progressiva de atitudes mais liberais, que resultou numa maior permissividade

face à sexualidade pré-conjugal, na diminuição da representação da família como função reprodutora, na aceitação quase unânime do planeamento familiar e do divórcio, no decréscimo da importância do casamento em consequência de uma maior valorização da realização individual, numa maior diversidade de tipos de famílias, no reconhecimento da utilidade das instituições pré-escolares e numa maior atenção face aos problemas da desigualdade entre homens e mulheres. Consequentemente, aumentou o número de divórcios, diminuiu o número de filhos e o direito da mulher a ter um papel no mundo do trabalho tornou-se inquestionável. No entanto, alguns homens continuam a recear mulheres seguras de si e capazes de tomar a iniciativa no que diz respeito às questões sexuais; há um certo desejo de retorno aos antigos papéis sociais da mulher como mãe, dona de casa, dependente financeiramente do marido e capaz de abdicar da sua carreira em prol da família e da carreira do marido; apesar da entrada massiva no mercado de trabalho, as mulheres continuam a assumir maior responsabilidade em relação às tarefas domésticas e educação dos filhos e a terem menos tempo de lazer; alguns grupos sociais defendem a virgindade, a pureza e a castidade pré-conjugal; alguns casais a viverem em união de facto continuam a ser incentivados a casarem-se e a deixarem de "viver em pecado"; os mais variados tabus sexuais são ainda uma realidade, podendo dizer-se que co-existem em Portugal, mais ou menos pacificamente, atitudes mais tradicionais/conservadoras e atitudes mais liberais.

Mais concretamente no que diz respeito à educação sexual nas escolas, é preciso realçar que a sua história fica inevitavelmente marcada pelas mudanças e dinâmicas da sociedade portuguesa e tem vindo a ser protagonizada por diversos actores sociais, como a Igreja Católica, as classes políticas (nomeadamente, as juventudes partidárias – ver figura 2), os movimentos e grupos que intervêm na área, os professores, as escolas, as associações de pais (Vaz, 1996) e as próprias associações de estudantes do Ensino Básico (que fizeram da educação sexual uma das suas reivindicações).

Figura 2: Mural da Juventude Comunista nas ruas de Coimbra – Março 2005.

Apenas em 1973, se propôs através da comissão inter-ministerial para o estudo da Educação e Sexualidade, criada no âmbito da Reforma de Veiga Simão em Janeiro de 1971, a educação mista e a não mutilação das figuras corporais nos livros escolares (Frade, 1999). Até então, fazia-se sentir um apertado controlo para evitar o convívio entre rapazes e raparigas nas escolas públicas, nas aulas de Moral transmitia-se uma perspectiva da sexualidade extremamente repressiva e fóbica, nos mapas do corpo humano não apareciam os órgãos genitais e apenas se faziam pequenas revelações dos comportamentos sexuais das flores, de alguns animais e muito raramente da espécie humana (Vaz, 1996).

A Comissão para o Estudo da Educação e Sexualidade, apesar de nunca ter concluído o seu trabalho, fez propostas ousadas e que se mantêm actuais como a compreensão alargada do conceito de sexualidade, numa perspectiva dinâmica e influenciada pela cultura, envolvendo dimensões como o desejo, a abertura à comunicação com o outro e a sua vivência como fonte de prazer e forma de expressão de amor (Vaz, 1996).

Apesar de, após o 25 de Abril de 1974, terem surgido grupos e pessoas que defendiam a necessidade da educação sexual escolar, só em 1984 será aprovada a Lei n.º 3/84 sobre “Educação Sexual e Planeamento Familiar”, tendo sido contestada pelo Movimento de Defesa da Vida, Caritas e Secretariado Nacional das Associações de Pais.

No entanto, as medidas preconizadas nessa lei não seriam implementadas de imediato (Frade, 1999).

A Lei n.º 3/84 determina no seu artigo 1º que "O Estado garante o direito à educação sexual, como componente do direito fundamental à educação". No artigo 2º define-se que a educação sexual será garantida "através das escolas, das organizações sanitárias e dos meios de comunicação social", "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 homem e mulher", devendo ser dispensada "particular atenção à formação inicial e permanente dos docentes" e à criação de "condições adequadas de apoio aos pais no que diz respeito à educação sexual dos filhos". Apesar de encerrar uma visão ampla da educação sexual, considerando aspectos práticos fundamentais como os conteúdos, a formação dos professores e o envolvimento dos pais, a Lei n.º 3/84 necessitava de regulamentação, o que nunca veio a acontecer no que diz respeito à educação sexual. Muitas razões estão certamente na base dessa falta de regulamentação, nomeadamente a contestação que provocou nos sectores conservadores, mas isso não impediu que se fossem desenvolvendo actividades de educação sexual de carácter pontual em Portugal, protagonizadas geralmente por profissionais de saúde e pela Associação para o Planeamento Familiar (Vaz, 1996).

Publicada em 1986, a Lei de Bases de Sistema Educativo propõe a integração da educação sexual no âmbito de uma área disciplinar designada por formação pessoal e social e que viria a ser traduzida na criação da disciplina de Desenvolvimento Pessoal e Social. No seu artigo 47º pode ler-se "Os planos curriculares do ensino básico incluirão em todos os ciclos e de forma adequada uma área de formação pessoal e social, que pode ter como componentes a educação ecológica, a educação do consumidor, a educação familiar, 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". De referir que este texto reflecte a adopção de uma filosofia de educação integral, incluindo temas relacionados com problemas sociais e quotidianos e não meramente académicos ou profissionais, e deixando uma margem elevada de autonomia às escolas já que apenas nomeia alguns componentes que *podem* ser incluídos na área da formação pessoal e social.

O Decreto-Lei n.º 286/89 criava a área escola e a nova disciplina de Desenvolvimento Pessoal e Social. Seria nomeada uma comissão para definir as linhas gerais dessa disciplina e em 1990 o Instituto de Inovação Educacional iniciava a elaboração dos Programas de Desenvolvimento Pessoal e Social. No ano seguinte, iniciou-se a implementação experimental destes programas em 19 escolas preparatórias e secundárias, que nunca passaria disso mesmo, já que a generalização da disciplina de Desenvolvimento Pessoal e Social nunca ocorreu.

Em 1993, o Despacho n.º 172 do Ministério da Educação criou o Programa de Promoção e Educação para a Saúde (PPES). No âmbito deste programa foram realizadas inúmeras actividades e desenvolvidos vários projectos: Prevenção da infecção pelo VIH/SIDA na comunidade escolar – "Aprender a prevenir"; Projecto de Educação Sexual e Promoção da Saúde nas escolas – Um Projecto experimental; Projecto-piloto de Prevenção Específica de Toxicodependências e Programa de Promoção de Competências Sociais. O projecto experimental de educação sexual, proposto pela Associação para o Planeamento Familiar, decorreu em cinco escolas (em Gouveia, Évora, Faro, Maia e Setúbal), entre 1995 e 1998, tendo resultado no documento "Linhas Orientadoras para a Educação Sexual em Meio Escolar".

É preciso referir também a Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS), um modelo organizativo de implementação da Promoção e Educação para a Saúde em meio escolar, que se desenvolve em parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde e pretende "capacitar as populações para a completa realização do seu potencial de saúde" (Sampaio et al, 2005, p. 27). Em 1998/99, faziam parte da rede 662 escolas e 222 centros de saúde e em 2001/2002 esse número já tinha aumentado para 3407 escolas e 265 centros de saúde (*ibidem*). Em 2003, na sequência da cessação de funções de quem assumia a sua coordenação, a RNEPS deixou de receber orientações técnicas e de dispor de uma verba própria para o desenvolvimento de actividades. Retomar os níveis alcançados em 2002 parece ser um dos objectivos do actual governo (*ibidem*).

Na sequência do referendo sobre a despenalização da interrupção voluntária da gravidez, o Conselho de Ministros decidiu legislar no sentido de dar cumprimento aos princípios estabelecidos pela Lei n.º 3/84 (Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/98), sendo criada uma Comissão Interministerial que no seu relatório recomenda a elaboração de um Plano de Acção em Educação Sexual e Planeamento Sexual.

Em 1999, foi criada a Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde (CCPES), cujo objectivo principal era dar continuidade ao que já vinha sendo feito, garantindo ao Ministério da Educação uma estrutura capaz de garantir a continuidade e tornar permanente a promoção e educação para a saúde (Sampaio et al, 2005). O CCPES desenvolveu as seguintes actividades: formação de professores e outros interventores na área; formação inter-pares; produção e divulgação de materiais específicos; incentivo às escolas no sentido de participarem em concursos nacionais e internacionais; comemoração de eventos e integração de temas relacionados com a educação para a saúde nos programas disciplinares do 1º ao 3º CEB. No que diz respeito à divulgação e publicação de materiais, foram publicadas duas obras: "Educação Sexual em Meio Escolar: Linhas Orientadoras" em 2000 e "Educação Sexual – Guia anotado de recursos" em 2001. Em 2002, as actividades da CCPES passaram para a responsabilidade da Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.

De referir que foi entretanto publicada nova legislação relativa à educação sexual, tendo-se verificado uma evolução conceptual: passou-se da referência a "conhecimentos científicos sobre anatomia, fisiologia e sexualidade humana" (Lei n.º 3/84) para a promoção do "desenvolvimento de referências éticas, de atitudes, de afectos e de valores na família, na escola e na sociedade" (Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/98), enfatizando a "consciência clara da importância da tomada de decisão, de recusa de comportamento não desejado e do conhecimento dos recursos para apoio quando este for considerado necessário" (*ibidem*). A Lei n.º 120/99 reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva, define que os programas passam a incluir, para além da fisiologia e sexualidade humana, a SIDA e outras DST, a contracepção, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidades e a igualdade entre os géneros. No seu artigo 3º, que contempla as doenças sexualmente transmissíveis, refere a criação de um gabinete de apoio aos alunos e o acesso a preservativos através de meios mecânicos nos estabelecimentos de ensino secundário e superior, por decisão dos órgãos directivos, depois de consultadas as associações de pais e de alunos. Esta última medida gerou grande polémica, pelo que no Decreto-Lei n.º 259/2000 vem reforçada a ideia de que os dispositivos mecânicos só podem ser instalados se ocorrer um "amplo consenso na comunidade escolar". O Decreto-Lei n.º 259/2000 regulamenta a Lei n.º 120/99, definindo a obrigatoriedade da abordagem da promoção da saúde sexual e da sexualidade humana quer numa vertente interdisciplinar quer integrada em disciplinas curriculares cujos

programas incluem a temática. Regulamenta também a "intervenção dos serviços especializados de apoio educativo das escolas, a formação de professores e o envolvimento de alunos, encarregados de educação e respectivas associações".

Com a Reorganização do Currículo do Ensino Básico (Decreto-Lei n.º 6/2001) são criadas três novas áreas disciplinares não curriculares: a Área de Projecto, o Estudo Acompanhado e a Formação Cívica. Fica também contemplada a possibilidade de se desenvolverem actividades de complemento curricular. Desta forma, "aponta-se para a possível integração de programas de educação sexual nas diversas disciplinas, e nas áreas recentemente criadas como a Área de Projecto e a Formação para a Cidadania" (Frade *et al.*, 1999).

Tendo em conta as resoluções da Comissão Interministerial e as leis entretanto publicadas, em 2001, o Ministério da Educação assinou protocolos com diferentes organizações não governamentais: a Associação para o Planeamento Familiar, o Movimento de Defesa da Vida e a Fundação Portuguesa A Comunidade contra a SIDA. Estes protocolos incluíam a realização de acções com os alunos, a sensibilização e formação dos professores, o apoio às estruturas da escola na concretização de projectos e o apoio técnico e pedagógico aos professores, em ordem ao desenvolvimento de novos projectos. Essas organizações elaboraram relatórios sobre as actividades desenvolvidas mas o Ministério da Educação não promoveu uma avaliação sistemática nem adoptou práticas de monitorização (CNE, 2005). Em 2005, esses protocolos foram revogados.

Ao longo de todo este percurso, a Associação para o Planeamento Familiar (APF) teve um papel muito relevante e que merece destaque. A APF é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, fundada em 1967, cujos principais objectivos são a promoção da saúde, educação e direitos nas áreas da sexualidade e planeamento familiar. Conta com 7 delegações regionais (Açores, Alentejo, Algarve, Centro, Lisboa, Madeira e Norte) e é federada na IPPF (International Planned Parenthood Federation). Desde a sua formação, a APF tem tido um papel activo na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, seja em questões como a despenalização da interrupção voluntária da gravidez ou como a integração efectiva da educação sexual nas escolas. As suas actividades são diversificadas passando pela formação de professores e profissionais de saúde em educação sexual, pela intervenção nas escolas junto dos jovens e encarregados de educação, pela produção e distribuição de materiais de educação sexual e pela formulação de propostas, nomeadamente, ao Ministério da Educação. Além

disso, a APF criou duas linhas telefónicas de apoio (Sexualidade em Linha – 808222003 e Linha da Sexualidade Segura – 800202120) e a sua página na *internet* pode ser vista como uma fonte de informação e recursos para aqueles que pretendem intervir na área da educação sexual. Em Portugal, a *internet* tem vindo a adquirir um papel de destaque como fonte de informação face à sexualidade, nomeadamente entre os adolescentes, o que tornou possível e pertinente o aparecimento de *sites* sérios e bem fundamentados dedicados a informar sobre questões relacionadas com a sexualidade, como é o caso do *www.sexualidadejuvenil.pt* do Instituto Português da Juventude e do *www.sexualidades.com* da iniciativa de uma equipa de Coimbra, constituída por uma psicóloga, um médico e um técnico de informática.

2.3 – Momento Actual

2.3.1 No mundo

A educação sexual tem nuances muito diferentes nos mais variados contextos ao longo do mundo, dado que é influenciada por inúmeros factores:

- **sociais**, nas sociedades mais tolerantes face às questões da sexualidade, a educação sexual é aceite praticamente de forma unânime por todos os quadrantes da sociedade, sendo implementada de forma consistente há décadas. No caso da Suécia, por exemplo, a primeira abordagem generalizada desta temática data de 1897 e a introdução da educação sexual nas escolas foi proposta em 1935 (López, 1990);
- **económicos**, na era da globalização económica continuam a existir inúmeros países onde as necessidades mais básicas não estão totalmente supridas e em que faltam os meios mais elementares para implementar programas de educação sexual. Veja-se o exemplo de Burkina Faso, onde apenas uma em cada cinco raparigas e um em cada três rapazes frequenta a escola e cuja maior preocupação de grande parte dos adolescentes se prende com a questão de terem ou não comida suficiente para se alimentarem (Guttmacher Institute, 2004);
- **políticos**, a educação sexual tem sempre uma dimensão política porque pressupõe uma ideologia (Sampaio, M., 1987). Desde os anos 60, especialmente nalguns países anglo-saxónicos, a educação sexual passou mesmo a ser uma

questão partidária (Nelson & Martin, 2004). Nos E.U.A., por exemplo, os Democratas têm uma perspectiva mais liberal e defendem uma abordagem compreensiva da sexualidade, enquanto que os Republicanos levantam uma série de obstáculos à generalização da educação sexual nas escolas e defendem a promoção da abstinência. Além disso, a educação sexual é geralmente entendida como uma ferramenta social poderosa e flexível, razão pela qual desperta o interesse de muitos políticos (Nelson & Martin, 2004);

- **culturais**, em muitas sociedades é ainda tabu falar de sexualidade, o que se torna um obstáculo muito significativo em relação à implementação de programas de educação sexual. Além disso, em muitos países as crenças e costumes culturais condicionam de tal forma a liberdade sexual dos indivíduos que limitam ao mínimo o campo de actuação da educação sexual. Por exemplo, em Moçambique, as mulheres, principalmente nas zonas rurais, não têm qualquer poder sobre o seu corpo ou actividades, muitas casam com 10-11 anos, a maioria acredita que deve ter seis filhos e é uma crença generalizada que ter relações sexuais com uma virgem cura a SIDA (Owen, 1997). Estes aspectos influenciam, obviamente, a implementação de programas de educação sexual mas não os tornam menos necessários, antes pelo contrário, apenas tornam evidente que esses programas têm que ser *culturalmente específicos*;
- **éticos**, é preciso reconhecer que há formas muito variadas de experienciar e perspectivar a sexualidade, tratando-se de uma área muito marcada pela diversidade moral e pelo pluralismo (Marques & Prazeres, 2000). A educação sexual tem, pois, que levar esses aspectos em conta, reconhecendo que tem um quadro ético e de valores subjacente, respeitando outras perspectivas e defendendo "a existência de uma plataforma ética e conceptual, unificadora da diversidade das famílias e indivíduos, e um quadro filosófico e prático (...) organizador de conteúdos, valores, atitudes e comportamentos" (*ibidem*, p. 27/28);
- **legais**, muitos aspectos inerentes à vivência da sexualidade foram e continuam a ser legislados, o que é bem ilustrado, embora muitos outros exemplos pudessem ser dados, pelo facto de certas práticas e orientações sexuais continuarem a ser consideradas crime em alguns países. A homossexualidade é ilegal em cerca de cinquenta países e pode ser punida com a pena de morte em oito países (Mackay, 2001). Por outro lado, em muitos países, existem leis que tornam a

implementação da educação sexual nas escolas obrigatória e definem os seus destinatários e conteúdos;

- **históricos**, para além de aspectos históricos globais, como o aumento da liberdade sexual e a emancipação das mulheres, ocorridos pelo menos na maioria das sociedades ocidentais, há também aspectos históricos específicos de cada país que podem constituir grandes obstáculos ou incentivos à implementação de programas de educação sexual. Atente-se nos exemplos de Espanha e Portugal, países nos quais só após a queda das respectivas ditaduras houve condições para se iniciar um verdadeiro debate sobre a educação sexual;
- **religiosos**, a religião é uma dimensão de extrema importância para um grande número de indivíduos, tendo uma influência clara em termos do quadro de valores, atitudes e comportamentos. A maioria das religiões tem posturas claras em relação a inúmeros aspectos relacionados com a sexualidade, posturas essas que muitas vezes estão em conflito com aquilo que a maioria dos teóricos e profissionais ligados à educação sexual defende (para referir apenas um exemplo, relembre-se a posição da Igreja Católica face à utilização de métodos contraceptivos e mais especificamente do preservativo). Tal como em relação aos aspectos culturais, a educação sexual não pode ignorar as crenças religiosas, devendo promover o diálogo e encontrar formas de conciliar posições. Exemplo disto, é um programa levado a cabo pela *Sri Lanka Family Planning Association* que envolveu a comunidade e obteve um feedback positivo da parte de pais, professores, líderes comunitários e religiosos, inclusivamente de alguns monges Budistas (Basnayake, 1993).

Perante isto, é óbvio que muitos factores têm que ser levados em conta no planeamento e implementação de programas de educação sexual. As intervenções no âmbito da educação sexual terão muitas vezes de assumir modalidades muito diferentes em função desses factores. Tal como referem Nelson & Martin (2004): “Talvez não devêssemos falar de educação sexual mas de educações sexuais” (p. 2).

Apresentam-se de seguida dados e experiências de diferentes contextos no que diz respeito à educação sexual, organizados em seis regiões do mundo: África Sub-Sahariana; Médio Oriente; Ásia; América Latina e Caraíbas; Oceânia; América do Norte, Europa e Federação Russa.

África Sub-Sahariana

Os países desta região debatem-se, de uma forma geral, com inúmeros problemas sociais e económicos. Nyindo (2005) refere a pobreza, a fome, o baixo estatuto social, iliteracia e mutilação genital das mulheres, a corrupção, a percepção ingénua dos riscos, a resistência à mudança do comportamento sexual, a elevada prevalência de infecções sexualmente transmissíveis, os conflitos internos e o crescente número de refugiados, as crenças erróneas, o desconhecimento face à situação de seropositividade, a prostituição de crianças e adultos, a incerteza quanto à segurança das transfusões de sangue como alguns desses problemas. Este conjunto de factores acaba por ter uma influência extremamente perniciosa no que diz respeito à capacidade de desenvolvimento global desses países, o que leva mesmo alguns autores a assumir algum afropessimismo. De facto, os dados conhecidos são preocupantes. Veja-se o exemplo, das estatísticas relativas à prevalência do HIV/SIDA: cerca de 67% de todas as pessoas com HIV/SIDA vivem nesta zona (UNAIDS, 2008) e quando consideramos apenas as crianças infectadas, essa percentagem aproxima-se dos 90% (UNAIDS, 2006). Dos adultos com HIV/SIDA na região, 59% são mulheres e dois milhões têm menos de 15 anos. Em 2007, 75% de todas as mortes relacionadas com o HIV/SIDA ocorreram nesta zona do mundo (UNAIDS, 2008) e estima-se que 12 milhões de crianças tenham perdido um ou ambos os pais devido à SIDA. Na região, apenas uma em cada seis pessoas que necessita de terapêutica anti-retroviral tem acesso ao tratamento.

As crenças erróneas face ao HIV/SIDA são também comuns, por exemplo, um número significativo de adolescentes de países como Burkina Faso, Gana, Uganda e Malawi acreditam que o HIV pode ser transmitido por picadas de mosquito, por partilhar comida com alguém infectado e através de feitiços e que é possível um homem com HIV/SIDA curar-se se tiver relações sexuais com uma virgem (Guttmacher Institute, 2004)[2]. As crenças erróneas estendem-se a questões diversas relativas à sexualidade, como acreditarem que uma mulher não pode engravidar na primeira vez que tem relações sexuais, se tiver relações sexuais de pé ou se se lavar imediatamente a seguir a ter relações sexuais (*ibidem*). No Congo (Courtois, Mullet & Malvy, 2001) existe uma desconfiança generalizada em relação à utilização de preservativos devido à crença de

[2] É interessante verificar que este tipo de crença era comum em Portugal no final do séc. XIX e início do séc. XX, acreditando-se que a cura de uma doença venérea passava por a transmitir a um "inocente", tal como relata Egas Moniz na sua tese de doutoramento sobre a *Fisiologia da Vida Sexual* de 1906 (Pacheco, 2000).

que a sua utilização comporta risco de infertilidade, infecção e que pode enfraquecer a virilidade.

Crenças deste género em relação à contracepção são também comuns na Suazilândia, especialmente entre os homens (Mdluli, 1996). Outro dado que merece atenção é a percentagem de adolescentes que refere que a sua primeira relação sexual ocorreu num momento em que não desejavam fazê-lo: cerca de 40% das raparigas e 7% dos rapazes no Malawi e 30% das raparigas e 13% dos rapazes no Gana (Guttmacher Institute, 2004), apenas para referir dois exemplos.

Para além disso, os dados relativos à esperança de vida, mortalidade infantil e taxa de alfabetização são também muito pouco animadores: em África do Sul, Moçambique e Zimbabwe a esperança de vida ronda os 35 anos; a taxa de mortalidade infantil ultrapassa os 100 por cada 1000 crianças em países como Moçambique, Suazilândia, Serra Leoa, Guiné e Ruanda; a taxa de alfabetização não atinge sequer os 50% no Sudão, Etiópia, Ruanda, Guiné e Moçambique (Cheers, 2005).

Todos estes factores têm uma influência enorme no que diz respeito à educação sexual. Facilmente se percebe os motivos pelos quais as questões do HIV/SIDA são preponderantes e pelos quais a escola pode nem sempre ser o contexto mais indicado para a implementação da educação sexual, dado que em muitos destes países a percentagem da população que frequentou ou frequenta a escola é muito reduzida. Já foi referido o exemplo de Burkina Faso, onde apenas uma em cada cinco raparigas e um em cada três rapazes frequenta a escola e, no caso do Malawi, embora uma percentagem bem superior de adolescentes frequentem a escola, apenas 14% das raparigas e 26% dos rapazes participaram em alguma actividade de educação sexual. Faltam também os meios e as questões culturais têm que ser levadas em conta com especial cuidado, pois, tal como referem Courtois, Mullet & Malvy (2001), a influência das variáveis culturais no que diz respeito às questões sexuais é preponderante nos países africanos onde a sexualidade é ainda um tabu. Ainda assim, há experiências inovadoras e positivas a documentar no que diz respeito à educação sexual e, em muitos países, alguns investigadores têm-se dedicado a realizar estudos e a salientar a importância de intervir nesta área.

Ilustrativo disso é, por exemplo, o estudo de Kinsman e colaboradores (2001) que avaliaram a implementação de um programa que consistia em 19 actividades extra-curriculares implementadas em escolas no Uganda e concluíram que os programas de

educação sexual (ainda que enfatizem essencialmente a educação para o HIV/SIDA) deveriam ser implementados em larga escala na África Sub-Sahariana, incluídos nos *curricula* escolares de cada país e entendidos numa perspectiva de aprendizagem de competências para a vida. Munodawafa (1991) defende também a inclusão das temáticas de educação sexual no *curriculum* escolar, como forma de legitimar a sua abordagem no Zimbabwe e propõe mesmo a criação de um Conselho de Saúde em ordem a aumentar a sua aceitação. Também Mbizvo e colaboradores (1997) apoiam a implementação de programas de saúde sexual e reprodutiva em meio escolar no Zimbabwe. Estes autores enfatizam especialmente a informação sobre biologia da reprodução e prevenção dos riscos associados à actividade sexual. Ainda no Zimbawe, Sherman & Basset (1999), organizaram grupos de discussão sobre as fontes de educação sexual, os valores e crenças em relação à puberdade e actividade sexual, os factores de decisão em questões sexuais, as relações de namoro, os conhecimentos sobre o HIV/SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis, as competências de comunicação e a pressão dos pares. A partir dos dados recolhidos nestes grupos de discussão, planearam e implementaram uma intervenção em 36 escolas, tendo chegado à conclusão que os professores, se devidamente treinados, podem ajudar os adolescentes a adquirir competências que lhes permitam tomar decisões responsáveis em relação ao comportamento sexual. Versnell, Berhane & Wendte (2002) recomendam igualmente a inclusão da educação sexual nos *curricula* escolares da Etiópia, salientando que, embora os adolescentes que estudaram apresentem atitudes sexuais conservadoras, são liberais no que diz respeito ao reconhecimento da importância e aceitação da educação sexual em meio escolar.

Em países como o Gana, Quénia, Tanzânia, Uganda e Zâmbia, no âmbito do projecto *YouthNet* da FHI, estão a ser revistos os *curricula* actualmente em vigor nas escolas primárias e secundárias no que diz respeito à saúde reprodutiva e prevenção do HIV/SIDA, no sentido de os tornar mais eficazes, culturalmente específicos e em sintonia com as necessidades de crianças e adolescentes. Além disso estão também a ser desenvolvidos programas de saúde reprodutiva e prevenção do HIV/SIDA, com o apoio de associações juvenis, e a ser treinados voluntários de organizações locais no sentido de implementarem esses programas em larga escala. Também no âmbito do *YouthNet*, na Etiópia, o Ministério da Juventude, Desporto e Cultura desenvolveu a componente do seu novo programa relativa à prevenção do HIV/SIDA e saúde sexual, envolvendo os

jovens nesse processo, o que resultou numa grande mobilização, envolvimento e compromisso face à temática por parte destes. Os resultados positivos destas experiências fizeram com que a FHI recomende que os adolescentes sejam envolvidos no planeamento, implementação e avaliação dos materiais e intervenções que a eles se destinam.

Diversos estudos têm sido realizados no que diz respeito às atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes africanos e todos eles, face aos dados encontrados, são unânimes em considerar urgente a intervenção no âmbito da educação sexual. Os dados de alguns desses estudos apontam para um início precoce da actividade sexual e um baixo nível de utilização de contraceptivos (por exemplo, Orji & Esimai, 2005 – Nigéria), alto nível de actividade sexual desprotegida e um conhecimento sobre biologia da reprodução muito pobre (por exemplo, Buga *et al*, 1996 – África do Sul) e um elevado número de gravidezes não desejadas (Shortridge, 1997 – Nigéria). Em relação à questão do número de gravidezes não desejadas, refira-se que na Nigéria uma em cada cinco raparigas que terminam a escola já interromperam uma gravidez (Shortridge, 1997).

Interessa referir dois projectos levados a cabo na Tanzânia. O KIWAKKUKI (Kishe & Mtweve, 1995), um movimento feminino que desenvolveu grupos de discussão em escolas primárias e secundárias, entre outras estratégias como ver e discutir vídeos e exercícios de *role-play*. As mães das crianças e adolescentes, que participaram em grupos de preparação, foram envolvidas na implementação desses grupos de discussão, cujos temas abordados eram o conhecimento sobre o corpo, assertividade e capacidade para dizer não, leis e regras em relação ao casamento, violência sexual e HIV/SIDA. Temas mais culturais como a circuncisão, extracção de dentes, o papel das mulheres eram também discutidos. Para além dos grupos desenvolvidos em contexto escolar, eram conduzidos grupos de jovens ligados à igreja e grupos de mulheres na comunidade. Após quatro anos de experiência, concluíram que a mudança de comportamentos sexuais de risco é maior quando os programas educacionais utilizam métodos participativos baseados na cultura local.

O MEMA kwa Vijana (Hayes *et al.*, 2005), outro projecto implementado na Tanzânia, inclui a formação de professores e profissionais de saúde, a educação sexual através de pares, promoção e distribuição de preservativos e actividades dirigidas à comunidade em geral. Este projecto está a ser cuidadosamente avaliado através de

métodos e instrumentos variados quantitativos e qualitativos, com um *follow-up* de três anos. As medidas de impacto do programa incluem dados sobre a incidência e prevalência do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis, taxas de gravidez, conhecimento, atitudes e comportamento sexual.

Um projecto inovador e criativo foi implementado na África do Sul, onde os autores Everrett & Schaay (1994) consideraram que as fotonovelas eram o formato ideal para educar os jovens no que diz respeito ao HIV/SIDA devido à sua popularidade e à baixa literacia da população. No âmbito de um programa escolar de prevenção do HIV/SIDA da responsabilidade do *National AIDS Research Program* conduziram *focus group* com adolescentes no sentido de recolher ideias para a concepção de uma fotonovela e testar a reacção à história que ia sendo elaborada. Assim, surgiu *"Roxy: Life, Love, and Sex in the Nineties"*, a história de uma rapariga cuja amiga se suicida por estar infectada com HIV, a partir desse episódio ela aprende e discute com os amigos os factores de risco associados ao HIV/SIDA. A fotonovela incluía também informação sobre a utilização de preservativos. Foram produzidas 30000 cópias e distribuídas nas escolas, igrejas, grupos de jovens, associações cívicas e instituições que intervinham com crianças de rua. A história foi também reproduzida na revista *"UpBeat"*, que é muito popular entre os jovens. A avaliação qualitativa do projecto, realizada através de *focus group* com adolescentes, revelou que jovens de diversos níveis sócio-económicos se identificaram com as personagens, temas e situações abordadas, tendo considerado muito importante o retrato realista que a história apresentava das relações românticas, das relações com os pais e dos dilemas face às pressões dos pares no que diz respeito ao consumo de álcool e outras drogas.

Em Moçambique, Manuel (2005) alertou para a necessidade de alterar as campanhas de promoção da utilização do preservativo que, até então, enfatizavam especialmente a necessidade de utilizar preservativos com parceiros sexuais ocasionais. Actualmente as campanhas são mais genéricas (ver Figura 1). Tendo em conta a baixa literacia da população moçambicana, cuja taxa de alfabetização é de 42,3% (Cheers, 2005), têm sido desenvolvidos programas de rádio e televisão. A integração da educação sexual e informação sobre HIV/SIDA nos *curricula* escolares foi aprovada pelo Ministério da Educação mas essa medida continua a não ter uma implementação efectiva. Algumas organizações não governamentais que actuam em Moçambique têm tentado sensibilizar as empresas privadas no sentido de distribuírem preservativos aos funcionários.

Figura 3: Campanha nas ruas de Maputo – Junho de 2006.

No contexto da Nigéria foi implementado o *West African Youth Initiative* (WAYI), projecto levado a cabo em parceria entre a *Association for Reproductive and Family Health* (Nigéria), a *Advocates for Youth* (E.U.A.) e o *African Regional Health Education Centre* (sediado na Nigéria) que consistiu na implementação de um programa de educação de saúde reprodutiva através dos pares (*peer education*) (Bruger *et al*, 2001). Relativamente à avaliação deste projecto, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos experimentais e grupos de controlo no que diz respeito aos conhecimentos sobre saúde sexual, utilização e desejo de utilizar contraceptivos e eficácia na utilização de contraceptivos. Estes resultados positivos levam os autores a afirmar que a educação através dos pares é o método mais eficaz no âmbito da educação sexual. Na Zâmbia, Agha (2002) utilizou também a metodologia de educação através dos pares em meio escolar e refere como resultados um maior conhecimento relativamente às questões sexuais, crenças mais positivas relativamente aos preservativos e à abstinência e uma percepção de risco pessoal mais adequada e realista.

Interessa também referir que alguns países têm desenvolvido projectos especialmente dirigidos à população masculina, o que se revela de importância vital, dado que, em muitos destes países, as mulheres vêem a sua capacidade de auto-determinação altamente constrangida por normas sociais e culturais, não tendo autonomia, por exemplo, para decidir utilizar métodos contraceptivos. Face a isto, a

Planned Parenthood Association of Sierra Leone (PPASL), a *Planned Parenthood Association of Ghana* (PPAG) e a *Family Life Association of Swaziland* (FLAS) escolheram os homens como alvo das suas intervenções. A PPASL utilizou agentes da comunidade, levando a cabo campanhas publicitárias, grupos de encontro, visitas domiciliárias, divulgação através da imprensa escrita, rádio e televisão e criando também "clubes de homens" (Taylor, 1996). A PPAG desenvolveu acções informativas tentando alcançar os homens nos seus contextos como os locais de trabalho, grupos de encontro, hotéis e bares (Tetteh, 1996). Na Suazilândia, a FLAS leva a cabo diversas sessões informativas que atingem cerca de 2000 participantes anualmente e cujo objectivo é envolver os homens no planeamento familiar, de forma a aumentar o seu conhecimento sobre planeamento familiar e trabalhar as suas crenças e atitudes negativas em relação a certos métodos contraceptivos.

Médio Oriente

Esta região tem sido dizimada por diversos conflitos e guerras nos últimos 50 anos, dos quais o conflito israelo-árabe é o mais proeminente e ainda não está resolvido, neste conflito foi envolvido o Líbano, como aconteceu ainda recentemente, o que prejudicou seriamente a sua economia (Cheers, 2005). A tentativa do Iraque para conquistar a região sudoeste do Irão durou quatro anos e debilitou os recursos de ambos os países. A conquista do Kuwait pelo Iraque, a subsequente Guerra do Golfo, a deposição de Saddam Husseim e a tentativa de instalar um regime democrático em 2003/2004, principalmente pela coligação EUA/Reino Unido, esgotaram a economia do Iraque (*ibidem*). A área curda partilhada pela Turquia, Iraque e Irão tem sido envolvida em conflito armado na tentativa de garantir a sua independência. As relações entre a Grécia e a Turquia ficaram muito tensas, desde que esta última conquistou a parte norte do Chipre onde se fala turco. A "Guerra do Terror" tem dominado a política na região desde o final de 2001.

Neste contexto económico-social, a educação sexual não é uma prioridade. Além disso, aspectos culturais e religiosos dificultam a sua implementação. Oz (1996) refere que todos os árabes partilham uma visão muito tradicional e conservadora da sexualidade, o que tem impossibilitado a inclusão da educação sexual (*Family Life and Sex Education*) em meio escolar. DeJong e colaboradores (2005) fazem uma revisão no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva dos jovens entre os 10 e os 24 anos nos

países Árabes e no Irão, baseando-se em literatura desenvolvida por organizações não governamentais e agências internacionais que actuam na região, bem como em entrevistas com membros dessas entidades. Os autores constataram que existem poucos programas governamentais nacionais relativos à saúde sexual e reprodutiva dos jovens, à excepção da Tunísia e Irão. Apesar da forte ênfase colocada na integridade e força familiar como factor protector, os jovens têm falta de informação e os *curricula* escolares raramente incluem tópicos relativos à sexualidade e, quando incluem, muitas vezes não são abordados porque os professores não se sentem preparados. Os profissionais de saúde também não reconhecem as necessidades dos jovens nem os fazem sentir à vontade para abordar estas temáticas, especialmente se não forem casados (*ibidem*). Os tabus existentes em relação à discussão da sexualidade continuam a ser o obstáculo chave à implementação de acções no âmbito da saúde sexual e reprodutiva e à inclusão da educação sexual nas escolas. Os dados sobre gravidez indesejada e aborto, violência contra as mulheres, DST e HIV/SIDA são limitados. Relativamente ao HIV/SIDA, sabe-se que apesar da taxa de prevalência do HIV não ultrapassar os 0,1%, há indicadores de que a epidemia está a crescer num número considerável de países da região. Estima-se que cerca de 380000 pessoas vivam com HIV nesta zona do mundo e só em 2007 ocorreram cerca de 40000 novas infecções e morreram 37000 adultos e crianças com SIDA (UNAIDS, 2008). Perante os dados para os quais esta revisão alerta, os autores concluem que, apesar dos obstáculos, é urgente desenvolver programas nacionais que promovam o bem-estar dos jovens nesta região.

Na Turquia, Kavlak, Atan & Saruhan (2006) desenvolveram um estudo sobre a utilização de métodos contraceptivos em mulheres que se tinham dirigido ao hospital no sentido de interromperem uma gravidez não desejada, tendo verificado que o número de gravidezes não desejadas é elevado e que muitas mulheres utilizam o aborto como método contraceptivo e concluído que as mulheres necessitam de informação acerca dos métodos eficazes de prevenção da gravidez. No Irão, Simbar, Tehrani & Hashemi (2005) fizeram também um estudo com estudantes universitários, 0,6% das mulheres e 16% dos homens referiram ter relações sexuais antes do casamento, desses 48% utilizavam preservativo. A maioria dos estudantes acreditava que o risco em relação ao HIV/SIDA era moderado mas reconheciam que os jovens têm reduzida capacidade para adoptar comportamentos saudáveis. A maioria considerava benéfico os jovens terem conhecimento sobre saúde reprodutiva mas sentiam que os serviços nesse âmbito não

eram adequados. Estes dois estudos vêm ao encontro das conclusões de DeJong e colaboradores (2005) quanto à necessidade de desenvolver programas de saúde reprodutiva e sexual nesta região.

Ásia

A Ásia, o maior continente do mundo e o mais populoso também, tem uma história marcada por inúmeros conflitos armados: a guerra do Vietname, a divisão da Coreia em Coreia do Sul e Coreia do Norte que continuam tecnicamente em guerra, o conflito ainda não resolvido de Jammu e Cachemira, a guerra indo-paquistanesa que em 1971 deu origem ao Bangladesh, os diversos conflitos entre a China e os países fronteiriços, a anexação pela Indonésia e posterior independência de Timor e ultimamente a "Guerra do Terror" no Afeganistão, apenas para referir alguns (Cheers, 2005). Em muitos dos países asiáticos a pobreza extrema é uma realidade para largas faixas da população. No que diz respeito ao HIV/SIDA, estima-se que cinco milhões de pessoas estejam infectadas, havendo cerca de 380000 novas infecções só em 2007 (UNAIDS, 2008). Mais especificamente no que diz respeito à educação sexual, para além deste contexto socio-económico desfavorável, existem também obstáculos de ordem cultural e religiosa na maioria destes países. Senanayake (1992) apresenta os programas de *Family Life Education* (FLE) como uma forma de evitar esses obstáculos, já que evitar o termo sexual favorece a aceitação de programas neste âmbito em países como o Sri Lanka. Segundo o autor, nesta perspectiva a saúde sexual é definida como um estado de bem-estar físico e psicológico no que diz respeito à sexualidade, devendo os programas ser implementados desde a escola primária. A FLE é uma abordagem da saúde sexual e reprodutiva culturalmente sensível, que deve envolver as escolas, centros juvenis e organizações não-governamentais e utilizar estratégias como a dramatização, a composição de canções ou análise da letra de canções já existentes, *role-play*, análise de literatura, vídeos e filmes, programas de rádio e linhas telefónicas.

A *Sri Lanka Family Planning Association* (FPA) constatou que os jovens necessitavam de programas de educação no âmbito da saúde reprodutiva, pelo que desenvolveu um projecto piloto nas escolas do Sri Lanka que resultou na elaboração de um programa nacional de educação sexual nas escolas, implementado a partir de 1992 (Basnayake, 1993). Para a implementação desse programa, destinado a jovens a partir dos 15 anos, foi recrutada e formada uma equipa de professores. Aulas sobre educação

sexual passaram a ser uma realidade nas escolas do Sri Lanka e o conhecimento dos jovens sobre sexualidade humana aumentou significativamente. Tal como já foi referido, este programa obteve um *feedback* positivo da parte de pais, professores, líderes comunitários e religiosos, inclusivamente de alguns monges Budistas.

No Bangladesh não existe educação sexual formal nas escolas e as normas culturais são um obstáculo à discussão de temáticas relativas à sexualidade entre adolescentes e amigos mais velhos ou a família, pelo que é comum os adolescentes estarem pouco informados e terem crenças erróneas face a esta temática (Haque, 1998). Um projecto inovador desenvolvido neste contexto foi a criação de um programa de rádio semanal de quinze episódios que abordava questões relativas à sexualidade. Esse programa foi um enorme êxito, evidenciando a necessidade de educação sexual e para a saúde reprodutiva que existia no país. Perante isto, a *Family Planning Association of Bangladesh* (FPAB) desenvolveu e produziu uma série de *talk-show's* sobre o assunto na *Bangladesh Television* (BTV). Em cada um dos cinco episódios rapazes e raparigas davam a sua opinião sobre o crescimento, discriminação de género, relações de namoro. Durante o programa pais, professores e psiquiatras discutiam os comentários dos jovens. O autor acredita que o facto dos adolescentes e jovens adultos terem partilhado os seus medos, preocupações, opiniões e sentimentos na televisão pública teve um impacto imenso na sociedade do Bangladesh no sentido de uma maior abertura face à sexualidade. Os esforços ao nível da prevenção levados a cabo no país têm tido resultados positivos, nomeadamente no que diz respeito ao HIV/SIDA, cuja prevalência é de 0,1% (UNAIDS, 2006).

Na Índia, um quinto da população tem entre 10 e 19 anos, cerca de 40% das adolescentes entre os 15 e os 19 anos são sexualmente activas e a média da idade com que se casam é de apenas 16 anos, o que faz com que muitas mulheres tenham filhos na adolescência. Foi neste contexto e com o objectivo de melhorar a saúde sexual dos jovens que surgiu o projecto *Healthy Adolescent Project in India* (HAPI), financiado pela Fundação David e Lucile Packard, no âmbito do qual a FHI e *Family Planning Association of India* têm vindo a trabalhar com a *World Association of Girls Guides and Girls Scouts* (WAGGGS) e a *Bharat Scouts and Guides Association* (BSG) e que consiste em formar as raparigas dessas associações no sentido delas proporcionarem depois informação sobre saúde reprodutiva a outros jovens. A BSG é a maior associação juvenil da Índia com três milhões de membros e uma vasta experiência em projectos educativos, pelo

que constitui um veículo privilegiado para disseminar informação sobre saúde reprodutiva. No âmbito do HAPI, receberam formação 900 jovens, tornando-se assim "*peer educators*". O projecto vai ser avaliado e se for comprovada a sua eficácia, a FHI pretende replicá-lo através da rede da WAGGGS em 140 países. O *National Council of Eductional Research and Training* alertou para a facto dos projectos de educação a serem implementados na Índia terem de ser sensíveis aos aspectos culturais. Um inquérito realizado com 4709 adolescentes e jovens adultos revelou diferenças significativas entre homens e mulheres e entre os jovens de meio rural e os de meio urbano. Independentemente disso, o reduzido acesso a fontes de informação fiáveis no que diz respeito à saúde sexual é uma constante. Este dados levaram o *National Council* a considerar urgente a colaboração entre quem desenvolve os *curricula*, políticos, professores e pais no sentido de ponderarem a desejabilidade de programas de educação sexual a ser implementados em meio escolar, cujos objectivos passassem pela transmissão de conhecimento mas também pelo trabalho ao nível das atitudes, comportamentos e valores.

A Malásia é um dos maiores produtores de preservativos do mundo, no entanto tem uma das menores taxas de utilização *per capita* de preservativos (AIDSlink, 1993). Face à propagação do HIV/SIDA, no início dos anos 90, o Ministério da Saúde pretendia tomar medidas como a introdução da educação sexual nas escolas, programas para prevenir a troca de seringas entre consumidores de drogas e de promoção da utilização de preservativos nos grupos de alto risco. No entanto, os grupos islâmicos e católicos opuseram-se a essas medidas e o director do *Ministry's AIDS Prevention* anunciou que voltar a ensinar o Islão e a adoptar valores islâmicos são os meios para lidar com o HIV/SIDA. Sugeriu também, entre outras coisas, que os rapazes e raparigas fossem separados, que a televisão fosse rigorosamente censurada. Em 1996, um inquérito realizado pelo *National Population and Family Development Board* evidenciou que os adolescentes estavam a assumir comportamentos de risco que colocavam a sua saúde em risco. A educação para a saúde foi introduzida nas escolas em 1997, tendo o Ministério da Educação, em parceria com diversas entidades nacionais, adicionado um módulo sobre sexualidade no âmbito da temática da "educação para a vida familiar" (*family life education*) (OMS, 2002). Esse módulo tem sido assumido pelos membros e voluntários da Associação de Planeamento Familiar da Malásia, que tem desenvolvido também acções de educação sexual e reprodutiva através dos pares (o projecto *Prostar*

treinou 32000 jovens com esse objectivo). Em 2001, a promoção da saúde e desenvolvimento dos adolescentes tornou-se uma prioridade, sendo incluída no PINTAS (Malaysia Plan and the National Social Action Plan) e iniciou-se o *Rakan Muda* (amigos da juventude), projecto do Ministério da Juventude e Desporto, cujo objectivo é envolver os jovens em clubes desportivos e recreativos, encorajando estilos de vida saudáveis (*ibidem*). De referir também o *Telehealth*, projecto iniciado em 2002, que recorre à televisão e à *internet* para abordar temas como o crescimento e desenvolvimento, nutrição, saúde sexual e reprodutiva, saúde mental, maus tratos e violência.

A Tailândia confronta-se com vários problemas ao nível da saúde sexual e reprodutiva: fertilidade e controlo da natalidade, infecções do aparelho reprodutor, gravidez não desejada, abortos ilegais e sem condições de segurança, violência contra as mulheres (Chandeying, 2005). Nas últimas três décadas foram estabelecidos e fortalecidos os serviços de saúde reprodutiva e, desde 1995, o Ministério da Saúde Pública passou a considerar estas questões como uma das suas prioridades. Em 2000, houve uma reforma do sistema de saúde que levou à definição de estratégias e acções no sentido de melhorar os serviços de saúde. Os projectos em curso incluem o envolvimento político e social, o treino e formação de profissionais, a criação de serviços multidimensionais e a investigação (*ibidem*). Em 2001, um grupo de especialistas da área da saúde entregou ao Ministério da Educação uma proposta de linhas orientadoras para a educação sexual nas escolas, o que resultou na integração da temática da educação para a vida familiar (*family life education*) nas escolas e na elaboração de um manual sobre educação sexual com o objectivo de ajudar os professores a ultrapassarem o embaraço de abordar certas questões e a melhorarem a comunicação com os alunos (OMS, 2002). Actualmente, pelo menos um professor já recebeu formação em metade das 34000 escolas do país, o que permite que cinco milhões de crianças tenham sessões semanais de educação sexual (*ibidem*). Os esforços de prevenção levados a cabo na Tailândia são reconhecidos no que diz respeito ao controlo do HIV/SIDA, já que têm vindo a diminuir os níveis de infecção no país (UNAIDS, 2006).

Na China, nos anos 50, as medidas de planeamento familiar eram rejeitadas, uma vez que, em termos políticos, se considerava que o país precisava de mais força de trabalho, contudo, em 1979, começou a implementar o mais rigoroso programa de controlo de natalidade do mundo (Hardee, Xie & Gu, 2004). Esse programa, que limita a maioria dos casais a terem apenas um filho, teve inúmeras consequências em termos de

normas e papéis de género ao exacerbar a preferência por um filho de sexo masculino e uma cultura que valoriza os homens em detrimento das mulheres. As mulheres foram coagidas a limitar a sua capacidade de reprodução, em ordem a ser atingido o objectivo do governo de alcançar um rápido declínio da fertilidade, o que foi conseguido: se nos anos 50 cada casal tinha em média seis filhos, em 1992, esse número era de aproximadamente dois filhos por casal e continuou a diminuir durante toda a década de 90 (*ibidem*). Esta política de controlo de natalidade, no entanto, nunca se traduziu na implementação de programas de educação sexual ou de saúde sexual e apenas com o aparecimento do HIV/SIDA essas questões começaram a ser equacionadas. De facto, embora a China tenha uma cultura sexual milenar muito rica, os chineses não estão, de um modo geral, dispostos a discutir abertamente temas relacionados com a sexualidade (Gao *et al.*, 2001) e os pais, professores e autoridades escolares revelam grande resistência no que diz respeito à introdução da educação sexual nas escolas (Zhang, 1997). Contudo, o que os dados revelam é que as relações sexuais pré-maritais e as gravidezes não desejadas são cada vez mais comuns entre os adolescentes e, por outro lado, há também a preocupação com as doenças sexualmente transmissíveis, especialmente com o HIV/SIDA (Gao, 2001). Os jovens estão pouco informados sobre o HIV/SIDA e não sabem como proteger-se dessas doenças ou evitar uma gravidez não desejada. Segundo os dados do estudo de Zhang (1997), realizado com uma amostra de 3231 estudantes com idades entre os 11 e os 14 anos, 35% das raparigas tinham falta de conhecimentos sobre a menstruação e 55% dos rapazes sobre a erecção e para cerca de 50% os mass media eram a principal fonte de educação sexual. A falta de informação e concepções erróneas dos adolescentes, levou o autor a defender uma mudança de atitudes que permita treinar e formar os professores e introduzir a educação sexual nas escolas. Li *et al.* (2004) realizaram um estudo com estudantes universitários e constataram que 47% dos jovens referia nunca ter recebido qualquer tipo de educação sexual, apesar de todos terem tido aulas sobre reprodução. Também estes autores defendem que é necessário introduzir a educação sexual nas escolas chinesas, numa perspectiva compreensiva. Chen e colaboradores (2005) levaram a cabo outra investigação com estudantes universitários e, tal como os autores anteriores, concluíram que é necessário reforçar a educação sexual, nomeadamente no que diz respeito ao sexo seguro, às competências de auto-protecção e ao conhecimento sobre o HIV/SIDA.

É preciso referir que, no ano lectivo de 1981/1982, foi introduzida nas escolas secundárias chinesas uma disciplina de "*Population Education*", que incluía, de forma muito discreta, algumas temáticas de educação sexual e questões como a responsabilidade familiar, a teoria marxista e a dinâmica de crescimento populacional numa perspectiva nacional e internacional, enfatizando a política de um filho por casal (Fraser, 1983). O *United Nations Fund for Population Activities* (UNFPA) apoiou a elaboração de um novo manual de "*Population Education*", no qual se abordam questões sobre a sexualidade humana e os métodos contraceptivos. No novo texto a prevenção da gravidez é discutida sem referência ao casamento, mas inclui também um capítulo sobre o significado do casamento e promove o conceito de famílias com apenas um filho.

Mais recentemente têm sido implementados alguns projectos de educação sexual, refira-se a título de exemplo os programas de educação através dos pares e mais especificamente o *Australian-Chinese AIDS/STD/Safer Sex Peer Education Programme for Youth*, com a duração de quatro anos e que trabalhou com mais de 40000 estudantes do secundário e universitários (Gao, 2001). A avaliação do programa realça a sua eficácia, quer no que diz respeito ao aumento dos conhecimentos relativos à SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis quer na mudança de atitudes em relação às pessoas infectadas com HIV/SIDA. Além disso, o programa é altamente apreciado pelos estudantes.

Resta ainda referir que, no que diz respeito ao apoio face ao HIV/SIDA, a China pode ser considerada um modelo a seguir (UNAIDS, 2005) por causa do seu programa "*Four Frees and One Care*", que oferece gratuitamente a terapêutica anti-retroviral, medicamentos para prevenir a transmissão mãe-filho, apoio a crianças cujos pais morreram com SIDA e assistência económica a famílias afectadas pela doença.

América Latina e Caraíbas

Nas últimas décadas, esta região tem vindo a alcançar uma maior estabilidade socio-económica, contudo há consideráveis lutas civis entre grupos de guerrilha e os governos em vários países, por exemplo no Peru e na Colômbia (onde os cartéis do narcotráfico são o principal problema). Nalguns países houve períodos longos de ditadura, durante os quais os militares desempenharam um papel importante nos

governos e houve consideráveis perdas de vidas civis, como no Chile e na Argentina (Cheers, 2005).

No que diz respeito ao HIV/SIDA, em 2005 havia, nesta região, cerca de 1,6 milhões de pessoas infectadas, 32000 das quais crianças e adolescentes com menos de 15 anos. Calcula-se que só em 2007 tenham morrido 77000 pessoas com SIDA (UNAIDS, 2008). Os níveis de infecção mantêm-se elevados (entre 2 e 28%) mas neste momento cerca de 73% das pessoas que necessitam de terapêutica anti-retroviral têm acesso ao tratamento.

Relativamente à educação sexual, muitos destes países têm vindo a introduzir as temáticas da sexualidade e da prevenção do HIV/SIDA nos seus *curricula* escolares ou a desenvolver projectos-piloto como ponto de partida para uma implementação da educação sexual em larga escala.

A Colômbia estabeleceu um projecto nacional de educação sexual em 1993, procurando mudar a visão negativa da sexualidade, promover a justiça social através da redefinição dos papéis de género tradicionais, fomentar a responsabilidade em termos de saúde sexual e reprodutiva e encorajar o respeito e auto-determinação das famílias (Martinez Mendez, 1996). No âmbito desse projecto 2000 professores participaram em 180 *workshops* sobre sexualidade humana, foi pedido às Universidades que incluíssem nos seus planos de estudo a temática da educação sexual, criaram-se 36 equipas regionais, 145 pessoas receberam formação em desenvolvimento de programas e prepararam-se 12 folhetos, *posters* e vídeos sobre educação sexual levando em conta a diversidade cultural e étnica do país (*ibidem*). Na Colômbia têm também sido desenvolvidos alguns projectos de educação através dos pares. Perez & Dabis (1993) utilizaram essa metodologia no âmbito da prevenção primária do HIV, com o objectivo de consciencializar para os riscos associados à sexualidade e promover comportamentos sexuais saudáveis. Numa primeira fase, os autores recolheram informação através da condução de *focus group* e entrevistas e da aplicação de um questionário de conhecimentos, atitudes e comportamentos. Tendo em conta a informação recolhida, levaram a cabo uma intervenção de educação para a saúde, dirigida a adolescentes dos 10 aos 19 anos, e subsequente avaliação. A principal estratégia foi o desenvolvimento de sessões de educação pelos pares, supervisionadas por professores treinados para o efeito. Os resultados sugerem que o programa teve um efeito positivo em relação aos conhecimentos e atitudes face ao HIV/SIDA. Os autores concluem que a combinação de

intervenções e eventos diversos no contexto da escola, com o suporte de uma comunicação interpessoal efectiva como no caso da educação através dos pares, e acções comunitárias são estratégias efectivas na prevenção primária do HIV e devem ser consideradas de forma mais extensiva.

Figura 4: Imagem utilizada pelo Ministério da Educação da Costa Rica

Na Costa Rica existe o *Departamento de la Educación Integral de la Sexualidad Humana* (DEISH) que se dedica a fomentar a educação sexual da população estudantil de todos os ciclos e modalidades de ensino, através da participação da comunidade educativa e da utilização de estratégias inovadoras e criativas. Neste país defende-se que a família é a primeira responsável no assumir deste tipo de educação e que o sistema educativo formal tem uma acção subsidiária ou complementar. No âmbito da educação sexual em meio escolar é dada uma grande importância aos valores, ética, afectividade e ternura e promove-se a aquisição de competências para a vida, no sentido do desenvolvimento de uma sexualidade responsável e saudável, através da transversalidade do *currículum* e da utilização de metodologias participativas. A Primeira Dama da Costa Rica lançou, em 1998, o *Programa Amor Joven* no âmbito do qual foi definido o *Plan de Capacitación en Educación de la Sexualidad* que estabelece uma estratégia de abordagem do tema da sexualidade dentro e fora da aula, através do desenvolvimento de projectos pedagógicos que facilitem a aprendizagem de competências para a vida e envolvam o diálogo e participação dos diferentes actores da comunidade educativa (Ministério da Educação da Costa Rica, 2006). Para além do trabalho desenvolvido pelo Ministério da Educação, existe o *Programa de Atención Integral del Adolescente*, mais ligado ao sector da saúde, e inúmeras organizações da

sociedade civil que intervêm também na área da educação sexual, como o *Centro de Orientación Familiar*, a *Asociación Demográfica Costarricense*, o *Instituto Latinoamericano de Pedagogía de la Comunicación*, a *Federación de Organizaciones Voluntarias*, o *Movimento Familiar Cristiano*, a *Fundación Ser y Crescer*, a *Fundación para la Promoción y la Capacitación Alternativa* (PROCAL) e a *Paniamor*. Interessa ainda referir que a *Facultad de Educación da Universidad de Costa Rica* tem, desde há vários anos, um curso opcional sobre sexualidade para professores, que serve também como *currículum* para todos os estudantes universitários.

O México é outro dos países que tem feito esforços no sentido de incluir a educação sexual em meio escolar, numa perspectiva de promoção do desenvolvimento integral dos alunos. A constituição mexicana estabelece que a escola e o trabalho dos professores para além de promover o desenvolvimento de competências intelectuais e para a aquisição de conhecimentos básicos de ciências naturais e sociais, deve contribuir para a formação de atitudes e valores fundamentais que permitam aos indivíduos desenvolver plenamente as suas potencialidades, integrarem-se na sociedade e participarem no seu progresso e melhoria (Secretaria de Educación Pública, 2000). Um dos marcos distintivos da nova reforma educativa é a atenção dedicada a temáticas que até então não tinham sido abordadas de forma suficiente, como é o caso da educação sexual. De facto, no documento da *Secretaria de Educación Pública* "*Sexualidad Infantil y Juvenil: Nociones introductorias para maestras y maestros de educación básica*" pode ler-se: "Ainda que seja um facto reconhecido que a sexualidade se manifesta de diversas formas e em todas as relações humanas, durante muito tempo o conhecimento e a reflexão sobre esta dimensão da vida manteve-se à margem da acção educativa sistemática e, no melhor dos casos, limitou-se à transmissão de informação sobre aspectos anatómicos e fisiológicos, esquecendo as suas dimensões afectiva e ética". A *Secretaria de Educación Pública* define a educação sexual como uma questão prioritária e urgente, pois considera que a ausência ou fragilidade da resposta dada nesse âmbito é um dos factores que influenciam o aumento de problemas como a gravidez precoce ou não desejada, a propagação de doenças como a SIDA e, em geral, as dificuldades com que muitas pessoas se confrontam no que diz respeito a viver a sua sexualidade de forma livre e responsável. Defende uma educação sexual adequada, desde uma idade precoce, com o objectivo de capacitar as crianças e adolescentes para tomarem decisões que os ajudem a viver a sua sexualidade de forma satisfatória e a evitar situações de

risco. Neste sentido, foram incluídos novos conteúdos nos livros gratuitos de educação primária, especialmente nos de Ciências Naturais, foi criada a disciplina de *Formación Cívica y Ética* na educação secundária e organizados cursos para professores neste âmbito.

Para além do trabalho desenvolvido pela *Secretaria de Educación Pública*, têm sido realizados alguns estudos, nomeadamente de avaliação de intervenções no âmbito da prevenção do HIV. Walker e colaboradores (2006) realizaram uma investigação em 40 escolas mexicanas. As escolas foram divididas em três grupos: escolas onde foi implementada uma intervenção de prevenção do HIV que promovia a utilização de preservativo, escolas onde foi implementada a mesma intervenção mas se abordava também a utilização de contracepção de emergência e escolas onde seria avaliada a educação sexual que fazia parte do *currículum*. Este último grupo funcionaria como grupo de controlo. Os autores concluíram que as intervenções implementadas não reduzem os comportamentos de risco, pelo que enfatizam a necessidade de as repensar. Salientam também que o facto de se abordar a questão da contracepção de emergência não faz diminuir a utilização de preservativo ou aumentar comportamentos sexuais de risco, apenas aumenta o recurso à contracepção de emergência. Este resultado é importante, pois ainda são muito comuns as resistências e crenças erróneas face à contracepção de emergência.

Ainda no México é preciso referir o trabalho que tem vindo a ser desenvolvido por Susan Pick e colaboradores no *Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población* (IMIFAP). O IMIFAP realizou inúmeros estudos nos últimos anos, tendo identificado numerosas variáveis que influenciam a saúde sexual dos adolescentes, nomeadamente o nível de conhecimentos e atitudes face à sexualidade e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, tipo de normas e papéis socio-culturais, percepção de atitudes de familiares e amigos face à sexualidade, informação sobre conceitos básicos de sexualidade, estratégias de comunicação, entre outras (Pick *et al.*, 1991). Face a isto, criaram o programa de educação sexual "*Planeando tu vida*" dirigido a adolescentes, que pretende proporcionar informação e competências que favoreçam o exercício da sexualidade de modo pleno e responsável. A implementação do programa tem sido cuidadosamente avaliada e os resultados apontam para mudanças ao nível das competências psicossociais, atitudes e conhecimentos sobre sexualidade. Esta mesma equipa desenvolveu o "*Yo quiero, yo puedo*", um programa de educação sexual que

abrange também as crianças, e o "*Si yo estoy bien, mi familia también*", destinado a mulheres jovens de zonas rurais do México. O IMIFAP tem tido também um papel importante na defesa da igualdade de direitos entre homens e mulheres.

No Brasil a educação sexual está inevitavelmente associada à prevenção do HIV/SIDA, já que é aí que vivem mais de um terço das pessoas infectadas com HIV da América Latina (620000 adultos e crianças). Em 2003, com o objectivo prevenir gravidezes não desejadas e doenças sexualmente transmissíveis, o governo brasileiro criou o programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) que conta com o apoio da UNESCO e da UNICEF e que estimula as escolas a incluírem a educação sexual nos seus *curricula* e a discutirem a melhor forma de distribuir preservativos em meio escolar, envolvendo pais, professores e responsáveis pela gestão das escolas. A distribuição de preservativos está prevista apenas em escolas que implementem efectivamente educação sexual. Foi elaborado um "Guia de Formação para Profissionais de Saúde" e organizadas oficinas de formação para técnicos da área. O Censo Escolar 2005, realizado pelos Ministérios da Saúde e da Educação, refere que a maioria das escolas brasileiras já incluem a educação sexual nos seus *curricula* e 16,3% disponibilizam preservativos. Para além disso têm sido desenvolvidas inúmeras campanhas de divulgação e promoção da utilização do preservativo, que efectivamente tem aumentado entre os brasileiros.

Para além do trabalho desenvolvido por entidades públicas, também grupos de investigadores e entidades da sociedade civil têm tido um papel no que diz respeito à educação sexual no Brasil. Antunes e colaboradores (2002) levaram a cabo uma série de *workshops* sobre sexo seguro, destinados a alunos do regime nocturno (18-25 anos). Nos *workshops* eram abordados temas como o simbolismo da SIDA, a percepção de risco, a influência das normas e atitudes de género, o conhecimento sobre o HIV/SIDA, o corpo sexuado, o prazer sexual e a utilização do preservativo e sua negociação. Os autores verificaram diferenças nos resultados em função do género, tendo os *workshops* tido maior impacto nas mulheres que revelaram uma melhoria significativa em termos de conhecimentos e atitudes face ao sexo seguro, o que não se verificou nos homens. Face a isto, concluem que para alcançar resultados mais expressivos é necessário levar em conta as diferenças de género e os *scripts* sexuais ao desenvolver programas de educação sexual.

O Grupo de Trabalho e Pesquisa em Orientação Sexual (GTPOS) desenvolveu também um programa que começa na pré-escola com jogos e exercícios simples de comunicação (Egypto, Pinto & Bock, 1996). No 4º ano é introduzido um programa mais estruturado, numa perspectiva de aprendizagem activa, participativa e que leva em conta as preocupações e interesses dos estudantes. Parte-se do princípio que discussões abertas num contexto de respeito irão capacitar os alunos para tomarem decisões informadas em relação ao comportamento sexual. Os professores podem alterar o *currículum* mas o corpo humano, as questões de género e o HIV/SIDA são temas abordados em todas as escolas. Os pais são envolvidos no planeamento das actividades e encorajados a participar em programas de educação sexual especialmente dirigidos a eles.

Filgueiras (1992) descreve outro programa de educação sexual levado a cabo pelo Centro de Defesa dos Direitos das Crianças e Adolescentes, que trabalha com raparigas que vivem nas ruas do Rio de Janeiro. Estas raparigas estão vulneráveis a sofrer discriminação, violência, abuso e exploração, têm reduzido conhecimento ou estão mal informadas acerca dos serviços de saúde e planeamento familiar e são um grupo de elevado risco no que diz respeito a gravidezes não desejadas, recurso a abortos clandestinos, infecção por HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, abuso de drogas e outros problemas de saúde. O trabalho desenvolvido começou pelo estabelecer de contacto com estas raparigas na rua através de conversas informais e pela conquista gradual da sua confiança, o que permitiu avaliar necessidades e encaminhar para serviços de saúde. As actividades de educação sexual passaram pela realização de *focus group*, através dos quais as raparigas foram ajudadas a desenvolver um vídeo sobre HIV/SIDA, imprimir materiais educativos, jogos de tabuleiro e *tshirt's*.

Ainda no Brasil é de referir a parceria entre o laboratório farmacêutico Schering e o canal televisivo Futura, ligado à Fundação Roberto Marinho e cuja programação é exclusivamente dedicada à educação de crianças, jovens, educadores, trabalhadores e micro-empresários. Dessa parceria resultou o programa "Sexualidade: Prazer em conhecer", que pretende lançar a discussão sobre a sexualidade dentro e fora das escolas, abordando temas como a prevenção do HIV/SIDA, gravidez não desejada, prazer, igualdade de direitos entre homens e mulheres, preconceitos sexuais, cidadania e educação.

No contexto da América Latina, Cuba é um bom exemplo, pelo menos no que diz respeito à educação sexual e prevenção do HIV/SIDA. Partindo de um trabalho conjunto entre o *Ministerio da Educación*, o *Centro Nacional de Educación Sexual* e o *Ministerio de Salud Pública*, em 1986, a educação sexual foi incluída no *currículum* com carácter transversal. Em 1996, procedeu-se a uma actualização do ponto de vista teórico e metodológico, abarcando todos os programas de 100% dos centros educativos desde o nível pré-escolar até à formação dos professores, incluindo também as pós-graduações na área (desenvolvidas pela *Universidad Pedagógica de la Habana* e o *Centro Nacional de Educación Sexual*). Em 1999, estabeleceu-se um Programa Director que definiu os conteúdos e objectivos por níveis de ensino, modos de implementação para todas as regiões, garantindo a adequação às suas características e necessidades específicas. Este programa educativo baseia-se na promoção de uma sexualidade responsável, mediante a utilização de estratégias educativas múltiplas, a comunicação interpessoal e grupal, enfatizando a discussão em pequenos grupos, já que se considera que essa é a forma mais eficaz para alcançar um compromisso emocional que se converta em mudanças comportamentais. A televisão nacional promove também a prevenção de doenças através de *spots* como o "*Para la vida*" e o programa "*Hablemos de salud*". De referir ainda que, no que diz respeito ao HIV/SIDA, em Cuba, no final de 2005, a prevalência nos adultos era de 0,1%, estimando-se que existam apenas 4800 pessoas infectadas e que menos de 500 tenham morrido devido à SIDA (UNAIDS, 2006). O programa cubano de prevenção da transmissão mãe-filho do HIV é o mais eficaz do mundo, sendo o número de crianças que nasceram com HIV inferior a 100 e o acesso à terapêutica anti-retroviral é universal (*ibidem*).

Noutros países da América Latina têm sido também implementados diversos programas de educação sexual. No Chile, por exemplo, Cabezon e colaboradores (2005) descrevem o *TeenStar*, um programa de educação sexual centrado na promoção da abstinência. O programa foi avaliado através de um estudo randomizado com um *follow-up* de quatro anos. A taxa de gravidez foi registada e comparada entre grupo experimental e grupo de controlo. Os autores chegaram à conclusão que o *TeenStar* é um programa eficaz na prevenção de gravidezes não desejadas. Estes resultados são contrários aos encontrados noutros estudos que, de uma forma geral, apontam para a ineficácia dos programas centrados na promoção da abstinência, no entanto os autores não levaram em conta outros factores que podem ter influenciado o menor número de

gravidezes, nomeadamente a utilização de contraceptivos ou a existência de outras iniciativas de educação sexual de âmbito governamental.

Em Belize, Martiniuk, O'Connor & King (2003) implementaram o *Responsible Sexuality Education Programe* (RSP), destinado a adolescentes dos 13 aos 19 anos, cujos objectivos eram a transmissão de conhecimentos em relação à sexualidade e riscos associados e a mudança de atitudes e do comportamento planeado. Embora tenha havido um aumento significativo no que diz respeito aos conhecimentos, não se verificaram diferenças em termos de atitudes ou do comportamento planeado. Os autores concluem que devem ser feitos mais estudos sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes, pois, implementar programas de educação sexual é imperativo, dado que os jovens necessitam de ter acesso à informação necessária para tomarem decisões responsáveis em termos de saúde sexual.

Um projecto inovador foi implementado na Jamaica através de uma parceria entre a *Ashe Caribbean Performing Arts Ensemble and Academy* e a FHI que disponibilizou os fundos e assistência técnica para desenvolver "*Vibes in a World of Sexuality*", um musical com canções e danças relativas aos desafios com que um grupo de adolescentes se confronta quando estão prestes a tornar-se sexualmente activos. Ainda no âmbito dessa parceria foi construído um *currículum* de vida familiar (*family life curriculum*) e formaram-se professores, orientadores, enfermeiras escolares, líderes de grupos juvenis, no sentido destes desenvolverem depois acções de saúde reprodutiva com adolescentes. A FHI colaborou também com o *Program for Adolescent Mothers do Women's Center of Jamaica Foundation*. Este programa tem tido sucesso na redução de gravidezes repetidas, o que parece ficar a dever-se ao facto de fazerem esforços no sentido de aumentarem os conhecimentos sobre planeamento familiar e o acesso a contraceptivos e de promoverem o regresso à escola das mães adolescentes. Este tipo de programas é, geralmente, colocado em segundo plano no contexto da educação sexual, no entanto é sabido que uma mãe adolescente tem uma elevada probabilidade de voltar a engravidar, de desistir da escola, ter problemas laborais e financeiros e dificuldades na relação com os filhos. Assim sendo, maior atenção e apoio tem de ser dada a esta população, desenhando programas que vão ao encontro das suas necessidades e as ajudem a ultrapassar as dificuldades com que se confrontam.

Ainda no contexto da América Latina interessa referir o trabalho desenvolvido pela CANTERA, uma organização não governamental da Nicarágua, que tem desenvolvido

inúmeros materiais educativos e interactivos para *workshops* sobre violência doméstica, questões de género e saúde reprodutiva. Esses materiais têm sido utilizados em *workshops* destinados a representantes de organizações não governamentais em El Salvador, Honduras, Haiti e Guatemala.

Oceânia

Agius e colaboradores (2006) fazem uma análise crítica da educação sexual levada a cabo nas escolas australianas no período entre 1992 e 2002. Referem que os adolescentes australianos demonstram elevados níveis de conhecimento sobre HIV/SIDA (a prevalência de HIV/SIDA na região é baixa - 0,3%), no entanto o conhecimento relativamente a outras infecções sexualmente transmissíveis continua a ser muito reduzido. Entre 1992 e 2002 aumentou o número de estudantes que refere ser sexualmente activo e o número de rapazes do 10 º ano que refere ter tido três ou mais parceiros sexuais duplicou desde 1997, esse número aumentou também nas raparigas, embora de forma menos expressiva. A utilização de preservativos tem vindo a aumentar mas cerca de 40% dos estudantes continua a referir que só utiliza preservativos às vezes. Os autores concluem que "a educação sexual em meio escolar constitui uma base crucial para garantir que os jovens começam a ser sexualmente activos de forma segura e com os conhecimentos básicos apropriados" (p. 247).

América do Norte, Europa e Federação Russa

Os países da América do Norte e Europa distinguem-se da maioria dos países do mundo pela sua situação socio-económica, ainda assim existem disparidades muito acentuadas, quer entre diferentes países quer dentro de cada país entre diferentes níveis socio-económicos. Na Europa existem vários movimentos separatistas, alguns dos quais envolvendo conflito armado. O desemprego, a violência, as desigualdades sociais e, mais recentemente, a ameaça do terrorismo são algumas das preocupações da agenda política destes países. Na sua generalidade, têm elevadas taxas de alfabetização, que atingem mesmo os 100% em países como a Noruega, Dinamarca, Finlândia ou Estónia, e a maioria da população tem acesso a serviços de saúde adequados, embora a perspectiva dos países da Europa que se poderia definir por "saúde para todos" difira

largamente da perspectiva dos EUA onde o acesso aos serviços de saúde depende em grande parte dos seguros que as pessoas possam pagar.

No que diz respeito aos adolescentes, estes tornam-se sexualmente activos cada vez mais precocemente e o número de gravidezes não desejadas e de infectados com HIV/SIDA nesta faixa etária é uma preocupação em grande parte destes países. A educação sexual nas escolas é uma realidade em muitos dos países destas regiões e foram feitos inúmeros investimentos em programas e campanhas de prevenção, especialmente no que diz respeito ao HIV/SIDA. As taxas de prevalência do HIV/SIDA são relativamente baixas, embora atinjam proporções preocupantes em determinados grupos de risco como os consumidores de drogas por via endovenosa ou minorias étnicas. Veja-se o exemplo dos EUA onde 50% das novas infecções ocorrem entre os afro-americanos, que correspondem apenas a 12% da população total; situação semelhante, embora não tão expressiva, acontece do Canadá em que 5 a 8% das novas infecções ocorrem entre os aborígenes que correspondem a 3% da população total (UNAIDS, 2006). O acesso à terapêutica anti-retroviral é elevado, o que tem permitido reduzir substancialmente o número de mortes causadas pela SIDA. Muitos países têm tido resultados positivos no que diz respeito à diminuição do número de novas infecções pelo facto de terem adoptado medidas de redução de danos com grupos de risco como os toxicodependentes. A Península Ibérica é um bom exemplo disso, no caso de Portugal, em 2004, o número de novas infecções entre esse grupo foi menos de metade do que em 2000 (*ibidem*).

Esta situação face ao HIV/SIDA não se verifica na Europa de Leste e na Federação Russa, onde a epidemia continua a crescer e existem cerca de 1,5 milhões de pessoas infectadas. O número de novas infecções tem aumentado, estima-se que actualmente cerca de 420000 mulheres estejam infectadas, o que significa um aumento de quase um terço relativamente a 2003 (UNAIDS, 2006). O acesso ao tratamento é insuficiente e ainda que a partilha de seringas entre consumidores de drogas tenha sido o modo de transmissão em cerca de 70% dos casos, os programas de redução de danos abrangem apenas 9% das pessoas que injectam drogas (*ibidem*).

A prevenção do HIV/SIDA tornou-se um dos principais objectivos da educação sexual, ainda que nestas regiões do mundo, em termos gerais, se aceite que esta não se deve limitar aos aspectos anatómicos e fisiológicos da sexualidade humana ou à abordagem dos riscos associados à actividade sexual, devendo levar em conta as

dimensões afectiva, social e ética da sexualidade. Contudo, em muitos destes países, a educação sexual é uma temática que causa bastante polémica, criando grande oposição entre os grupos conservadores e os grupos mais liberais das diferentes sociedades, o que é particularmente visível nos EUA.

A constante referência à sexualidade nos *mass media* remete para uma aparente abertura face a essa temática, que tem resultado acima de tudo na sua banalização e, muitas vezes, na desinformação face a estas questões. Isto não significa, no entanto, que não existam boas experiências de utilização dos *mass media* como fonte de educação sexual.

Começando pela Federação Russa, no final dos anos 80 foram feitos esforços no sentido de proporcionar educação sexual aos jovens russos, no entanto esses esforços seriam interrompidos pela *Perestroika,* devido à necessidade de dar maior atenção aos aspectos políticos e económicos. No início da década de 90, surgiram diversas associações de planeamento familiar, financiadas por fundos estrangeiros, que começaram a implementar programas de distribuição de preservativos (Popova, 1996). Em 1996, a Associação de Sexologia Russa desenvolveu um *curriculum* de educação sexual e familiar (*sex and family life education*), que não se limitava aos factos básicos sobre reprodução, abordando temas como a família, os aspectos psicológicos das relações sexuais, a comunicação interpessoal e a resolução de conflitos (*ibidem*). Segundo a autora, o grande obstáculo à implementação generalizada deste programa prende-se com o reduzido número de professores com o *background* socio-psicológico que esta exige. Também Chervyakov (1997) apresentou dados que confirmam a necessidade de se desenvolverem programas de educação sexual: aos 16 anos, 43,9% dos rapazes e 24% das raparigas são sexualmente activas; mais de 60% dos adolescentes acredita que as relações sexuais são tão importantes como a educação ou a carreira; apenas 17% dos que ainda não são sexualmente activos e 30% dos que são consideram ter um conhecimento sobre sexualidade adequado; no grupo dos que ainda não são sexualmente activos 74,9% dos rapazes e 85,3% das raparigas defendem a introdução da educação sexual no *curriculum* escolar, enquanto que no grupo dos sexualmente activos 78,9% dos rapazes e 90,7% das raparigas são da mesma opinião.

Mais recentemente, Ketting, Dmitrieva & Averin (2002) realizaram uma investigação com adolescentes com idades entre os 15 e os 18 anos de 41 escolas russas. As primeiras relações sexuais entre adolescentes russos ocorrem, geralmente, no

contexto de uma relação amorosa e por volta dos 17 anos. Contudo, 24% das raparigas referem que gostariam que a sua primeira vez tivesse sido mais tarde do que foi e 5,4% foram mesmo forçadas a ter o seu primeiro contacto sexual. Ainda que na primeira relação sexual o preservativo seja bastante utilizado (57% dos rapazes e 40% das raparigas referem a sua utilização), os adolescentes russos correm um elevado risco de serem infectados com uma infecção sexualmente transmissível porque não estão suficientemente conscientes dos riscos, dado que a sua maioria nunca foi informada sobre isso. O risco de engravidar dificilmente é discutido com o primeiro parceiro e a utilização de contracepção oral é muito reduzida, o que está relacionado com o facto da pílula ter uma imagem negativa e ser muito cara na Federação Russa. Segundo os autores, "em praticamente todos os aspectos, o nível de conhecimento e competências de comunicação no que diz respeito a questões relacionadas com o amor e as relações de intimidade é inaceitavelmente baixo nos adolescentes russos" (p. 12). Os adolescentes russos precisam e querem receber informação factual de alguém que realmente perceba do assunto (como um médico, por exemplo) e também discutir os seus sentimentos e dúvidas com alguém com quem tenham intimidade (pais, irmãos, amigos, namorados), contudo isso raramente acontece. Os pais sabem pouco sobre o assunto e não falam sobre isso com os filhos, é difícil colocar certas questões a um médico e na escola estas temáticas nem sempre são abordadas. Perante isto, as fontes de educação sexual passam a ser livros, revistas e jornais para 53% dos adolescentes; a televisão e a rádio para 38%; os amigos para 33%; ou o parceiro para 35%. Em muitos casos, isso significa apenas receber informação distorcida ou falsa.

A introdução da educação sexual nas escolas é uma questão que tem criado muita confusão e mal-entendidos na Federação Russa, onde muitos consideram a educação sexual imoral e pensam que encoraja o início das relações sexuais, o que tem feito com que os jovens russos recebam reduzida informação sobre temáticas relacionadas com a sexualidade na escola (*ibidem*). Face a isso, Ketting, Dmitrieva & Averin (2002) fazem as seguintes recomendações: 1) os pais devem receber apoio no sentido de aprenderem a comunicar com os filhos sobre questões como os sentimentos, amor, atracção e os ajudarem a lidar com a sexualidade de forma responsável; 2) deve ser transmitida informação fidedigna sobre as infecções sexualmente transmissíveis e a prevenção da gravidez através dos meios de comunicação social a que os jovens têm fácil acesso; 3) a educação sexual deve ser introduzida nas escolas secundárias,

abordando os aspectos factuais e emocionais da sexualidade; 4) os professores devem ser convenientemente formados quer em relação aos aspectos factuais quer em termos metodológicos, de modo a saberem como lidar com estas questões; 5) os serviços de saúde sexual devem tornar-se mais acessíveis para os jovens, através da criação de uma atmosfera "*youth-friendly*"; e 6) os métodos contraceptivos modernos e seguros devem estar ao alcance dos jovens.

Ainda que a necessidade de introduzir a educação sexual nas escolas seja evidente para muitos investigadores, profissionais de saúde e para os próprios adolescentes muito há ainda por fazer na Federação Russa, à semelhança de muitos outros países.

Alguns países da Europa de Sudeste viram a sua independência reconhecida há pouco mais do que 10 anos, após penosos períodos de guerra que tiveram graves consequências socio-económicas, como é o caso da Croácia, Bósnia-Herzegovina, Sérvia e Montenegro. Outros países viveram muitos anos sob o domínio de regimes opressivos como é o caso da Roménia até 1989 ou da Bulgária, um dos mais fiéis países-satélite da União Soviética e que só em 1991 teve as primeiras eleições livres (Cheers, 2005).

Na Sérvia, segundo Sedlecki (2002), os jovens têm um conhecimento sobre sexualidade, contracepção e doenças sexualmente transmissíveis muito reduzido. Existem muitas crenças erróneas sobre os métodos contraceptivos modernos, a eficácia do coito interrompido e o risco de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, o que se traduz num elevado número de gravidezes não desejadas e de doenças como a clamídia. A família tem um papel passivo e a escola e os serviços de saúde não têm assumido adequadamente a sua responsabilidade neste domínio. Contudo, os adolescentes querem aumentar o seu conhecimento sobre sexualidade e reprodução e gostariam que fossem os profissionais de saúde a proporcionar essa informação. De facto, no estudo conduzido por Bjekic e colaboradores (2004), 95% dos adolescentes defendem a introdução da educação sexual nas escolas.

Na Bósnia-Herzegovina está em curso um plano de reforma e reconstrução do sistema de saúde mas pouco tem sido feito em termos de saúde sexual e reprodutiva. No entanto, estudos recentes referem que cerca de 75% dos jovens se tornam sexualmente activos entre os 16 e os 19 anos e que 50% deles não usam contraceptivos nem estão conscientes dos riscos face às doenças sexualmente transmissíveis, o que se deve em

parte à falta de educação sexual nas escolas, ao reduzido acesso a serviços de saúde dirigidos a jovens e ao elevado custo e disponibilidade incerta dos contraceptivos (Belhadj, 2002).

A Roménia é um país ainda em reconstrução após décadas sob o regime de Ceaucescu. O aborto foi ilegal até 1989 e o planeamento familiar só foi legalizado em 1990. A *Societatea de Educatie Contraceptiva si Sexuala* (SECS), criada em 1990, tem trabalhado na área do planeamento familiar através de uma rede nacional de serviços de saúde reprodutiva e acredita que "trabalhar com os jovens e educá-los em relação às questões sexuais e de género foi, lenta mas seguramente, a melhor forma de mudar a mentalidade das mulheres romenas e de lhes dar o poder para reclamarem o controlo sobre as suas vidas reprodutivas e direitos sexuais" (IPPF, 2003, p. 7). A SECS conduziu um inquérito em 1996 e concluiu que os jovens na Roménia tinham uma falta de conhecimentos severa no que diz respeito à saúde sexual. Para além de não terem acesso a serviços que fossem ao encontro das suas necessidades, estavam mal informados sobre os riscos relativos às doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/SIDA e não eram encorajados a abordar questões ligadas à sexualidade nem sentiam confiança para discutir com os pais estratégias de sexo seguro.

Uma parceria entre a SECS, a IPPF *European Network*, o IPPF *Vision 2000 Fund* e a *Youth for Youth* (organização não governamental romena) tornou possível desenvolver o projecto "*Integrating emergency contraception into young people's service and comprehensive sexuality education: the Vision 2000 Project*", cujos objectivos eram: 1) aumentar a consciência dos políticos nacionais face à necessidade de integrar as questões sexuais e de género nos *curricula* escolares; 2) dirigir-se às mulheres de uma forma inovadora, proporcionando informação sobre questões sexuais e de género em ordem a mudar a forma como encaram a sua sexualidade e os papéis de género; 3) tornar a contracepção de emergência acessível para as jovens romenas; 4) encorajar a formulação de políticas de educação sexual a nível local e escolar através do envolvimento de professores, pais e do público em geral; 5) proporcionar serviços e educação sexual em 7980 escolas, a alunos com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos; e 6) criar um modelo de educação sexual e serviços que disponibilizem contracepção de emergência que possa ser replicado a nível local e nacional. Os objectivos deste projecto foram alcançados, o que fica bem patente, por exemplo, no facto de, em 2001, o Ministério da Educação ter anunciado a introdução de um *curriculum*

de educação para a saúde em todas as escolas, que inclui componentes sobre sexualidade e género e de estar a replicar o modelo de educação sexual utilizado no projecto, bem como os professores que foram treinados no seu âmbito.

Na Hungria, o programa de educação sexual chama-se "educação para a vida familiar" e começa no primeiro ano de escolaridade mas, tal como refere Batár (2003), se perguntarmos como é que a escola prepara os jovens para a vida familiar, a resposta terá de ser que não prepara de forma nenhuma. A educação sexual é obrigatória nas escolas húngaras desde 1975, embora antes disso já tivessem sido desenvolvidas algumas iniciativas nesse âmbito, que encontraram muita resistência da parte de alguns pais e professores que consideravam que estavam a educar aos jovens estilos de vida indecentes (*ibidem*). Essas atitudes são hoje menos comuns na Hungria mas não se pode negligenciar a sua influência. A integração da educação sexual tem sido um problema desde 1975: os professores não estavam preparados para abordar a temática e continuam a não estar; as universidades que formam professores continuam a não incluir a formação em educação sexual nos seus planos de estudo; a educação sexual tem sido desenvolvida de forma ocasional e com recurso a convidados externos. Precisamente por isso, em 1997, o Instituto Nacional de Promoção da Saúde da Hungria propôs a introdução de uma disciplina independente chamada "Preparação para a vida familiar" mas o Ministério da Educação apenas aprovou a sua introdução como disciplina facultativa. Trinta anos depois da "educação para a vida familiar" se ter tornado obrigatória, continuam a não existir as condições adequadas para a sua generalização e sucesso.

Em 2001, a IPPF *European Network* iniciou, na região dos Balcãs, o "*Promoting Sexual and Reproductive Health Services and Human Rights for Youth and Adolescents*", um projecto de prevenção do HIV/SIDA numa perspectiva alargada de saúde sexual e reprodutiva (Sanna, 2002). De modo a abordar de uma forma mais holística a saúde sexual e reprodutiva e os direitos dos jovens, as actividades levavam em conta as questões de género, a importância da educação sexual, o conceito de serviços "*youth-friendly*" e a necessidade de envolver grupos vulneráveis e marginalizados. O projecto incluía *workshops*, trabalho com as escolas secundárias e educação pelos pares. Foi também promovido o debate público acerca destas questões através de eventos para jovens, campanhas na rádio, seminários e debates. Além disso, foram desenvolvidos brochuras, folhetos, *newsletters* e criado um *website* para o projecto. Os resultados foram

considerados muito positivos, embora este tipo de projecto continue a ser extremamente necessário, entre outras coisas para chamar a atenção para o facto de ser necessário introduzir a educação sexual nas escolas, o que não acontece em nenhum dos países envolvidos.

É preciso referir um projecto inovador desenvolvido na Bulgária: trata-se do "*Eros & Psyche*", um clube para adolescentes, que surgiu em 1988, em Sofia, numa tentativa de alcançar os jovens que não frequentavam a escola e de se distanciar de uma abordagem médica e restritiva da sexualidade (Atanasov, 1995). Alguns pais também são membros do clube, que reúne duas vezes por semana durante duas horas, com especialistas de diversas áreas a orientarem actividades que estimulem a discussão. Duas vezes por ano o clube organiza sessões de treino de competências psicossociais. Várias réplicas deste clube têm vindo a ser formadas, pelo que foi criado um manual e desenvolvido um curso de uma semana para os líderes dos clubes.

Em relação à Europa de Sudoeste serão abordados dois países: Espanha e Itália. A situação de Portugal será referida com mais pormenor posteriormente. Na primeira metade do séc. XX, em Espanha, foi criada a "Liga para a Reforma Sexual sobre Bases Científicas", publicada a revista *Sexus* e organizados congressos nacionais, o que demonstra bem que houve um movimento sexológico com grande influência social (López, 2005). Durante esse período foram editadas diversas edições sobre educação sexual e realizadas inúmeras experiências nesse âmbito nas escolas mas tudo isso viria a ser proibido no período do "Nacional-Catolicismo" do General Franco, durante o qual foi reprimida toda e qualquer manifestação sexual, perseguida a homossexualidade e implementada uma educação muito sexista (*ibidem*). Nos anos de transição política (1975-1982) realizaram-se inúmeras experiências de educação sexual nas escolas, ainda que sempre "extra-curricular" e surgiram as primeiras iniciativas de formação para professores. Durante os governos socialistas (1982-1994) foi implementada uma reforma geral da educação, através da LOGSE (Lei Orgânica de Ordenamento Geral do Sistema Educativo - 1990), tendo a educação sexual, enquanto conteúdo de educação, passado a ser obrigatória. Foram estruturados alguns objectivos e conteúdos de educação sexual, que deviam ser abordados transversalmente. Salvo raras excepções, como é o caso do projecto Harimaguada nas Canárias, o facto da educação sexual dever ser abordada por todas as disciplinas diluiu a responsabilidade pela sua implementação, ou, como diz López (2005), "a responsabilidade da educação sexual é, assim, de todos e de ninguém"

(p. 22). No período de 1994 a 2004, durante os governos do Partido Popular, não se registaram mudanças legislativas importantes mas grande parte das competências educativas foram transferidas para as regiões, embora o *curriculum* obrigatório continue a ser da responsabilidade do governo central. As diferentes regiões têm, de facto, mais capacidade para apoiar ou não a educação sexual, a maior parte manteve um apoio retórico à educação sexual, não incluindo de forma sistemáticas os seus conteúdos no *curriculum*, não proporcionando formação aos professores, ou seja, não criando condições para uma implementação efectiva da educação sexual nas escolas (ibidem). Actualmente, a educação sexual continua a ser um tema de abordagem transversal, sendo comum não haver educação sexual nas escolas ou que esta seja dada por um especialista fora do horário escolar. Para López (2005), a situação é caótica e muito desigual e afirma que "é necessário criar um espaço concreto, com horários e conteúdos concretos, globalizando as matérias de educação sexual no contexto mais amplo da educação para a saúde ou da promoção do bem-estar pessoal e social e formando alguns professores que dediquem parte do seu tempo a esta actividade. Desta forma, poderá fazer-se educação sexual sistemática, sequenciada e profissional, que possa contar com o apoio de todo o sistema educativo" (p. 24).

Em Itália, Donati e colaboradores (2000) levaram a cabo um estudo em escolas secundárias tendo concluído que 96% dos alunos eram a favor da introdução de programas de educação sexual nas escolas e tinham grande motivação para aprender, apesar de revelarem um reduzido conhecimento no que diz respeito às questões de saúde sexual e reprodutiva. Os autores consideram que seria muito importante haver uma colaboração entre as escolas e os serviços de saúde locais no sentido de promover os conhecimentos e prevenir os riscos associados à saúde sexual e reprodutiva. Stettini (2006) refere que em Itália não existe legislação quanto à educação sexual mas que as escolas implementam programas nesse âmbito, por um lado isso tem a vantagem de permitir explorar novas ideias e metodologias experimentais mas, por outro lado, tem a desvantagem de não haver um programa integrado, bem fundamentado e que seja implementado de forma sistemática.

Já na Europa Central, os Países Baixos parecem ser um exemplo a seguir no que diz respeito à educação sexual. É aí que se encontra a mais baixa taxa de gravidez na adolescência, o mais baixo número de abortos e a maior aceitação face à contracepção, os jovens têm um nível de conhecimento adequado relativamente à reprodução,

contracepção e doenças sexualmente transmissíveis, uma atitude positiva face à sua sexualidade e na sua grande maioria (85%) utilizam contraceptivos desde a sua primeira relação sexual, a utilização da pílula, que pode ser obtida gratuitamente, é muito elevada, tal como a de preservativos (Timmer, 2002). Segundo a autora, a chave é uma educação objectiva e aberta que começa com os pais. Também existe educação sexual nas escolas, abordada entre os 12 e os 15 anos e fazendo parte quer do *curriculum* de Biologia quer, desde 1993, de uma área disciplinar chamada "*Care*". Em Biologia são abordadas questões como a anatomia, reprodução e as funções da sexualidade, incluindo o prazer. Do âmbito da "*Care*" fazem parte temas como a puberdade, higiene, emoções e é enfatizada a importância dos adolescentes aprenderam a negociar e a comunicar em relação à sexualidade. Nos Países Baixos, recorre-se frequentemente aos *mass media* para lançar campanhas de promoção do sexo seguro, sempre com o cuidado de ir ao encontro dos interesses e necessidades dos jovens, muitas vezes de uma forma plena de humor (*ibidem*). Existem também alguns programas de televisão nos quais os jovens falam entre si sobre sexualidade. Algumas revistas dedicam algumas páginas a responder, de forma séria, às dúvidas colocadas pelos seus leitores.

Na Europa do Norte encontram-se os países tradicionalmente mais liberais face às questões da sexualidade. Na Suécia, por exemplo, a primeira iniciativa no âmbito da educação sexual, um curso de "higiene sexual" para mulheres jovens, data de 1897 (López, 1990). Na Dinamarca, a educação sexual é abordada nas escolas desde 1900, embora só se tenha tornado obrigatória em 1970 (Risor, 1991). Na Noruega, a reprodução humana é abordada nas escolas desde 1939 e a partir de 1971 passou a incluir temas como o desejo sexual, masturbação, homossexualidade, contracepção, planeamento familiar, aborto e doenças venéreas, além de enfatizar os aspectos éticos (Egeland, 1978).

Na Finlândia, o baixo número de gravidezes na adolescência é atribuído à melhoria da educação sexual nas escolas e à liberalização das atitudes face à contracepção (Utriainen, 1989). Embora não exista uma disciplina de educação sexual, os conteúdos dessa temática são incluídos na Educação para a Saúde que é um tema obrigatório (Sampaio *et al*., 2005). No 5º e 6º ano a Educação para a Saúde é integrada nas disciplinas de Biologia e Geografia, do 7º ao 9º ano há um tempo lectivo próprio para a Educação para a Saúde e a educação sexual está incluída na disciplina de Biologia (*ibidem*).

Na Dinamarca, a educação sexual é obrigatória e deve ser integrada em todas as disciplinas, no mínimo têm que ser abordados os contraceptivos e as doenças sexualmente transmissíveis (Risor, 1991). Quando em 1970 a temática passou a ser de abordagem obrigatória, as escolas receberam as "*Guidelines for Sex Education in Public Schools*", que impunha algumas limitações aos professores, como não ser permitido usar terminologia vulgar, dar informação sobre técnicas específicas face às relações sexuais nem utilizar material fotográfico erótico (*ibidem*). Em 1986 formou-se o Comité de Educação para a Saúde Reprodutiva e Sexual que desenvolveu um novo *curriculum*, em vigor desde 1991, que inclui não só questões como a anatomia, contracepção, doenças sexualmente transmissíveis e aborto mas também o direito de dizer não, as primeiras experiências sexuais, as emoções e sentimentos e o estar apaixonado.

Ainda na Dinamarca, a *Sex & Samfund*, organização não governamental membro da IPPF, tem vindo a desenvolver um trabalho importante no âmbito da educação sexual através da formação de professores, da colaboração em actividades de educação sexual nas escolas, da publicação de folhetos informativos, da criação de *websites* (www.sexsygdom.dk, www.abortnet.dk, www.hivinfo.dk) e linhas telefónicas (*Youth Sex Helpline, AIDS Helpline*).

Num estudo recente, Kangas e colaboradores (2004) alertam para o facto da tendência para se tornarem sexualmente activos mais precocemente ter sido acompanhada por uma maior adopção de comportamentos de risco e consequente aumento das doenças sexualmente transmissíveis detectadas entre os adolescentes dinamarqueses. Os autores compararam dados de 1982, 1996 e 2001 e concluíram que enquanto que no período entre 1982 e 1996 houve um aumento da adopção de comportamentos de sexo seguro, entre 1996 e 2001 parece ter havido um retrocesso. Face a isso enfatizam a necessidade de desenvolver estratégias preventivas no sentido de encorajar a utilização de preservativo e de práticas de sexo seguro em geral.

Dados semelhantes foram encontrados por Edgardh (2002) na Suécia. Na Suécia as atitudes face às relações sexuais entre adolescentes são liberais e as questões relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva são consideradas prioritárias. A educação sexual é uma realidade nas escolas suecas desde 1955; mais tarde, nos anos 70, foi elaborado o *curriculum* de "Sexualidade e Relações Sexuais" que incluía temas como a reprodução, contracepção, doenças sexualmente transmissíveis e colocava forte ênfase nas relações interpessoais; já nos anos 90 foi dada prioridade à prevenção do HIV/SIDA,

à prevenção do abuso e violência sexual e à promoção da igualdade entre homens e mulheres. Desde 1975, o aborto é legal e gratuito. O aconselhamento relativamente aos contraceptivos é também gratuito e de fácil acesso nos serviços de planeamento familiar e de saúde juvenil. Os preservativos e os contraceptivos orais estão disponíveis a baixo preço e a contracepção de emergência é vendida mediante receita. A gravidez na adolescência é pouco frequente. Apesar de tudo isto, os problemas relacionados com a saúde sexual e reprodutiva estão a aumentar entre os jovens suecos. O autor refere que isso se deve ao facto de durante os anos 90, um período de estagnação económica na Suécia, as escolas terem visto os seus orçamentos reduzidos e passarem a investir menos na educação sexual. Mais recentemente têm sido implementados projectos que envolvem as escolas e os serviços de saúde, como o desenvolvido por Larsson e colaboradores (2006) que consistia em sessões de educação sexual com enfermeiras e estudantes de medicina, na distribuição gratuita de preservativos a pedido e na disponibilização de aconselhamento telefónico.

Num relatório do Guttmacher Institute sobre saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes nos países desenvolvidos, é descrita a situação relativamente à educação sexual na Suécia, França, Reino Unido, Canadá e EUA. A situação da Suécia já foi referida anteriormente.

Em França, a educação sexual também é obrigatória desde 1973, embora mais limitada do que na Suécia. Os estudantes têm de ter pelos menos duas horas por ano para discutirem questões como sexualidade e responsabilidade, relações interpessoais, dimensões da sexualidade humana, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não desejada (Guttmatcher Institute, 2001). As questões relacionadas com a reprodução são tema para as aulas de Ciências da Vida e a educação sexual é abordada de forma transversal, estando prevista a organização de *workshops* de informação e educação para a sexualidade a que todos os estudantes do secundário têm que assistir. A educação para a saúde/sexualidade é um trabalho pluridisciplinar, integrado no projecto da escola (Sampaio et al., 2005). Tal como na Suécia, o objectivo da educação sexual em França não é promover a abstinência. Como só um pequeno número de professores receberam formação na área, a abordagem das temáticas de educação sexual varia imenso entre escolas. Para melhorar essa situação, o Ministério da Educação organizou recentemente uma formação nacional para os professores envolvidos na educação sexual. O Movimento Francês de Planeamento Familiar (MFPF)

tem tido um papel importante no que diz respeito à educação sexual, uma vez que desenvolve inúmeras acções em colaboração com as escolas (Gallard, 1991).

No Reino Unido, a educação sexual provoca geralmente considerável controvérsia e nunca foi totalmente aceite e integrada em termos sociais (Guttmacher Institute, 2001). Houve muitas pressões de grupos minoritários para que fosse adoptada uma perspectiva de educação sexual que apenas promovesse a abstinência mas o governo acabou por definir que a educação para a sexualidade é obrigatória em todas as escolas e deve incluir a informação sobre o HIV/SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis, reprodução e contracepção (*ibidem*). A escola oferece obrigatoriamente áreas como o "Desenvolvimento Pessoal, Social e Educação para a Saúde" para os adolescentes dos 11 aos 14 anos e "Educação Sexual" dos 14 aos 16 anos (Sampaio et al., 2005). No entanto, os jovens têm mostrado o seu descontentamento, pois querem mais informação sobre relações sexuais, sentimentos e HIV/SIDA. A redução do número de gravidezes na adolescência (o mais elevado nos países da Europa) e das infecções sexualmente transmissíveis tornou-se uma prioridade, tendo sido lançada uma campanha nacional com esse objectivo que passa também por novas orientações para a educação sexual. Recentemente, Stone e colaboradores (2006) alertaram para o facto das campanhas de prevenção do HIV/SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis se centrarem na promoção da utilização de preservativo nas relações sexuais que envolvessem penetração vaginal ou anal, não sendo dada atenção ao sexo oral. No entanto, 70% dos jovens que já tiveram relações sexuais coitais tinham já anteriormente praticado sexo oral. Face a isto, os autores concluem que têm que ser feitos esforços no sentido de consciencializar os jovens para os riscos a que estão expostos nas actividades sexuais não-coitais se não adoptaram comportamentos de sexo seguro.

No Canadá, a educação é da responsabilidade das entidades provinciais e locais pelo que existe uma grande variabilidade curricular no país (Guttmacher Institute, 2001). No entanto, de um modo geral, a sexualidade dos adolescentes é reconhecida, bem como a sua necessidade de educação sexual. Na maioria das escolas a educação sexual é abordada e geralmente inclui informação fidedigna e compreensiva sobre como usar e obter métodos contraceptivos. A abstinência é apresentada como uma boa escolha em muitos dos programas de educação sexual mas não a única. Nalgumas regiões tem havido alguma controvérsia em relação aos conteúdos da educação sexual. Ainda assim, o Ministério da Saúde do Canadá, em colaboração com organizações não-

governamentais, desenvolveu as "*Canadian Guidelines for Sexual Health Education*", que resultaram num documento de 33 páginas do qual foram distribuídas 30000 cópias a profissionais e instituições a trabalhar na área da educação sexual (*ibidem*). Estas linhas orientadoras baseiam-se nos princípios de uma sociedade democrática e na promoção de visão positiva da sexualidade, prevenindo eventuais resultados negativos.

Nos EUA, tal como no Canadá, a educação é da responsabilidade das autoridades de cada estado, logo existe uma enorme variação no que diz respeito à abordagem da educação sexual e aos temas que inclui. A educação sexual é um assunto muito controverso, em 1996-1997 houve acesas polémicas em todos os 50 estados entre grupos defensores de programas apenas de promoção da abstinência e grupos que defendem uma abordagem compreensiva da educação sexual (Guttmacher Institute, 2001). Os governos federais e estatais financiam programas centrados na promoção de abstinência destinados a adolescentes dos 12 aos 18 anos. Apenas 69% das escolas públicas exige que a educação sexual seja abordada, das quais 35% exigem que seja transmitido aos alunos que a abstinência é a única opção adequada até ao casamento e que a contracepção (se for abordada) seja apresentada como ineficaz na prevenção da gravidez e das doenças sexualmente transmissíveis (*ibidem*). Os professores consideram que a abstinência é a mensagem mais importante que tentam transmitir aos alunos; um quarto diz aos alunos que a abstinência é a única opção para a prevenção da gravidez e doenças sexualmente transmissíveis; dois terços apresentam-na como a melhor alternativa; 60% abordam os métodos contraceptivos como sendo eficazes; 28% passam aos alunos a ideia de que os contraceptivos não são eficazes; e 12% simplesmente não faz referência à contracepção (*ibidem*).

A FHI tem desenvolvido o seu trabalho também nos EUA, nomeadamente através da assistência técnica a programas de prevenção do HIV/SIDA destinados a populações desfavorecidas, utilizando uma metodologia de educação pelos pares. Mesmo nestes projectos é colocada grande ênfase na abstinência, embora se promova também a utilização de preservativo.

As seguintes conclusões podem ser retiradas da comparação destes cinco países no que diz respeito à educação sexual (Guttmacher Institute, 2001):

- a manutenção da elevada taxa de gravidez na adolescência nos EUA em comparação com as taxas da Suécia, França, Canadá e mesmo do Reino Unido, reflecte uma menor

proporção de abortos e uma menor utilização ou utilização menos eficaz de contraceptivos por parte dos adolescentes americanos;

- crescer em condições de desvantagem económica e social é um importante predictor de maternidade/paternidade precoces nos cinco países. A grande percentagem de adolescentes de famílias carenciadas nos USA contribui para a sua elevada taxa de gravidez na adolescência. De qualquer forma, as adolescentes americanas de todos os níveis socio-económicos tendem a usar menos contraceptivos e a terem mais filhos dos que as adolescentes dos outros países;

- a combinação entre a aceitação social da actividade sexual entre adolescentes, uma informação compreensiva sobre sexualidade e expectativas claras acerca do compromisso em relação à prevenção da gravidez e doenças sexualmente transmissíveis nas relações adolescentes é uma característica-chave dos países com baixas taxas de gravidez na adolescência e de doenças sexualmente transmissíveis;

- o acesso facilitado a contraceptivos e a serviços de saúde reprodutiva na Suécia, França, Canadá e Reino Unido contribui para a utilização mais eficaz dos contraceptivos e, consequentemente, para as taxas de gravidez na adolescência mais baixas do que nos EUA. Ter acesso facilitado significa que os adolescentes sabem onde podem obter informação e a que serviços recorrer, conseguem contactar facilmente com os profissionais de saúde, estão seguros de que serão atendidos de forma confidencial e sem serem julgados e podem obter esses serviços e contraceptivos a baixo preço ou mesmo gratuitamente.

O facto das estratégias preventivas não terem tido os resultados esperados em relação ao número de gravidezes na adolescência e às doenças sexualmente transmissíveis tem feito emergir um relativo consenso nos EUA, Canadá e Reino Unido quanto ao facto dos programas eficazes nesta área terem de integrar: a) a promoção das vantagens de se evitar o início precoce do relacionamento sexual; b) a aquisição de competências de comunicação e negociação; c) a disponibilização de informação adequada sobre a sexualidade e as suas diferentes dimensões; d) a transmissão da mensagem de que os riscos inerentes às relações sexuais podem, em parte, ser reduzidos pelo recurso a métodos específicos sobre os quais se deve proporcionar conhecimento; e) a divulgação das vantagens de se ter apenas um parceiro sexual; e f) a consideração de que os jovens sexualmente activos antes dos 16 anos constituem um

grupo de risco especial que necessita de acompanhamento personalizado (Dias et al., 2002).

2.3.2 Em Portugal

Existem hoje muitas escolas que integram nos seus projectos educativos, de forma mais ou menos consistente e continuada, acções e projectos de educação sexual, recorrendo muitas vezes a parcerias locais e utilizando recursos como as suas páginas da *internet* e o correio electrónico. Várias Organizações Não Governamentais, como é o caso da Associação para o Planeamento Familiar, têm-se dedicado a esta área e dado um contributo importante. Foram criadas linhas telefónicas de apoio e sites na internet que tentam transmitir informação de forma acessível mas séria, como é o caso do site da responsabilidade do Instituto Português da Juventude. As instituições de formação de professores incluem cursos de formação em educação sexual na sua oferta formativa e os professores revelam uma atitude positiva quanto à implementação de educação sexual nas escolas (Reis & Vilar, 2004). No entanto, num estudo que abrangeu 600 professores, apenas cerca de um terço revela intenções de se envolver em acções de educação sexual (*ibidem*).

Apesar da evolução ocorrida nos últimos anos, a educação sexual continua a não ser implementada de forma generalizada, intencional e continuada. Podendo dizer-se que estamos ainda numa "etapa embrionária da promoção da saúde psicossexual" (McIntyre & Araújo, 1999). As intervenções nesta área têm sido realizadas, de forma pontual e não concertada, sem uma verdadeira avaliação de resultados, ou mesmo sem um planeamento explícito de objectivos, conteúdos ou processos, sendo "(...) notória a ausência de referências documentadas de estudos devidamente avaliados em termos de promoção da saúde na adolescência a nível dos programas." (*ibidem*, p. 617) e, nomeadamente, na promoção da saúde psicossexual.

Após uma polémica que se arrastou pelos meios de comunicação social, envolvendo grupos conservadores e entidades envolvidas em actividades de educação sexual, foi pedido um parecer ao Conselho Nacional de Educação (CNE) e criado, em Junho de 2005, o Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES) através do Despacho n.º 19737/2005 da Ministra da Educação.

O CNE fez uma apreciação global de diversos aspectos da educação sexual em meio escolar, começando por afirmar que não existia uma política clara por parte do Ministério da Educação no que diz respeito à definição de conteúdos e à regulação da autonomia das escolas em relação à implementação da área de Formação Pessoal e Social determinada pela Lei de Bases do Sistema Educativo. Além de não existir uma política clara, os materiais pedagógicos existentes são escassos e, muitas vezes, pouco adequados às necessidades. Talvez por isso, é notório que nem todas as escolas cumprem a legislação em vigor, já que muitas não incluem a educação sexual no seu projecto educativo, o que para o CNE tem muito a ver com o facto de não estar definida qualquer estrutura de coordenação.

No parecer do CNE, a experiência de educação sexual em meio escolar em Portugal está ligada à educação para a saúde, tendo sido nesse contexto que funcionaram o Programa de Promoção e Educação para a Saúde e o Projecto Experimental de Educação Sexual e Promoção da Saúde nas Escolas e que foram criadas estruturas de apoio como a Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde (em 1999) e o Centro de Apoio Nacional à Rede Nacional de Escolas Promotoras da Saúde (em 1998). Estas estruturas deixaram de funcionar nos últimos anos, sem as suas experiências terem sido devidamente avaliadas. O CNE considera também que o modelo transdisciplinar da educação sexual está subjacente à actual organização escolar e que qualquer proposta para a sua implementação implica um *curriculum* aberto, flexível, com a participação dos alunos na discussão dos conteúdos e metodologias, "só possível através de um modelo pedagógico compreensivo e não impositivo" (CNE, 2005, p.30). Defende ainda que qualquer iniciativa no âmbito da educação sexual deve contar com a colaboração e envolvimento dos pais e que os professores devem ser dotados de conhecimentos específicos e de uma formação adequada na área. Em relação à formação dos professores, o CNE alerta para o facto de, apesar de existir formação pós-graduada neste âmbito, não ter sido dada prioridade a estas temáticas quer na formação contínua quer na formação inicial de professores.

Face ao contexto actual, o CNE faz várias recomendações, entre as quais:

- A educação sexual em meio escolar é uma componente da área da Formação Pessoal e Social, que se enquadra na educação em valores e para os valores;
- A educação sexual em meio escolar exige a diversificação de metodologias, com ênfase para a educação entre pares;

- Articular o quadro normativo que implementa a educação sexual nas escolas, no sentido de responsabilizar as escolas pela elaboração, realização e avaliação dos projectos educativos e dos projectos curriculares, que contemplem a dinamização de actividades de educação sexual e de outras componentes da área de Formação Pessoal e Social;
- Definir uma matriz curricular global de abordagem da educação sexual no contextos dos conteúdos programáticos dos ensinos básico e secundário;
- Desenvolver e consolidar mecanismos de avaliação estratégica;
- Valorizar o papel das famílias;
- Tornar a educação sexual e outras componentes da Formação Pessoal e Social prioritárias na formação inicial e contínua dos professores;
- Reformular os materiais curriculares existentes;
- Aperfeiçoar o modelo transdisciplinar da educação sexual, assumindo que se trata de uma área transversal aos conteúdos e actividades desenvolvidas no âmbito do cumprimento dos planos curriculares dos ensinos básico e secundário;
- Criar uma nova área curricular não disciplinar que integre diversas áreas da Formação Pessoal e Social, incluindo a Educação para a Sexualidade, a Educação para a Saúde e a Educação Cívica;
- Ancorar a educação sexual no projecto educativo das escolas, sendo estas obrigadas a integrá-la num projecto de intervenção, tornando-se necessário atribuir competências a um coordenador.

Em Outubro de 2005, o GTES divulgou um relatório preliminar onde defende que a educação sexual, enquanto processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual, deve ser integrada no âmbito de uma nova área curricular, a Promoção e Educação para a Saúde. Assim, recomenda que:

- A Educação para a Saúde deve ser de carácter obrigatório e estar presente em todas as fases de aprendizagem. Para tal, o GTES preconiza a reorganização dos *curricula* das disciplinas do 1º, 2º e 3º CEB na perspectiva da Educação para a Saúde;
- Cada agrupamento/escola deve também fazer um aproveitamento das áreas curriculares não disciplinares, como a Área de Projecto, o Estudo Acompanhado, a Formação Cívica e a Opção de Escola, no sentido da abordagem da Educação para a Saúde;

- Em cada agrupamento/escola deve ser nomeado um professor responsável pela área da Educação para a Saúde e deve ser criado também um "espaço tutorial", onde os alunos possam ser atendidos de forma individualizada por um professor com formação e disponibilidade pessoal;
- Face à importância do grupo de pares, deve recorrer-se, sempre que possível, a jovens mais velhos para as intervenções na área de Educação para a Saúde, recrutados em escolas superiores de áreas relevantes (Medicina, Enfermagem, Psicologia, Farmácia, Biologia, etc.) e após formação adequada;
- No Ensino Secundário, deve criar-se um Gabinete de Atendimento para as questões de Saúde, em articulação com os centros de saúde;
- Cada agrupamento/escola deve identificar os recursos/professores formados de que dispõe para a área da Educação para a Saúde. No caso de haver carências ao nível da formação, devem recorrer aos Centros de formação de Associações de Escolas.

No seu relatório preliminar, o GTES analisa ainda as vantagens e desvantagens das iniciativas que tinham vindo a ser desenvolvidas e apresenta uma série de orientações no que diz respeito à implementação da nova dinâmica curricular para a Educação para a Saúde. Essa nova dinâmica curricular é apresentada como "uma educação para a autonomia, para a participação e para a responsabilização; uma educação para a escolha de estilos de vida saudáveis e activos; (...) uma educação para a protecção face a comportamentos de risco e para a valorização de alternativas" (Sampaio *et al.*, 2005, p. 48). É proposta uma visão diacrónica, dado que se leva em conta o desenvolvimento psico-social da criança/adolescente, as características pessoais e relacionais, as tarefas de vida e uma visão sincrónica, já que a cada momento são considerados os espaços, tempos de vida e actores que interagem com a criança/adolescente. No âmbito da visão diacrónica são apresentadas as características mais marcantes das faixas etárias correspondentes aos 1º, 2º e 3º CEB e apresentado um conjunto de competências mais relevantes para cada etapa. No âmbito da visão sincrónica, discutem-se e clarificam-se algumas crenças em relação ao poder da família, à importância relativa família/amigos e família/escola, ao afecto na relação professor/aluno ao longo do percurso escolar e ao poder da escola.

O GTES preconiza "a revitalização, com carácter obrigatório e com implicações a nível da avaliação dos alunos, das medidas previstas no documento orientador das competências no ensino básico, no que diz respeito ao ajustamento dos curricula de todas

as disciplinas à educação para a saúde (que inclui a educação para a sexualidade entre as suas componentes)" (Sampaio *et al*., 2005, p. 59). Propõe ainda que, numa perspectiva complementar à transversalidade mas igualmente obrigatória, o aproveitamento das áreas curriculares não disciplinares no sentido de se desenvolver nesse âmbito uma média de 15 sessões informativas/de reflexão ao longo do ano e 15 momentos de pesquisa guiada. Os momentos de pesquisa guiada poderiam incluir actividades tão diversas como palestras, espectáculos, visitas de estudo, entrevistas, trabalhos de campo, consulta bibliográfica, consulta na *internet*, exploração de materiais didácticos e de *CD-Roms* interactivos, actividades de voluntariado e solidariedade social, actividades com pais, entre outras.

Em termos de conteúdos, o GTES faz a seguinte proposta:

- comunicação interpessoal;
- identificação e solução de problemas e gestão de conflitos;
- aquisição de competências sociais básicas e complexas;
- identificação e gestão de emoções;
- prevenção de consumos de substâncias aditivas e escolha de estilos de vida alternativos;
- gestão do stress, da ansiedade e das "crises";
- promoção de uma alimentação saudável, educação do consumidor, promoção de cuidados de higiene, promoção oral e valorização da diferença e reflexão sobre o corpo e a aparência;
- educação para a igualdade e diversidade individual, de género e de culturas;
- promoção do bem-estar, do lazer, da prática de desporto e da actividade física;
- educação da sexualidade, prevenção do VIH/SIDA e outras IST's, promoção da saúde sexual e reprodutiva;
- gestão do tempo de trabalho e lazer;
- prevenção da violência e exclusão social;
- promoção da comunicação e participação na família, pares, escola e comunidade;
- promoção da saúde mental positiva e relações interpessoais;
- protecção do ambiente, cidadania e construção do futuro;
- promoção da saúde, prevenção da doença e de riscos: vacinação, doenças infecciosas e doenças crónicas;
- expectativas positivas de um futuro "escolarizado";
- prevenção do abandono escolar.

Como estratégias de desenvolvimento curricular o GTES propõe: ouvir e registar; analisar e informar; discutir e dinamizar; despertar curiosidade; dinamizar e orientar; apresentar, avaliar, debater.

Após a divulgação do seu relatório preliminar, durante um ano-piloto (de Novembro 2005 a Maio 2006), o GTES acompanhou um conjunto de escolas, envolvendo-se na avaliação do impacto e do processo no que diz respeito à implementação da nova dinâmica curricular proposta. Em Janeiro de 2007, o GTES publicou um "Relatório de Progresso", no qual refere estar a apoiar e dinamizar o trabalho de Educação para a Saúde em 186 escolas que concorreram ao Edital do Ministério da Educação, embora seja seu objectivo estender esse tipo de projectos ao maior número possível de escolas. O GTES considera já que a sua acção tem tido um efeito desmultiplicador, uma vez que tem aumentado o número de escolas que pretendem abordar o tema e envolver-se em projectos nesta área. De assinalar que a 7 de Fevereiro de 2006 foi assinado um protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, sendo que a promoção/consolidação da articulação entre estas duas instâncias é um dos objectivos fundamentais do GTES.

Em Setembro de 2007, o GTES divulgou o seu Relatório Final, no qual basicamente reforça as orientações que já constavam dos relatórios anteriores. De um modo geral, o GTES vem reforçar a importância da Promoção e Educação para a Saúde, área a ser implementada do 1º ao 12º ano e de carácter obrigatório, em relação à qual foram identificadas quatro áreas fundamentais: Alimentação/Actividade física; Consumo de Substâncias Psico-activas, tabaco, álcool e drogas; Sexualidade e infecções sexualmente transmissíveis; Violência em meio escolar/Saúde mental. Para todas as áreas, à excepção da área da sexualidade, foram elaborados referenciais e disponibilizados às escolas. Em relação à área da Educação Sexual foi constituída uma Comissão Independente que analisou os livros e material audiovisual já existente e se pronunciou acerca da sua adequabilidade, fazendo as recomendações. O GTES reafirma ainda a importância da participação activa dos alunos e colaboração dos encarregados de educação para o êxito da Promoção e Educação para a Saúde nas escolas.

No seu relatório final, o GTES define os conteúdos mínimos específicos para a educação sexual, ainda que de forma genérica. Os conteúdos mínimos recomendados são os seguintes (Sampaio *et al.*, 2007b):

- **Primeiro ciclo** (1º ao 4º ano):
  - Noção de corpo;
  - O corpo em harmonia com a natureza;
  - Noção de família;
  - Diferenças entre rapazes e raparigas;
  - Protecção do corpo e noção dos limites, dizendo não às aproximações abusivas, e disso dando conhecimento à família e/ou professor.

- **Segundo ciclo** (5º e 6º ano):
  - Puberdade: aspectos biológicos e emocionais;
  - O corpo em transformação;
  - Caracteres sexuais secundários. Normalidade e importância e frequência das suas variantes bio-psicológicas;
  - Diversidade, tolerância;
  - Sexualidade e género;
  - Reprodução humana e crescimento. Contracepção e planeamento familiar.

-**Terceiro ciclo** (7º ao 9º ano):
  - Compreender a fisiologia geral da reprodução humana;
  - Compreender o ciclo menstrual e ovulatório;
  - Compreender a sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa humana, no contexto de um projecto de vida que integre valores (afectos, ternura, crescimento e maturidade emocional, capacidade de lidar com as frustrações, compromissos, abstinência voluntária) e uma dimensão ética;
  - Compreender a prevalência, uso e acessibilidade dos métodos contraceptivos e conhecer, sumariamente, os mecanismos de acção e tolerância (efeitos secundários);
  - Compreender a epidemiologia e prevalência das principais infecções sexualmente transmissíveis em Portugal e no mundo (incluindo por VIH e VPH) bem como os métodos de prevenção;
  - Saber como se protege o seu próprio corpo, prevenindo a violência e o abuso físico e sexual e comportamentos sexuais de risco, dizendo não às pressões emocionais e sexuais;

- Conhecer as taxas e tendências nacionais de maternidade em geral e da adolescência em particular e compreender o respectivo significado;
- Conhecer as taxas e tendências das interrupções voluntárias da gravidez, suas consequências e respectivo significado;
- Compreender a noção de parentalidade no quadro de uma saúde sexual e reprodutiva saudável e responsável.

- **Ensino Secundário**; para além de se defender que há vantagem em voltar a abordar alguns temas dos ciclos anteriores, são propostos temas como o género, família, parentalidade, interacção no namoro, respeito/violência, dizer "não" a pressões emocionais e sexuais, interacção interpares, comportamentos sexuais virtuais vinculados pela internet, maus tratos (abuso físico e psicológico) e sexualidade e projecto de vida.

Perante o relatório preliminar e final do GTES, sem questionar a pertinência da sua proposta e salientando que os conteúdos são distribuídos pelos três ciclos do Ensino Básico, resta a dúvida se a educação sexual não fica deste modo demasiado diluída, não reflectindo a centralidade da sexualidade enquanto dimensão do desenvolvimento, saúde, bem-estar e existência dos indivíduos. O GTES recomenda que deve efectuar-se o equivalente a uma sessão mensal na área específica da sexualidade.

Embora o GTES saliente que estes objectivos não devem ser abordados de forma "excessivamente preventiva, abstracta e sanitarista, desligada da realidade nacional concreta e da reflexão sobre valores, atitudes, emoções e comportamentos sexuais nas e nos adolescentes" (Sampaio, *et al*., 2007b, p. 22), os objectivos mínimos definidos para a área da Educação Sexual parecem algo saturados de uma perspectiva muito centrada nos aspectos fisiológicos e nos riscos da sexualidade. Por um lado, áreas tão importantes e intimamente relacionadas com a sexualidade como a comunicação interpessoal, a identificação e solução de problemas e gestão de conflitos, a aquisição de competências sociais básicas e complexas, a identificação e gestão de emoções e a educação para a igualdade e diversidade individual, de género e de culturas estão contempladas no conteúdos da Educação para a Saúde. No entanto, por outro lado, teme-se que, ao não identificar essas áreas também como objectivos mínimos da área da educação sexual, o resultado possa ser aquilo que o GTES não pretende, ou seja, "reduzir a sexualidade a uma visão mecanicista, biológica e sanitarista" (Sampaio, *et al*., 2007a, p. 9), tornando

difícil evitar uma centração excessiva na prevenção dos comportamentos de risco. Será que estes objectivos mínimos estão de acordo com a intenção de fazer com que a Educação Sexual permita "promover a qualidade das relações interpessoais, a qualidade da vivência da intimidade e a contextualização destas na raiz cultural e socio-histórica" (*ibidem*, p. 9), com a intenção de transmitir e trabalhar uma noção abrangente e positiva de sexualidade? Esperavam-se, pois, com expectativa e alguma apreensão, os resultados da implementação nas escolas das orientações do GTES. Em Maio de 2008, perante a evidência de que pouco mudou nas escolas portuguesas no que diz respeito à educação sexual, foi apresentado na Assembleia da República, pelo Bloco de Esquerda, um projecto de lei no sentido de tornar obrigatória a frequência de uma área curricular de educação sexual nas escolas. Apenas em Fevereiro de 2009, começaram a ser discutidos na especialidade os projectos de lei do Partido Socialista e do Partido Comunista, tendo sido chumbada a proposta do Bloco de Esquerda.

Por fim, tendo em conta que, em Portugal, existe legislação desde 1984, que em 2009 se discutem ainda projectos de lei e que, apesar de todos os progressos, continua a não existir educação sexual nas escolas de modo generalizado, embora já exista um consenso mais alargado sobre a melhor forma de a implementar, torna-se pertinente reflectir sobre a afirmação de Pacheco (2000): "Este simples registo é suficientemente revelador dos receios políticos ainda existentes, relativamente a esta matéria, quando, em nosso entender, de há muito que se poderia ter avançado, sem que se registassem os problemas que, infundadamente, se coleccionam para realmente nada fazer ou, pior ainda, transformar a Educação Sexual num mero álibi para fomentar uma visão negativa sobre a sexualidade (gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis, SIDA, etc.)" (p. 161).

2.4 Conclusão

1. Há um dado que é inequívoco: em todos os países do mundo, do Uganda a Portugal, passando pelos países mais conservadores e pelos mais liberais, a esmagadora maioria dos adolescentes atribui grande importância à educação sexual e gostaria de participar nalgum programa ou actividade nesse âmbito.

2. Embora a preocupação com os riscos associados à sexualidade seja legítima tem sido muitas vezes utilizada como forma de transmissão de determinados valores conservadores (como a manutenção da abstinência sexual até ao casamento, por exemplo), em nada contribuindo para a promoção de um clima social em que domine uma atitude mais positiva face à sexualidade. O que esta perspectiva histórica e revisão da situação actual da educação sexual em diversos regiões do mundo evidencia é que nas sociedades em que a sexualidade é encarada de forma aberta e positiva, os jovens assumem comportamentos sexuais mais responsáveis e vivenciam a sua sexualidade de forma mais satisfatória. É neste contexto que acontecimentos como a aprovação pelo Parlamento Europeu da "*Resolution on Sexual and Reproductive Health and Rigths in Europe*" a 3 de Julho de 2002, podem ter um papel importante no sentido em que podem ser encarados como uma forma de "enviar um forte sinal à comunidade internacional em relação ao facto do Parlamento Europeu pretender lutar pelo direito de todas as pessoas terem vidas sexuais saudáveis e satisfatórias" (Claeys, 2002, p. 37). Um papel importante têm também projectos como o "*The Pleasure Project*" que defende a máxima "Podemos fazer sexo seguro se soubermos como fazer bom sexo" (Philpott, 2004). É uma postura única no que diz respeito à educação sexual e que se baseia na evidência de que os incentivos positivos são muito mais eficazes como motivação para a mudança de comportamento. De facto, geralmente os programas de educação sexual associam sexo e doenças e dissociam sexo de prazer (*ibidem*). Este projecto tem tentado estabelecer uma ponte entre a "indústria do sexo" e o mundo da promoção do sexo seguro, assegurando que os materiais eróticos incluam discussões sobre sexo seguro e que os materiais de saúde sexual abordam o prazer como elemento-chave da sexualidade.

3. Por último refira-se a questão dos resultados dos programas de educação sexual, que será abordada mais em detalhe posteriormente. Muitos programas e iniciativas têm tido resultados muito positivos, nomeadamente conseguindo criar um ambiente de aceitação e propício ao diálogo, mas talvez nem sempre tão bons resultados em relação aos comportamentos de risco. Correr riscos, explorar são, efectivamente, características desenvolvimentais da adolescência. Além disso, o conceito de risco é relativo: alguns programas defendem a abstinência como se as relações sexuais em si mesmas fossem perigosas e nada houvesse a fazer em relação aos riscos a elas inerentes, outros incentivam a manutenção de um único parceiro, perpetuando assim a associação de

sexualidade a promiscuidade, outros ainda tentam evitar o início precoce das relações sexuais. Mas deverão ser estes os objectivos dos programas de educação sexual? E se não forem ao encontro dos interesses e necessidades dos adolescentes como poderão ter resultados positivos? Além disso, esta questão dos resultados dos programas de educação sexual levanta outra questão: quantos países se dedicaram e investiram de uma forma continuada e sistemática na educação sexual? E os que o fazem há quanto tempo o fazem? Porque a educação sexual, ou pelo menos a educação sexual cujo objectivo é garantir o direito a uma vida sexual saudável e satisfatória, exige medidas concertadas e não programas avulsos, exige continuidade e o envolvimento e transformação de toda a sociedade, o que poderá demorar décadas...

3. PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL

3.1 Objectivos, conteúdos, metodologia e resultados

Os diferentes modelos e perspectivas de educação sexual deram origem aos mais diversos programas de intervenção nesta área, sendo possível constatar uma variedade considerável de objectivos, conteúdos e metodologias mas não só, pois também variam os alvos[1] (adolescentes, pares, pais ou professores...) e os contextos (meio escolar, centros médicos, centros comunitários...). De facto, tal como foi referido anteriormente, faz mais sentido falar de educações sexuais do que de educação sexual. Apesar das diferenças, pode afirmar-se que existe uma certa homogeneidade no que diz respeito aos objectivos, pois de um modo geral estes estão relacionados com os riscos associados à sexualidade. Há programas com o objectivo geral de diminuir os comportamentos de risco e programas com objectivos mais específicos, como diminuir o número de gravidezes na adolescência, aumentar o conhecimento sobre o HIV/SIDA, promover o sexo seguro ou incentivar a abstinência. Estes diferentes objectivos condicionam fortemente os conteúdos abordados, como fica bem ilustrado no caso dos programas que se limitam a promover a abstinência, não fazendo referência aos métodos contraceptivos. Muito embora, actualmente, exista um consenso alargado quanto à educação sexual dever assumir uma perspectiva compreensiva da sexualidade humana e tenham sido feitos progressos nesse sentido, quando se faz uma pesquisa alargada sobre os programas de educação sexual facilmente se constata que muitos deles têm como referência modelos médicos preventivos ou modelos conservadores. Isso nota-se principalmente ao nível dos objectivos e conteúdos, pois no que diz respeito às metodologias adoptadas tem havido uma evolução muito positiva, sendo cada vez menos frequentes os programas que se limitam a utilizar estratégias expositivas. O recurso a uma metodologia mais dinâmica e participativa na abordagem das questões sexuais é cada vez mais generalizado.

Independentemente dos objectivos, conteúdos ou metodologias, os programas de educação sexual têm-se confrontado com inúmeras dificuldades no que diz respeito à

[1] Embora existam intervenções no âmbito da educação sexual destinados a crianças mais novas, a larga maioria dos programas destina-se a adolescentes, pelo que ao longo do texto se faz sempre referência a essa faixa etária.

avaliação dos seus efeitos nos conhecimentos, atitudes e comportamentos dos seus alvos. Embora já exista um considerável número de estudos da eficácia dos programas, não tem sido fácil chegar a conclusões já que os dados são muitas vezes contraditórios, pouco fundamentados ou difíceis de replicar. Ainda assim, vários autores têm realizado revisões alargadas dos estudos existentes, no sentido de tentar perceber o que, de facto, funciona em educação sexual. Oakley *et al.* (1995) analisaram 270 artigos sobre intervenções no âmbito da saúde sexual. Os autores começaram por definir critérios de qualidade metodológica, seleccionando apenas os estudos que forneciam dados pré e pós-intervenção, que referiam todos os resultados e que tinham utilizado um grupo de controlo idêntico ao grupo experimental quanto às características sociodemográficas e aos resultados da avaliação pré-teste. Com esta selecção com base em critérios de qualidade metodológica a amostra passou para 65 estudos. A maioria desses estudos realizou-se nos EUA e em contexto escolar. Apenas sete estudos foram considerados eficazes e doze parcialmente eficazes. Dois foram avaliados como ineficazes, quatro como tendo efeitos pouco claros e houve mesmo um programa considerado prejudicial. Os autores de 35 dos estudos seleccionados consideravam que as intervenções tinham sido eficazes mas segundo os critérios desta revisão não se podia chegar a tal conclusão. Perante isto, Oakley *et al.* (1995) realçam a necessidade de melhorar o design das investigações na área da saúde sexual, pois a maioria dos estudos apresentava muitas falhas metodológicas, o que torna difícil tirar conclusões sobre a eficácia das intervenções. Ainda assim, de um modo geral, os programas de educação sexual parecem aumentar o conhecimento sobre as questões sexuais. No entanto, a principal conclusão a que os autores chegaram foi que a transmissão de informação prática sobre questões sexuais e a distribuição de contraceptivos não levam a comportamentos de risco sexual mas a promoção da abstinência pode encorajar a experimentação sexual.

Song *et al.* (2000) analisaram e sintetizaram dados de estudos no âmbito da educação sexual em meio escolar realizados entre 1960 e 1997. Em relação aos 67 estudos seleccionados foram estudadas 72 medidas de conhecimentos sobre a sexualidade, agrupadas em seis variáveis dependentes: sexualidade geral, gravidez, vida familiar, HIV/SIDA, contracepção e DST. Os autores verificaram que 97% dos resultados avaliados foram positivos, tendo concluído que a maioria dos programas produz um aumento significativo dos conhecimentos sobre sexualidade.

Kirby (2002a) levou também a cabo uma revisão de 73 estudos relativos a programas de educação sexual, todos eles cumpriam os seguintes critérios: a) tinham sido publicados depois de 1980; b) tinham sido conduzidos nos EUA ou Canadá; c) dirigiam-se a adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos; d) utilizavam um design experimental ou quasi-experimental; e) a amostra era constituída por um mínimo de 100 sujeitos; f) mediam o impacto sobre o comportamento sexual ou de utilização de contraceptivos ou o número de gravidezes na adolescência. O autor faz referência à evolução positiva que tem ocorrido nos últimos anos em termos metodológicos, afirmando que os estudos actuais são muito mais rigorosos.

Na sua revisão, Kirby (2002a) identificou forte evidência de eficácia em quatro grupos de programas. O primeiro grupo compreende programas de educação sexual ou relativos ao HIV/SIDA que promovem quer a abstinência quer a utilização de preservativos ou outros contraceptivos e são geralmente implementados em meio escolar. Os resultados indicam que estes programas atrasam o início da actividade sexual, diminuem a actividade sexual, aumentam a utilização do preservativo ou outros contraceptivos e diminuem as relações sexuais desprotegidas. Além disso, os seus efeitos parecem manter-se pelo menos um ano após a intervenção.

O segundo grupo remete para intervenções breves realizadas em contextos clínicos: sessões com enfermeiras sobre DST e utilização de preservativos; assistir a um video sobre anatomia, DST, contracepção, comunicação no casal e acesso aos serviços de saúde e reunir com um técnico de saúde; cassetes e brochuras sobre como evitar o sexo desprotegido, brochuras para pais e brochuras sobre os recursos da comunidade. O autor considera muito encorajador que intervenções tão breves e modestas tenham tido resultados tão positivos no que diz respeito a aumentar a utilização de contracepção e diminuir comportamentos de risco.

O terceiro grupo inclui programas de aprendizagem (service learning programmes) que incluem serviço comunitário voluntário, com tempos estruturados de reflexão antes, durante e após o serviço. Estes programas têm revelado um forte impacto no que diz respeito à diminuição do número de gravidezes na adolescência.

O último grupo inclui apenas o Children's Aid Society – Carrera Programs. Trata-se de um programa de longo termo e intensivo, com uma duração de cerca de 16 horas mensais durante 3 anos. Tem diversas vertentes: a) educação sexual; b) apoio ao estudo; c) orientação vocacional; d) auto-expressão através das artes; e) desportos

individuais. Os resultados indicam o adiamento do início da actividade sexual, aumento da utilização de preservativos e diminuição do número de gravidezes na adolescência. O autor alerta para o facto de apesar destes resultados serem importantes, se tratar de um programa de difícil implementação e muito dispendioso.

Como conclusão, o autor congratula-se com o facto de haver um conjunto diversificado de intervenções que têm demonstrado serem eficazes em termos de saúde sexual, mesmo que não sejam exclusivamente programas de educação sexual.

Mais recentemente, o mesmo autor fez uma revisão de 83 estudos realizados em vários países do mundo e não exclusivamente nos EUA e Canadá (Kirby, Laris & Rolleri, 2007) e concluiu que 2/3 dos programas demonstravam ter impacto positivo em pelo menos um comportamento sexual. Mais uma vez fica provado que os programas de educação sexual não incentivam nem aumentam a actividade sexual, antes pelo contrário: muitos resultam no adiamento do início da actividade sexual, na diminuição da actividade sexual e no aumento do uso de preservativo ou outros contraceptivos. Um dado importante é o facto dos programas demonstrarem eficácia numa variedade muito grande de países, culturas e grupos de jovens e de terem demonstrado que se mantêm eficazes quando são replicados nas mesmas condições.

Kirby (2002b) fez também uma revisão especificamente sobre o impacto dos programas de educação sexual em meio escolar. Segundo o autor, existem diversos indicadores que sugerem que o simples facto de frequentar a escola reduz a adopção de comportamentos de risco sexual. Pelo menos no contexto dos EUA, vários estudos têm demonstrado que os adolescentes que abandonaram precocemente a escola iniciam mais precocemente a actividade sexual, usam menos contraceptivos e engravidam mais. Claro que se pode argumentar que o grupo de adolescentes que abandona a escola já era diferente em muitos aspectos do grupo dos que se mantêm na escola mas ainda assim o abandono escolar parece aumentar os comportamentos de risco.

Além disso, parece haver também uma relação entre o envolvimento académico e os comportamentos de risco, sendo que quanto mais empenhados e ligados à escola forem os adolescentes menos comportamentos de risco assumirão. Estas constatações podem estar relacionadas com vários factores: a) as escolas estruturam o tempo dos estudantes e limitam o tempo que passam sozinhos e no qual poderiam ter relações sexuais; b) as escolas aumentam a interacção e relação com adultos que desencorajam os comportamentos de risco; c) as escolas podem aumentar a crença no futuro e ajudar

os estudantes a construir projectos vocacionais e vários estudos têm demonstrado que as aspirações educacionais e vocacionais estão relacionadas com a utilização de contraceptivos; d) as escolas aumentam a auto-estima, a auto-eficácia e as competências de comunicação dos estudantes, o que os pode ajudar a evitar ter sexo desprotegido.

Tendo em conta que o envolvimento escolar, o rendimento académico e as aspirações académicas estão relacionados como os comportamentos de risco sexual, então mesmo os programas escolares não específicos de educação sexual que promovam essas variáveis vão ter impacto em termos de risco sexual. É o caso do Seattle Social Development Project cujo objectivo principal era aumentar o envolvimento escolar e que acabou por levar a uma redução do número de gravidezes na adolescência.

Os programas específicos de educação sexual em meio escolar têm demonstrado eficácia no que diz respeito ao adiar do início da actividade sexual e ao aumento da utilização de contraceptivos. No entanto, Kirby (2002b) alerta para o facto desses programas terem inúmeras falhas metodológicas e sugere que se façam mais estudos utilizando um design experimental ou quasi-experimental.

No que diz respeito aos programas de distribuição de preservativos nas escolas, o autor clarifica que não levam a um aumento da actividade sexual mas o seu impacto em termos de utilização do preservativo não é claro. É possível que isto se deva ao facto destes programas não irem ao encontro das reais necessidades dos estudantes, já que raramente as razões para não usar preservativo têm a ver com a falta de acesso a esse contraceptivo.

A OMS realizou também uma revisão de 1050 artigos científicos, tendo os investigadores chegado à conclusão que os programas de educação sexual não fomentam a experimentação ou aumentam a actividade sexual. Antes pelo contrário, a maioria dos programas promove o adiamento do início da actividade sexual e a utilização eficaz da contracepção (Grunseit *et al.*, 1997).

Em 2003, a Advocate for Youth realizou uma revisão exaustiva da investigação existente de modo a compilar uma lista de programas que, após rigorosa avaliação, provaram ser eficazes na prevenção da gravidez na adolescência, HIV e outras DST. Daqui resultou uma lista de 19 programas, 16 dos quais de educação sexual e que incluem informação sobre abstinência e contracepção e 8 realizados em meio escolar. O adiamento do início da actividade sexual foi um resultado encontrado em 12 desses

programas. Além disso, 17 programas demonstraram um efeito em termos de redução de comportamentos de risco, nomeadamente através do aumento da utilização de preservativo e da redução do número de parceiros, frequência da actividade sexual e de relações sexuais desprotegidas. Oito destes programas tiveram impacto na redução do número de gravidezes na adolescência e infecções com HIV ou outras DST.

Vários autores levaram também a cabo revisões de literatura mas apenas em relação ao impacto de certos programas na redução do número de gravidezes na adolescência. Franklin & Corcoran (2000) referem que os programas de prevenção primária da gravidez na adolescência têm três grandes objectivos: obter mudanças ao nível do conhecimento e das atitudes; aumentar o nível de competências, nomeadamente de tomada de decisão e comunicacionais; e promover mudanças no comportamento sexual (abstinência ou adiamento do início da actividade sexual, redução da frequência de relações sexuais, aumentar o uso de contraceptivos...). As mudanças do comportamento sexual são avaliadas de forma indirecta através de instrumentos de auto-relato. Apesar das limitações desses instrumentos, estas mudanças são os melhores indicadores de eficácia dos programas. As autoras chamam também a atenção para o facto de mudanças ao nível do conhecimento e das atitudes não conduzirem necessariamente a mudanças do comportamento sexual.

Nesta revisão são apontados quatro programas eficazes, embora dois coloquem maior ênfase na promoção da abstinência (mas não de forma exclusiva), todos têm em comum o facto da intervenção se centrar na transmissão de informação e no treino de competências.

As autoras concluem que, embora existam diferenças consideráveis entre os diversos estudos, existe consenso suficiente quanto às seguintes afirmações: a) os programas clínicos mostraram ser mais eficazes do que outros tipos de programas de prevenção da gravidez na adolescência; b) as clínicas comunitárias são mais eficazes do que as situadas em escolas; c) a informação e distribuição de contraceptivos é um componente essencial dos programas eficazes; d) para serem eficazes os programas de prevenção da gravidez não podem limitar-se à distribuição de contraceptivos. É necessária uma abordagem compreensiva da educação sexual e treino de competências. Se bem que a estratégia de promoção da abstinência possa surtir algum efeito com adolescentes mais novos, não é eficaz com adolescentes que já são sexualmente

activos; e) os programas baseados na teoria da aprendizagem social e no treino de competências são os mais eficazes.

Ao contrário das revisões referidas anteriormente, DiCenso, Guyatt & Griffith (2002) analisaram 26 estudos e concluíram que nenhum deles obteve os resultados esperados, ou seja, não atrasaram o início da actividade sexual, não aumentaram a utilização de contraceptivos e não diminuíram o número de gravidezes na adolescência. Além disso, quatro programas de promoção da abstinência e um de educação sexual em meio escolar parecem estar associados a um aumento do número de gravidezes das companheiras dos participantes masculinos. Os autores sugerem que estes resultados podem estar associados ao facto de grande parte dos estudos seleccionados para esta revisão terem como alvos afro-americanos e latino-americanos de níveis socio-económicos baixos, sendo possível que as intervenções tenham melhores resultados com outros grupos. Relativamente a esta questão, Kalmuss *et al.* (2003) salientam a necessidade de desenvolver programas específicos para grupos minoritários, já que os programas existentes se têm revelado ineficazes com estas populações. Mais recentemente, também Yankah & Aggleton (2008) concluíram que os programas de prevenção do HIV/SIDA baseados no treino de competências raramente produzem efeitos consistentes no comportamento sexual. No entanto, consideram que esses programas têm um efeito positivo em termos de conhecimento, atitudes, intenções e competências.

No que diz respeito à eficácia dos programas de educação sexual, tem havido grande controvérsia em relação aos programas que enfatizam a promoção da abstinência. Bennett & Assefi (2005) fizeram uma revisão de estudos sobre programas de promoção da abstinência (*abstinence-only*) e programas de promoção da abstinência que incluem informação sobre contraceptivos (*abstinence-plus*). Ao contrário das conclusões de Oakley *et al.* (1995), estes autores afirmam que estes programas não só não aumentam a actividade sexual como podem produzir mudanças no comportamento sexual dos adolescentes, embora os efeitos sejam modestos e se mantenham apenas a curto prazo. Os estudos analisados indicam que a maioria dos programas *abstinence-plus* aumentam a utilização de contraceptivos. Os autores consideram não ter dados suficientes para afirmar qual o tipo de programa mais eficaz.

Kirby (2002b) refere que não existem estudos publicados que demonstrem que os programas *abstinence-only* atrasam o início da actividade sexual, no entanto considera

prematuro tecer conclusões sobre o impacto destes programas porque: a) esta designação abriga um grupo de programas muito heterogéneo; b) poucos estudos rigorosos foram realizados; c) existe alguma evidência que a promoção da abstinência, em certas condições, pode levar ao adiamento do início da actividade sexual. Arnold *et al.* (2000) consideram também prematuro afirmar se esses programas são eficazes ou não, dado que têm sido avaliados de forma pouco rigorosa, nomeadamente sem grupos de controlo e com períodos de follow-up desadequados.

A polémica em relação aos programas de promoção da abstinência tem sido especialmente notada nos EUA, onde surgiram normativas no sentido das escolas limitarem a educação sexual à promoção da abstinência. Segundo Ott & Santelli (2007) o governo norte-americano investiu 175 milhões de dólares em programas deste tipo, apesar de ter sido levada a cabo uma avaliação independente que revelou que esses programas não só demonstram ter reduzida eficácia como podem ter efeitos nefastos. Para alguns autores, esta situação é claramente uma tentativa de alguns grupos conservadores para influenciar o currículo da escola pública, criando condições para que apenas informação pouco fidedigna e enviesada chegue aos adolescentes (Whatley & Trudell, 1993). Além disso os professores têm sido instruídos no sentido de não abordarem os métodos contraceptivos ou de apenas referirem as suas taxas de insucesso (Donovan, 1998). Esta situação é mais comum nos estados do Sul, onde é comum apresentar a abstinência como o único meio eficaz de prevenção da gravidez e das DST e enfatizar e ineficácia dos contraceptivos, do que nos estados do Norte (Landry *et al*., 2003). Apesar da abordagem da educação sexual ser quase universal nas escolas norte-americanas, os conteúdos são muito variáveis, sendo frequentes tópicos como a abstinência e informação básica sobre o HIV e outras DST mas questões como a contracepção e o acesso aos serviços são menos frequentemente abordadas, mesmo nos estados do Norte (*ibidem*). Lindberg, Santelli & Singh (2006) consideram mesmo que tem havido um retrocesso significativo no que diz respeito à educação sexual, nomeadamente em relação a questões como a contracepção que, apesar da sua importância, são cada vez menos abordadas. Landry *et al.* (2003) referem que, estando bem documentada a relação entre aquilo que os adolescentes aprendem sobre sexo seguro e a utilização de contraceptivos quando iniciam a actividade sexual, a educação sexual nas escolas deveria incluir informação fidedigna sobre os preservativos e outros contraceptivos. Darroch, Landry & Singh (2000) chamam a atenção para o facto da

educação sexual nas escolas norte-americanas ser cada vez mais apenas centrada na promoção da abstinência, não estando assim os estudantes a receber a necessária informação sobre tópicos como a contracepção, o aborto ou a orientação sexual. Esta situação mantém-se apesar de cerca de 90% dos americanos apoiarem a implementação de programas de educação sexual nas escolas, que incluam não só a promoção da abstinência mas também abordem questões como a contracepção e a prevenção de DST (Donovan, 1998).

Os programas *abstinence-only* têm tido dificuldade em demonstrar a sua eficácia e, nalguns casos, parecem até ter efeitos contraproducentes (Oakley *et al.,*1995 e DiCenso, Guyatt & Griffith, 2002) mas uma das principais críticas que lhes é feita tem a ver com a sua "agenda moral", pois o seu objectivo principal acaba por ser a transmissão de normas de comportamento que remetem para uma visão negativa da sexualidade, associada a fins meramente reprodutivos e limitada ao contexto legitimador do casamento (Vaz, 1996). Além disso, nesta perspectiva, a educação sexual omite frequentemente informação ou transmite-a de forma parcelar ou enviesada, como no caso da abordagem dos métodos contraceptivos que se limita aos riscos da sua utilização e ao facto de não serem 100% seguros (Guttmacher Institute, 2001). Os defensores desta abordagem têm inclusivamente publicado estudos comparativos da eficácia da abstinência e do preservativo, explicando que os preservativos como método falham entre 0,5 e 7% enquanto que a abstinência é 100% segura e que ambos têm taxas de insucesso devido a factores relacionados com os utilizadores, que para o preservativo se situam entre entre os 12 e os 70% e para a abstinência entre os 26 e os 86% (Haignere, Gold & McDanel, 1999).

Para além dos programas *abstinence-only*, também outros programas com metodologias específicas têm sido alvos de estudos comparativos. Por exemplo, Mellanby, Newcombe & Tripp (2001) compararam um programa de educação pelos pares com um programa orientado por adultos e concluíram que os pares eram mais eficazes na transmissão de normas e atitudes relacionadas com o comportamento sexual mas o adultos eram mais eficazes na transmissão de informação factual e na promoção do envolvimento nas actividades. Os autores concluem que as duas estratégias são complementares. Stephenson *et al.* (2004) chegaram também à mesma conclusão: a educação pelos pares pode ser eficaz em certos aspectos mas deve ser complementada com outras estratégias. Já Dunn *et al.* (1998) compararam uma intervenção breve

orientada por enfermeiras de saúde comunitária com uma intervenção de educação pelos pares e não encontraram diferenças em termos de eficácia. Também o impacto do contexto tem sido explorado, nomeadamente comparando programas implementados em meio escolar e programas implementados em centros médicos ou comunitários. Em relação a esta questão não há consenso: em todos os contextos existem programas eficazes e ineficazes.

Perante o que ficou descrito, facilmente se percebe que tem havido uma grande preocupação em estudar os efeitos dos programas de educação sexual e a sua eficácia. A evidência de que esses programas não promovem um início mais precoce da actividade sexual e não aumentam a sua frequência tem sido consistentemente reforçada. Esta situação está relacionada com o facto de se tratar de um dos argumentos mais utilizado pelos opositores da educação sexual que continuam a afirmar que os programas de intervenção nesta área promovem um início precoce e aumentam a actividade sexual nos adolescentes.

Apesar de ser importante refutar estas afirmações e provar o impacto destes programas no comportamento sexual, a educação sexual continua a ser encarada mais como uma forma de prevenção de riscos do que como um meio de promoção do desenvolvimento psicossexual. Isto continua a constatar-se mesmo havendo um consenso cada vez mais alargado sobre a necessidade de se partir de uma visão mais abrangente de sexualidade, enfatizando aspectos como a expressão sexual, a satisfação sexual e o prazer e não se centrar apenas nos aspectos reprodutivos ou nos riscos da sexualidade. Ainda que não correspondam à grande maioria, existem programas que partem de visões mais positivas e compreensivas da sexualidade e cuja abordagem das questões sexuais é muito mais abrangente e inovadora. Exemplo disso é o “The Pleasure Project” (Philpott, 2004) que pretende uma abordagem da educação sexual que inclua o sexo, o desejo e o prazer.

Os estudos de eficácia destes programas levantam também a questão de saber o que de facto resulta em educação sexual. Os programas eficazes partilham algumas características, parecendo haver algum consenso entre os diversos autores. Kirby (1992) considera que os programas eficazes se centram na mudança de comportamentos de risco; reforçam a mensagem que as relações sexuais desprotegidas não são aconselhadas e explicam aos jovens de que forma se podem proteger; promovem a participação activa dos seus destinatários; treinam competências de comunicação e

negociação; analisam as pressões para ter relações sexuais a que os adolescentes estão sujeitos; e proporcionam formação às pessoas que vão ter responsabilidade na implementação do programa.

Em 2004, no âmbito da iniciativa FRESH da UNESCO foram revistos 113 programas de prevenção do HIV/SIDA tendo-se concluído que os programas eficazes tinham as seguintes características:

- Centravam-se em objectivos comportamentais específicos (por exemplo, atrasar o início da actividade sexual ou aumentar o uso de contraceptivos), que implicavam também objectivos ao nível do conhecimento, atitudes e competências;
- Transmitiam informação básica e fidedigna relevante para a mudança comportamental, especialmente os riscos das relações sexuais desprotegidas e os métodos para os evitar;
- Enfatizavam valores claros e adequados que fortaleciam os valores individuais e as normas de grupo contra o sexo desprotegido;
- Envolviam o treino de competências de comunicação e negociação;
- Tinham como racional teórico as teorias da Aprendizagem Social;
- Reconheciam as influências sociais sobre o comportamento sexual, incluindo o importante papel dos meios de comunicação social e dos pares;
- Utilizavam actividades participativas (jogos, *role playing*, discussões de grupo...) no sentido de alcançar os objectivos de personalizar a informação, explorar atitudes e valores e praticar competências;
- Supervisionavam extensa formação para os professores ou técnicos que implementavam o programa;
- Apoiavam programas de saúde reprodutiva e de prevenção do HIV/SIDA implementados pelas escolas, decisores políticos e a comunidade em geral;
- Faziam avaliações rigorosas da implementação do programa e incentivavam as práticas bem sucedidas;
- Eram apropriados para a idade dos destinatários;
- Eram sensíveis no que diz respeito ao género.

Kalmuss *et al.* (2003) concluíram que, para serem eficazes, os programas de educação sexual devem:

- Começar cedo, tendo como destinatários os adolescentes mais novos;

- Conceber estratégias específicas, por exemplo, se os destinatários pertencerem a grupos minoritários;
- Desenvolver-se em estreita articulação com outros programas destinados a adolescentes que intervêm directamente em situações de desvantagem socio-económica;
- Reconhecer que muitos adolescentes não têm as competências necessárias para praticar sexo seguro e, portanto, devem incluir treino das competências de comunicação e negociação, da capacidade de dizer não e da técnica de utilização do preservativo;
- Abordar especificamente a influência do grupo de pares e das normas sociais e as pressões para terem sexo;
- Encarar os adolescentes como sendo capazes de tomar decisões responsáveis e não assumir que o comportamento sexual é involuntário;
- Assumir que a actividade sexual dos adolescentes não se limita à genitalidade, pelo que tópicos como o sexo oral e anal devem ser abordados;
- Reconhecer que os adolescentes podem ser ambivalentes quanto a uma gravidez e não assumir simplesmente que os adolescentes não devem ter filhos. Essa ambivalência deve ser trabalhada.

De seguida descrevem-se de forma sucinta alguns programas, implementados quer no resto do mundo quer em Portugal.

3.2 Descrição Sucinta de alguns Programas

3.2.1 No mundo

Apesar da inúmera bibliografia existente relacionada com a temática da sexualidade, não é fácil encontrar informação sobre programas de intervenção, nem descrições detalhadas e bem documentadas dos procedimentos, conteúdos, actividades desenvolvidas e metodologia de avaliação dos resultados, como já foi referido. É frequente faltarem informações sobre aspectos básicos das intervenções como o número ou duração das sessões, os conteúdos, as estratégias adoptadas e os instrumentos de

avaliação utilizados. Na base da selecção dos quinze programas que de seguida se descrevem de forma sucinta estiveram os seguintes critérios:

- ser possível recolher um conjunto de dados significativos relativamente aos seus objectivos, alvos, metodologia e resultados;
- serem originários de diferentes partes do mundo, com diferentes situações socio-culturais e diferentes posturas face à educação sexual;
- serem representativos de diferentes abordagens da educação sexual (por exemplo, promoção da abstinência ou promoção da utilização de contraceptivos).

Deste modo, constituem uma pequena amostra do que tem sido feito nesta área e ajudam a traçar o panorama actual da educação sexual no mundo.

Planeando tu vida – México

Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP, 1988)

Objectivos:

Proporcionar informação e competências que favoreçam o exercício da sexualidade de forma plena e responsável e diminuir a incidência de gravidez na adolescência.

Alvos:

Alunos de escolas preparatórias e secundárias públicas e privadas, através da capacitação de professores e orientadores.

Metodologia:

O programa tem a duração de 40 horas e implementa-se em grupos de 15 a 30 participantes. A metodologia é "vivencial", recorrendo a técnicas participativas que promovem a reflexão, aquisição de conhecimentos específicos sobre os temas e o desenvolvimento de competências para a vida como a tomada de decisão, a comunicação assertiva, a identificação e gestão das emoções.

Os conteúdos abordados são: Sexo e sexualidade; Anatomia e fisiologia sexual humana; Resposta sexual humana; Alternativas para obter prazer erótico/sexual e

abstinência; Gravidez na adolescência; Contracepção; Valores; Auto-estima; Comunicação, assertividade e afecto; Tomada de decisão e expectativas face ao futuro.

Foram desenvolvidos manuais para a implementação do programa e vídeos.

Resultados:

Têm sido realizados diversos estudos com o objectivo de avaliar a eficácia deste programa. De um modo geral, os resultados apontam para mudanças positivas ao nível das competências psicossocias, atitudes e conhecimentos sobre sexualidade.

Yo quiero, yo puedo – México, Perú, Bolivia, Guatemala, Honduras
Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP, 1997)

Objectivos:

Favorecer o desenvolvimento de competências para a vida, diminuindo a probabilidade das crianças e jovens se envolverem em situações que ponham em risco a sua saúde física e mental.

Alvos:

Alunos de escolas de educação pré-escolar, primária e secundária públicas e privadas, através da formação de professores e orientadores e da participação em aulas.

Metodologia:

A formação para os professores tem a duração de 40 horas, divididas em cinco sessões e o programa para os alunos tem a duração de 35 horas divididas em sessões semanais de duas horas ao longo do ano lectivo. A metodologia é participativa, na qual a aprendizagem se faz através da aplicação dos conhecimentos a actividades quotidianas. É, sobretudo, uma metodologia que pretende ser muito divertida e motivadora para alunos e professores.

Os conteúdos abordados são: Conheço-me e gosto de mim (*Me connozco y me quiero*); Pertenço a uma comunidade; A minha família e os meus amigos; A minha sexualidade; Em que é que nos parecemos e em que é que somos diferentes os homens e as mulheres?; Sou responsável; Organizo-me e sou produtivo; Cuido-me; Cuido do

ambiente; Observo, escuto e comunico; Cresço e deixo crescer; Divirto-me e aprendo; Alimento-me saudavelmente; Expresso os meus sentimentos.

Foi desenvolvida uma série de livros, com exemplares diferentes para cada nível escolar e guias para os professores. Criaram-se também três vídeos: "*Educación para la vida*", no qual se analisam os fundamentos do programa, "*Favoreciendo la autoestima y seguridad personal*" e "*Favoreciendo la responsabilidad y toma de decisiones*" que apresentam ambos propostas educativas.

Resultados:

O programa avalia-se através de questionários de conhecimentos e atitudes, preenchidos antes e depois da sua implementação. Os resultados de um estudo com uma amostra de 3591 alunos (Givaudan *et al*., 1997) apontam para um aumento da auto-estima, das competências de tomada de decisão, da capacidade para assumir responsabilidades e comunicar efectivamente. Verifica-se também um aumento dos conhecimentos sobre sexualidade e género.

Em 1999, este programa foi adaptado pelo IMIFAP de modo a ser integrado no *Programa Oficial Nacional de Formación Cívica y Ética* do ensino secundário.

Foram distribuídos mais de seis milhões de livros do programa, quarenta mil professores receberam o programa e replicaram-no a mais de onze milhões de crianças e adolescentes no México e em outros nove países.

Programa de Educação Afectivo-Sexual: Um novo olhar (PEAS) – Brasil
Grupo de Institutos, Fundações e Empresas (GIFE, 2000)

Objectivos:

O programa adopta uma filosofia de que a educação sexual é um direito de todos os jovens e deve fazer parte da educação integral, procurando estimular a autonomia e responsabilidade dos adolescentes pela sua própria saúde e promover um maior equilíbrio nas relações entre homens e mulheres, reduzir a vulnerabilidade dos jovens face ao HIV/SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis, diminuir os índices de gravidez não desejada, de violência e de uso de drogas.

Alvos:

Crianças e adolescentes, através da formação de professores.

Metodologia:

O PEAS não é apenas um programa de educação sexual mas de educação para a vida (GIFE), utilizando uma metodologia activa e participativa. As actividades são desenvolvidas pelos jovens, que se tornam protagonistas das acções, participando activamente em todo o processo. Os professores ajudam os jovens na elaboração de projectos relacionados com os temas da sexualidade e saúde reprodutiva, projectos tão diversificados como a criação de um programa de rádio, a produção de um jornal escolar, a realização de peças de teatro.

Resultados:

Inicialmente, foi feito um diagnóstico de necessidades, após o qual se organizou um curso de 80 horas para profissionais de saúde, professores e coordenadores das escolas dos municípios envolvidos. O PEAS começou por abranger 382 educadores e 9000 crianças e adolescentes de 20 escolas municipais e estatais das cidades de Cariacica, Contagem, João Monlevade, Juíz de Fora e Vespasiano. As cidades de João Monlevade e Vespasiano adoptaram o programa como política pública de ensino, beneficiando todos os alunos das escolas públicas desses municípios. Em 2002, abrangia já 718 educadores e profissionais de saúde e 35500 adolescentes e o município de Contagem adoptou-o também como política pública de ensino. Actualmente, o programa conta com 851 educadores formados e quase 40000 adolescentes.

Os resultados mostram mudanças no conhecimento, nas atitudes e na prática dos jovens em relação à sexualidade e saúde reprodutiva. Os jovens que participaram no PEAS revelam maior conhecimento e responsabilidade relativamente à sua saúde. Na opinião de 71% dos participantes, a escola adquiriu maior importância como fonte de informação sobre saúde sexual e reprodutiva e 76% passaram a recorrer mais aos professores quanto a questões relativas à sexualidade. A probabilidade dos jovens utilizarem preservativo aumentou 178% com parceiros ocasionais e 76% com parceiros em quem confiam. Um resultado importante foi também a diminuição do número de jovens que fumam cigarros (28%) ou maconha (53%) e que usam cocaína (51%). O

programa promove também a melhoria de relacionamento entre os alunos e entre estes e os professores, interferindo mesmo com o rendimento e motivação para a escola.

Projecto Aprendendo a Viver – Brasil

Pfizer, Fundo Social de Solidariedade do Estado de São Paulo e Instituto Kaplan (2000)

Objectivos:

Sensibilizar os participantes em relação à responsabilidade sexual, tornando-os multiplicadores das informações recebidas no programas nas comunidades onde vivem.

Alvos:

Crianças, adolescentes e pais, idosos, portadores de deficiência mental e educadores. Usuários da Casa da Solidariedade I e II (adolescentes), da Estação Especial da Lapa (portadores de deficiência mental), do Núcleo de Atendimento ao Idoso (idosos) e entidades ligadas ao Fundo Social de Solidariedade do Estado de São Paulo.

Metodologia:

Criado em 2000, o Aprendendo a Viver é um programa de educação de saúde sexual para crianças, adolescentes, portadores de deficiência mental, idosos e educadores. O programa foi desenvolvido em parceria com o Instituto Kaplan, organização não governamental especializada em sexualidade humana, para as entidades financiadas pelo Fundo Social de Solidariedade, além de dezenas de outras instituições beneficiárias, que participaram em cursos de formação sobre educação sexual e prevenção do HIV/SIDA e consumo de drogas. Os objectivos são específicos para cada grupo alvo, assim com os adolescentes enfatiza-se a prevenção da gravidez não desejada, das doenças sexualmente transmissíveis e do consumo de drogas; com os idosos o programa promoveu a discussão de uma nova perspectiva sobre o que é a vida sexual, aproveitando o lazer para alargar os relacionamentos afectivos e aumentar a alegria de viver; em relação aos portadores de doença mental o programa pretendeu consciencializar os educadores para a necessidade de lidar de forma natural com as questões sexuais deste grupo.

Figura 5: Jogo Aprendendo a viver

Uma das estratégias do programa é a utilização do jogo Aprendendo a Viver, que se destina a promover o diálogo entre pais e filhos e introduzir as questões da responsabilidade sexual de forma divertida e didáctica. O objectivo dos jogadores é sair e voltar para casa, passando por todas as situações e locais marcados no tabuleiro (festa, escola, praça, hospital, shopping, posto de saúde e farmácia) sem ser infectado pelo HIV. Durante o percurso, o jogador responde a perguntas e envolve-se em cenas que simulam situações quotidianas. O jogo é distribuído a todas as entidades que participam no programa, no sentido de ser utilizado com os seus alunos e usuários.

Como o jogo Aprendendo a Viver foi uma experiência bem sucedida, o Instituto Kaplan desenvolveu também o jogo Cartas na Mesa, destinado aos idosos e pretendendo abordar temas pertinentes no que diz respeito à melhoria da qualidade de vida deste grupo etário.

Resultados:

Desde 2000, beneficiaram do programa 388 entidades, 1500 pessoas de forma directa e mais de 20000 de forma indirecta e os promotores tencionam continuar a aumentar esse número. Apesar da aceitação muito positiva do programa e dos vários prémios que lhe foram atribuídos, parece faltar uma avaliação mais rigorosa e sistemática dos seus resultados.

Sexualidade: Prazer em Conhecer – Brasil
Schering Brasil e Fundação Roberto Marinho (2002)

Objectivos:

Diminuir os índices de gravidez não desejada e de doenças sexualmente transmissíveis e promover uma vivência positiva e saudável da sexualidade. Incentivar a discussão aberta e sem preconceitos de temas relacionados com a sexualidade, envolvendo adolescentes, pais, professores, profissionais de saúde e até os políticos e responsáveis pelas mais diversas organizações.

Alvos:

Adolescentes e respectivos pais e professores. Num sentido mais lato, poderia dizer-se que o alvo é também a sociedade brasileira, tentando torná-la mais aberta ao diálogo deste tipo de questões.

Figura 6: Logotipo do programa

Metodologia:

O *Sexualidade: Prazer em Conhecer* é um programa televisivo que faz parte da programação do Canal Futura, um canal exclusivamente dedicado à educação de crianças, jovens, adultos, educadores, trabalhadores e micro-empresários. O programa promove o debate sobre questões tão diversas como a sexualidade, a prevenção do HIV/SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis, a gravidez na adolescência, a igualdade de direitos entre os sexos, os preconceitos, o prazer, a cidadania e a educação. Esses debates são conduzidos por jovens e envolvem adolescentes, pais,

professores, sexólogos, profissionais de saúde, representantes de entidades diversas e dos ministérios e secretarias de estado.

Para além do programa televisivo, foram produzidos vídeos e livros para professores para serem distribuídos às 1000 escolas que participam no projecto (escolas dos estados de Rio de Janeiro, São Paulo, Goiás e Paraná). Foi também proporcionada formação aos professores dessas escolas no sentido de trabalharem em sala de aula cada um dos temas propostos.

Resultados:

Embora não existam ainda dados concretos sobre os resultados deste programa, o Canal Futura é visto por 60 milhões de pessoas e 11 mil instituições e acredita-se que terá contribuído para consciencializar os espectadores, quebrar alguns tabus e estimular pais e professores a conversarem com os filhos e alunos, habituando-os a expressarem sinceramente os seus sentimentos e a revelarem os seus medos e dúvidas. Com este programa abriu-se um espaço para a discussão aberta e positiva de questões relativas à sexualidade.

Programa Harimaguada – Espanha

Dirección General de Promoción Educativa da Consejería de Educación do Gobierno de Canarias (1986)

Objectivos:

Este programa pretendia a inclusão da educação sexual nos *curricula* escolares não universitários. Os seus objectivos eram: a) transmitir informação rigorosa, objectiva e completa; b) fazer compreender a sexualidade como uma forma de comunicação humana e fonte de saúde, prazer e afectividade; c) contribuir para que cada pessoa viva a sua própria vida sexual; d) introduzir um vocabulário preciso e não discriminatório em relação à sexualidade; e) favorecer a possibilidade de crianças, jovens, adultos e idosos levarem a cabo um diálogo franco sobre as questões sexuais no grupo de pares, na família e na escola (López, 1990).

Alvos:

Toda a comunidade educativa: alunos, professores, pais e encarregados de educação.

Metodologia:

Ao longo de mais de 15 anos, o grupo de profissionais do Harimaguada criaram, desenvolveram e avaliaram um programa de educação sexual escolar com múltiplas vertentes: trabalho directo com as crianças e adolescentes, formação de professores, actividades dirigidas a pais e encarregados de educação. A construção e utilização de materiais didácticos específicos para esta área foi sempre uma das preocupações deste programa, o que resultou num "legado" de grande utilidade para todos os que intervêm na área da educação sexual. Do material elaborado destacam-se os grandes dossiês específicos para uma determinada faixa etária, desde a infância (*Primaria 1*) até à adolescência (*Secundaria*). Cada um deles contém: 1) um guia didáctico para o professor, no qual se refere a filosofia do programa, a evolução afectivo-sexual, os objectivos, orientações psicopedagógicas, metodológicas e de avaliação; 2) unidades didácticas, ou seja, sugestões e fichas de actividades para aplicação e 3) exemplos de experiências realizadas com os materiais disponibilizados.

O programa aborda conteúdos fundamentais de educação sexual, tais como a identidade pessoal e sexual, o relacionamento interpessoal, o conhecimento do corpo sexuado, a reprodução, os papéis de género e os sentimentos. Para a abordagem destas temáticas são propostas metodologias activas.

Resultados:

O programa foi aplicado pela primeira vez nas escolas no ano lectivo de 1984/1985 e passou a ser apoiado pelo Gobierno de Canarias no ano lectivo de 1986/1987. Ao longo dos anos no âmbito do programa Harimaguada receberam formação centenas de professores, foram abrangidos dezenas de milhares de alunos, envolveram-se todos os agentes educativos, elaboraram-se inúmeros materiais didácticos específicos e desenvolveram-se diferentes experiências de educação sexual nas escolas. López (2005) não tem dúvidas ao afirmar que o programa Harimaguada "Sem comparação possível, foi o movimento de renovação pedagógica mais importante em Espanha" (p. 22). Apesar disso, deixou recentemente de ser apoiado.

Agarimos, Programa coeducativo de desarrollo psicoafectivo y sexual – Espanha
Lameiras, Rodríguez, Ojea & Dopereiro (2004)

Objectivos:

Este programa nasce da necessidade de desenvolver experiências socio-educativas que incluam acções eficazes e eficientes e que ultrapassem o reducionismo e o carácter racional e pontual das propostas de intervenção anteriores, sendo o seu objectivo principal a promoção da inteligência emocional e o desenvolvimento sexual, impulsionado através de relações mais justas e mais igualitárias entre os géneros (Lameiras *et al*., 2005).

Alvos:

Alunos do 1º e 2º Ciclos de *Educación Secundaria Obligatoria*. O programa incluí orientações metodológicas para professores, com objectivos, conteúdos e actividades definidas e uma proposta de actividades para realizar com os pais.

Metodologia:

O programa parte de uma concepção biopsicossocial da sexualidade e está organizado em grandes blocos temáticos: 1) Auto-conhecimento e valorização pessoal, que inclui as temáticas da identidade corporal, identidade de género e identidade e valorização pessoal; e 2) Desenvolvimento socio-afectivo e sexual, que inclui as emoções, as relações socio-afectivas, a conduta sexual e a saúde sexual. Em termos metodológicos parte da realidade e das necessidades do grupo a que se destina e utiliza estratégias participativas e técnicas de grupo como o *role-playing*, pequenos grupos de discussão, *brainstorming*, estudos de caso, jogos, debates e discussão orientada.

Resultados:

O programa foi implementado durante um ano lectivo e avaliado numa amostra de 118 alunos do 4º ano da *Educación Secundaria Obligatoria*, com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos, utilizando um design quasi-experimental, com avaliação pré e pós-intervenção. Não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo experimental e grupo de controlo no que diz respeito à auto-estima e auto-conceito, aos conhecimentos sobre o preservativo masculino e percepção de risco. No que diz respeito

aos papéis de género e à conduta alimentar foram encontradas diferenças significativas, o que aponta para a adopção de atitudes mais igualitárias no que diz respeito ao género e para a superação das condicionantes da imagem corporal no desenvolvimento da identidade pessoal (Lameiras *et al*., 2005). Os autores referem, no entanto, que a avaliação qualitativa aponta para resultados bem mais positivos, já que foi possível observar, ao longo das sessões, um maior domínio de quase todas as temáticas abordadas e atitudes mais abertas e tolerantes. O comportamento dos participantes foi-se tornando mais natural e relaxado, o interesse e participação aumentaram e as questões abordadas foram sendo encaradas com maior maturidade.

Kärleksakuten (“ER of Love”) – Suécia, Dinamarca e Noruega
International Federation of Medical Student´s Associations (IFMSA) (1999)

Objectivos:

Capacitar jovens estudantes de medicina para desenvolverem acções no âmbito da educação sexual dirigidas a adolescentes.

Alvos:

Adolescentes e estudantes universitários de medicina.

Metodologia:

O *Kärleksakuten* envolve o desenvolvimento de actividades de educação sexual para adolescentes por estudantes de medicina, membros da IFMSA (Hogmark, 2002). O projecto foi implementado inicialmente com universitários suecos, tendo sido alargado à Dinamarca e à Noruega e posteriormente a países como o Gana, Jamaica e Peru. Antes de começarem a colaborar no projecto, os estudantes de medicina fazem um curso especial de educação sexual e para a saúde.

No âmbito do *Kärleksakuten* têm sido desenvolvidas inúmeras sessões em escolas e clubes juvenis, com o objectivo de encorajar os adolescentes a reflectir sobre a saúde sexual, normas e sentimentos associados. Simultaneamente, os estudantes de medicina aprendem a abordar de forma aberta questões delicadas como a sexualidade e o amor, e a adaptar os seus conhecimentos ao nível adequado para os jovens. Para os

adolescentes, conhecer alguém de fora da escola torna mais confortável a partilha e discussão das questões relacionadas com a sexualidade e, como os estudantes de medicina são relativamente jovens, facilmente podem identificar-se com eles e encará-los como modelos. Nas sessões são utilizadas técnicas como o *brainstorming*, exercícios de "quebra-gelo" e todos os adolescentes podem falar, rir e participar no debate de forma aberta. Os tópicos mais comuns são a pressão dos pares, imagem corporal, amizade e amor, papéis de género, "a primeira vez", diferentes orientações sexuais, masturbação, pornografia e doenças sexualmente transmissíveis. De modo a deixar os adolescentes mais à-vontade, as dúvidas são escritas em papéis de forma anónima. Para dinamizar as discussões são utilizados materiais como fotografias, artigos de jornais, poemas de amor e letras de canções. O *role-play* pode ser utilizado para ilustrar formas de negociação de sexo seguro.

Resultados:

Os adolescentes que participam no *Kärleksakuten* têm dado um feedback muito positivo em relação ao projecto, no entanto é difícil fazer uma avaliação de resultados tangíveis (Hogmark, 2002). A avaliação mais cuidada e sistemática dos resultados passou a ser uma prioridade, até porque dessa avaliação depende a continuidade do seu financiamento.

Para além dos benefícios que este programa traz certamente para os adolescentes, é preciso ter também em conta a sua importância para os próprios estudantes de medicina. De facto, ainda que a sexualidade esteja intimamente relacionada com a saúde e o bem-estar, a sua abordagem é frequentemente negligenciada nos *curricula* das faculdades de medicina. Até que essa situação se altere o *Kärleksakuten* preenche uma importante lacuna na formação de novos médicos, que assim aprendem a abordar de forma aberta as questões sexuais e, além disso, adquirem competências de gestão de projectos, liderança e colaboração (Hogmark, 2002).

Becoming a Responsible Teen (BART) – USA
St. Lawrence *et al*. (1995)

Objectivos:

O BART é um programa de prevenção do HIV implementado em contexto comunitário e não na escola. Ainda que o seu objectivo principal seja a prevenção do HIV, enfatiza também questões relevantes para a redução do número de gravidezes na adolescência. No que diz respeito a objectivos específicos, é esperado que no final do programa os adolescentes:

- Adquiram informação correcta sobre o HIV/SIDA, nomeadamente em relação aos meios de transmissão e às formas de prevenção;
- Clarifiquem os seus valores em relação às decisões e pressões sexuais;
- Demonstrem competências no que diz respeito à correcta utilização do preservativo, comunicação assertiva, recusa, auto-controlo, resolução de problemas e redução de riscos.

Alvos:

Adolescentes afro-americanos, dos 14 aos 18 anos.

Metodologia:

O programa consiste em oito sessões semanais de cerca de 90 minutos e inclui discussões interactivas e *role-play* de situações criadas pelos próprios adolescentes. Os adolescentes aprendem a clarificar os seus valores face às decisões e pressões sexuais e são encorajados a praticar as competências adquiridas fora do grupo e a partilhar os resultados das suas tentativas. No contexto do grupo geram-se soluções criativas para os problemas referidos.

As sessões do BART são as seguintes:

- Primeira Sessão: Compreender o HIV e a SIDA;
- Segunda Sessão: Tomar decisões sexuais e compreender os nossos valores;
- Terceira Sessão: Desenvolver e utilizar competências em relação ao preservativo;
- Quarta Sessão: Aprender competências de comunicação assertiva;
- Quinta Sessão: Praticar competências de comunicação assertiva;
- Sexta Sessão: Personalizar os riscos;

- Sétima Sessão: Divulgar ao mundo;
- Oitava Sessão: Levar o BART contigo.

Ainda que o programa pretenda que os adolescentes adquiram competências práticas no sentido da redução dos comportamentos de risco, a abstinência é discutida ao longo do programa e apresentada como a melhor forma de prevenir a infecção pelo HIV e a gravidez.

Resultados:

O BART foi avaliado através de um estudo experimental com uma amostra de mais de 200 adolescentes, aleatoriamente distribuídos pelo grupo experimental e de controlo. Apenas 11,5% dos que não eram sexualmente activos antes do programa passaram a ser um ano depois, em comparação com 31% do grupo de controlo. Daqueles que já eram sexualmente activos, 42% dos adolescentes do grupo de controlo continuavam a sê-lo, o que só se verificava em 27% dos que participaram no programa. Em comparação com o momento antes do programa e com o grupo de controlo, os adolescentes que participaram no BART têm maior probabilidade de utilizar preservativo e menos de se envolverem em relações sexuais desprotegidas. Os adolescentes do programa tornaram-se mais competentes no que diz respeito a lidar com pressões para se envolverem em relações sexuais desprotegidas e a transmitir informação aos pares.

Condom Availability Program – Los Angeles, USA
Mark *et al.* (1998)

Objectivos:

Contribuir para a diminuição do número de gravidezes na adolescência e de doenças sexualmente transmissíveis, especialmente do HIV/SIDA.

Alvos:

Alunos do ensino secundário.

Metodologia:

Embalagens com dois preservativos masculinos foram colocadas em quatro salas e no exterior do gabinete da enfermeira da escola. A embalagem dos preservativos continha a seguinte mensagem: "*Condoms are not 100% effective in preventing AIDS/HIV, sexually transmitted diseases or pregnancy during sexual intercourse. Abstinence is! Not all teenagers are sexually active. THINK BEFORE YOU ACT! The consequences may be for a lifetime*." (Mark et al, 1998, p. 67). As questões relativas ao comportamento sexual e prevenção dos riscos eram já abordadas no âmbito do *curriculum* escolar e da *AIDS Awareness Week*, pelo que nenhuma outra iniciativa foi desenvolvida no âmbito deste programa.

Resultados:

Durante o primeiro ano do programa foram distribuídos entre 1800 e 2000 preservativos por mês, 48% dos estudantes referiram ter retirado pessoalmente preservativos da escola e 5% tinham obtido preservativos através de colegas. Na sua grande maioria, os preservativos foram utilizados no âmbito de relações sexuais. Com o programa, houve um aumento significativo dos jovens do sexo masculino que referiram utilizar sempre preservativo e daqueles que o utilizaram na sua primeira relação sexual. O programa teve também um forte impacto na intenção de utilizar preservativos no futuro por parte dos jovens que ainda não eram sexualmente activos.

Os programas que tornam os preservativos acessíveis nas escolas geram, geralmente, acesos debates e forte oposição. Nesse sentido, os autores têm o cuidado de clarificar que o programa não tornou mais precoce o início das relações sexuais nem aumentou a sua frequência.

ENABL: Education Now and Babies Later – USA
Arnold *et al*. (2000)

Objectivos:

O ENABL é um programa de prevenção da gravidez da adolescência baseado na promoção da abstinência, utilizando o *curriculum* do PSI – *Postponing Sexual*

Involvement (programa estabelecido em 1990, através de uma parceria entre o *Cincinnati Children's Hospital Medical Center* e as escolas públicas de Cincinnati).

Alvos:

Adolescentes a frequentar o ensino básico e secundário.

Metodologia:

O ENABL envolve um esforço interdisciplinar de assistentes sociais, profissionais de saúde e professores no sentido implementar o PSI *curriculum* nas escolas públicas. Desenvolvido por Marion Howard da *Emory University Medical School*, o PSI defende que os adolescentes se envolvem em comportamentos de risco, como as relações sexuais, porque têm falta de conhecimento adequado (Arnold *et al*., 2000). Assim, no âmbito do PSI ensinam-se aos alunos as competências necessárias para se manterem abstinentes em relação ao comportamento sexual e é-lhes dada a oportunidade de treinarem essas competências com os pares. O objectivo é que os adolescentes possam utilizar essas competências em situações em que exista a possibilidade de se envolverem sexualmente. O PSI é constituído por cinco sessões orientadas por pares e cinco sessões sobre sexualidade humana da responsabilidade de profissionais de saúde.

Resultados:

O ENABL foi avaliado na Califórnia, não se tendo observado qualquer impacto nas variáveis que influenciam a decisão de ter relações sexuais num *follow-up* após 17 meses. Em 2000, foi avaliado na Florida por Arnold *et al*., tendo os resultados apontado para um aumento do conhecimento dos participantes relativamente às temáticas abordadas no programa. Os autores reconhecem que o aumento do conhecimento não está conclusivamente relacionado com mudanças no comportamento sexual mas defendem que é um precursor necessário para a mudança e que o ENABL é muito promissor enquanto intervenção no âmbito da prevenção da gravidez. Especificamente no que diz respeito ao PSI, têm sido encontrados resultados que confirmam a sua eficácia no que diz respeito ao aumento da idade da primeira relação sexual e, nos adolescentes sexualmente activos, diminuição da frequência das relações sexuais e aumento da utilização de contraceptivos (*Advocates for Youth*, 2003). O PSI é muitas

vezes implementado sem as cinco sessões sobre sexualidade humana, no entanto os seus resultados só se verificam quando é aplicado integralmente.

STAND: Students Together Against Negative Decisions – USA
Smith & DiClemente (2000)

Objectivos:

O objectivo genérico do STAND é a prevenção do HIV/SIDA, através da promoção da abstinência e de estratégias de redução de riscos (*abstinence-plus curriculum*).

Alvos:

Adolescentes de zonas rurais.

Metodologia:

O STAND é um programa de educação pelos pares e é constituído por 28 sessões de cerca de uma hora e bissemanais, centrado na promoção do *empowerment* e apoio mútuo entre os adolescentes. Ao longo das sessões abordam-se temas como a abstinência, informação básica sobre doenças sexualmente transmissíveis, HIV/SIDA, a prevenção da gravidez, os valores pessoais, o estabelecimento de objectivos, a resolução de problemas, o compromisso pessoal, a personalização do risco, o sexo seguro, as normas sexuais, o sexo nos *mass media*. O Modelo Transteórico de Prochaska e Diclemente, um dos fundamentos teóricos do STAND, é apresentado aos adolescentes de forma simplificada, referindo-se os estádios de mudança, a natureza cíclica da mudança e a recaída e a utilização de processos específicos para cada estádio no sentido de promover a adopção de comportamentos seguros. No âmbito do STAND são desenvolvidas competências como a gestão das pressões dos pares, a comunicação assertiva e recusa, comunicação verbal e não verbal e a utilização correcta de contraceptivos (especialmente a combinação de métodos que inclua o preservativo). Os facilitadores do programa utilizam consistentemente linguagem não-heterossexista (por exemplo, utilizam a palavra "*partner*" e não "*boyfriend*" ou "*girlfriend*") e encorajam um clima que faça os adolescentes sentirem-se à-vontade para colocar qualquer pergunta, ainda que possam sempre colocar dúvidas de forma anónima através da caixa de correio

do STAND. Todo o programa foi desenhado no sentido de promover a tomada de decisões saudáveis e de ser sexualmente positivo, ou seja, reconhece que os humanos são seres sexuais e que a actividade sexual é saudável nos contextos adequados.

Ao contrário do que acontece em muitos programas de educação pelos pares, o treino do STAND coloca a ênfase no trabalho informal com os pares e por isso os seus educadores aprendem a utilizar técnicas simples de iniciação de conversas, conversas durante as quais devem transmitir o seu próprio compromisso com estratégias específicas de prevenção (seja a abstinência ou o uso consistente de preservativo). Ao longo do ensino secundário, os educadores do programa também participam no STAND Club, que reúne mensalmente, permitindo a partilha de experiências de promoção da redução de riscos, a obtenção de feedback e apoio e o planeamento de actividades formais de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez.

Resultados:

O STAND revelou ser eficaz no aumento do conhecimento em relação ao HIV/SIDA. Os adolescentes abrangidos pelo programa tornaram-se mais eficazes na utilização de preservativo e passaram a utilizá-lo de forma mais consistente.

O programa foi fortemente apoiado pelas escolas e líderes da comunidade. As actividades do STAND foram abordadas na televisão e jornais locais. Tornar-se membro do STAND tornou-se motivo de orgulho entre os estudantes e muito desejado.

Safer Choices – USA
Kirby *et al*. (2001)

Objectivos:

Prevenir as doenças sexualmente transmissíveis, mais especificamente o HIV/SIDA, e a gravidez na adolescência, reduzindo o número de relações sexuais desprotegidas através da promoção da abstinência ou da utilização do preservativo (para aqueles que já são sexualmente activos). O programa procura modificar: 1) o conhecimento em relação às doenças sexualmente transmissíveis e HIV; 2) as atitudes e normas em relação à abstinência e à utilização do preservativo; 3) a crença dos estudantes na sua capacidade para recusar ter relações sexuais, evitar relações sexuais

desprotegidas e comunicar com os parceiros sobre sexo seguro; 4) as barreiras em relação à utilização de preservativo; 5) as percepções de risco de infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis; e 6) a comunicação com os pais.

Alvos: Adolescentes a frequentar o ensino secundário.

Metodologia:

O *Safer Choices* inclui 20 sessões desenvolvidas ao longo de dois anos e é constituído por cinco componentes: a criação de um Conselho Escolar de Protecção da Saúde (*School Health Protection Council*), o *curriculum*, a equipa ou clube de pares que desenvolvem actividades na escola, educação parental e a ligação escola-comunidade. Nalgumas escolas é utilizada a estratégia de convidar pessoas infectadas com HIV para falarem aos alunos. O programa utiliza uma metodologia activa e experimental.

Resultados:

O *Safer Choices* foi implementado e avaliado em vinte escolas da Califórnia e Texas, numa amostra de 3869 estudantes, com medidas de pré e pós-teste e *follow-up* após 31 meses (Kirby *et al*., 2004). Os resultados apontam para um aumento significativo nos conhecimentos acerca das doenças sexualmente transmissíveis e HIV/SIDA no grupo experimental. Em relação às atitudes e percepções, em comparação com o grupo de controlo, os estudantes que participaram no programa revelam atitudes significativamente mais positivas em relação ao preservativo, revelaram maior auto-eficácia e menor resistência em relação à sua utilização e apresentam maior níveis de percepção do risco em relação ao HIV. Relativamente aos comportamentos, verificou-se um aumento da utilização efectiva de métodos contraceptivos, especialmente de preservativos, e uma redução do número de parceiros sexuais com os quais não utilizavam preservativo. O *Safer Choices* não provocou mudanças significativas no que diz respeito à idade da primeira relação sexual e ao consumo de álcool ou outras drogas antes de ter relações sexuais.

PARE: Parent-Adolescent Relationship Education Program – USA
Lederman & Mian (2003)

Objectivos:

Reforçar a comunicação familiar em relação às questões sexuais em ordem a ajudar a prevenir a gravidez na adolescência, o HIV/SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis.

Alvos:

Pais de adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos.

Metodologia:

O PARE parte do pressuposto que os adolescentes necessitam do apoio e comunicação com os pais para desenvolverem comportamentos psicossociais e sexuais saudáveis e para serem capazes de se oporem às poderosas pressões a que são sujeitos no sentido de assumirem comportamentos de risco. É um programa composto por quatro sessões, na primeira parte da sessão (hora e meia) pais e filhos são separados, na segunda parte desenvolvem actividades em conjunto. O *curriculum* do PARE inclui actividades que promovem a personalização da informação sobre sexualidade e providencia o treino de competências de resolução de problemas, tomada de decisão e comunicação assertiva. Nas sessões são abordados conteúdos como o desenvolvimento na adolescência, as mudanças da puberdade, a pressão dos pares e *mass media*, as consequências e responsabilidades do comportamento sexual, abstinência e métodos de prevenção da gravidez. São desenvolvidas actividades como o treino de resistência, *role-playing*, comunicação com os pares e os pais, exercícios práticos. Após o final do programa, realizam-se mais três sessões com um intervalo de um semestre entre cada uma delas, com o objectivo de reforçar as mensagens preventivas e as competências adquiridas.

Resultados:

Foi realizado um estudo de eficácia deste programa através da avaliação de atitudes e intenções em relação ao início precoce das relações sexuais e outros comportamentos de risco, interacções familiares e percepção da desaprovação dos pais

face aos comportamentos de risco (Lederman, Chan & Roberts-Gray, 2004). Os resultados apontam para diferenças significativas nas intenções de evitar ter relações sexuais entre os adolescentes que participaram no programa e os do grupo de controlo, sendo que os adolescentes do grupo experimental se tornaram menos disponíveis para adoptar comportamentos de risco. Foi também encontrada uma correlação entre atitudes dos adolescentes e desaprovação dos pais. Os resultados não comprovam, no entanto, a existência de uma relação entre a comunicação entre pais e filhos sobre questões sexuais e o envolvimento dos adolescentes em comportamentos de risco. Os autores referem que é necessário testar novas hipóteses e fazer novos estudos de avaliação da eficácia do programa mas consideram que esta estratégia inovadora de envolver pais e filhos num programa altamente interactivo, constitui uma abordagem promissora no campo da prevenção do HIV e gravidez na adolescência.

SOS Adolescent Family Life Program – USA
Yoo *et al*. (2004)

Objectivos:

O *SOS Adolescent Family Life Program* é um programa de prevenção da gravidez na adolescência, centrado apenas na promoção da abstinência.

Alvos:

Alunos do ensino secundário.

Metodologia:

O *SOS Adolescent Family Life Program* foi implementado em cinco escolas numa zona rural do Louisiana durante cinco anos. O principal componente do programa é um *curriculum* de competências para a vida, o Managing Pressures Before Marriage, centrando-se nos riscos de uma iniciação sexual precoce, nas pressões sociais e dos pares e nas técnicas de comunicação assertiva. O programa é implementado por pares de monitores voluntários, que realizam sete sessões mensais de 50 minutos. No desenvolvimento das sessões utilizam-se estratégias como as apresentações didácticas, a discussão de vídeos, *role-play* e exercícios interactivos. As sessões são

complementadas por *posters* com mensagens preventivas colocados na escola, sessões familiares aos sábados, folhetos informativos para os pais, formação para professores. Os monitores do programa são adolescentes (educação pelos pares) treinados para o efeito por um assistente social e um conselheiro escolar.

Resultados:

Foi efectuada uma avaliação qualitativa do programa através de entrevistas e *focus group* com adolescentes e professores. O programa parece aumentar os níveis de conhecimento em relação a questões sexuais e, nalgumas escolas, verificou-se uma diminuição do número de gravidezes na adolescência. Os professores consideram o programa útil, informativo e agradável para os alunos. A maioria dos alunos considera que o programa os influenciou no sentido de pensarem mais seriamente nas consequências do seu comportamento. A utilidade da utilização de educadores pares foi reafirmada, no entanto a qualidade desses educadores foi posta em causa, sendo a melhoria da sua formação a mais forte recomendação no sentido de aumentar a eficácia do programa. Foi também sugerido o início do programa em níveis de ensino mais precoces, a actualização do *curriculum* e dos materiais, o desenvolvimento de sessões mais interactivas e a supervisão de um professor em relação aos aspectos educacionais.

3.2.2 Em Portugal

As dificuldades sentidas na obtenção de informação sobre programas de intervenção internacionais e descrições detalhadas e bem documentadas dos procedimentos, conteúdos, actividades desenvolvidas e metodologia de avaliação dos resultados multiplicam-se quando se trata do panorama português. Na maioria dos casos, não existe informação acessível sobre as experiências que têm sido desenvolvidas neste âmbito e quando existe é escassa, sendo extremamente difícil obter informações sobre aspectos básicos das intervenções como o número ou duração das sessões, os conteúdos, as estratégias adoptadas e os instrumentos de avaliação utilizados. Sendo assim, não houve uma verdadeira selecção, sendo os sete programas que de seguida se descrevem de forma sucinta aqueles em relação aos quais foi possível recolher um conjunto de dados significativos relativamente aos seus objectivos, alvos, metodologia e resultados. De qualquer modo, considera-se que constituem uma pequena amostra do

que tem sido feito nesta área e ajudam a perspectivar a situação actual da educação sexual em Portugal.

PPSPA: Programa de Promoção da Saúde Psicossexual para Adolescentes
McIntyre & Araújo (1999)

Objectivos:

Promover a saúde psicossexual dos adolescentes. Avaliar a eficácia do PPSPA ao nível do conhecimento, crenças e atitudes sobre sexualidade/SIDA e dos comportamentos de risco sexual.

Alvos:

Adolescentes a frequentar o 10º ano de escolaridade.

Metodologia:

O PPSPA quis distanciar-se claramente do formato tradicionalmente utilizado nas aulas, optando por estratégias de dinâmica de grupo inovadoras e criativas. Embora as sessões tivessem um tema e um planeamento pré-definidos, os adolescentes eram incentivados a sugerir temas e actividades. O programa tinha a duração de 14 sessões semanais de 90 minutos, sendo que a primeira e a última sessões se destinavam à avaliação.

O programa incidia em três grandes vectores, presentes ao longo de todas as sessões:

1 – EU, a que se dedicam mais concretamente as primeiras duas sessões, com a apresentação dos participantes e líder do programa e a abordagem de questões ligadas à identidade, auto-estima e auto-conceito;

2 – OUTRO, onde se inclui uma sessão dedicada à tomada de consciência da realidade social que é o outro, abordando os valores, as ideias e o colocar-se na perspectiva do outro;

3 - EU COM O OUTRO E A SAÚDE PSICOSSEXUAL, este vector faz a integração dos dois primeiros, tornando os participantes capazes de adquirir conhecimentos,

desenvolver atitudes e intenções comportamentais, no sentido de adoptarem estilos de vida saudáveis.

Ao longo do programa foram abordados temas como a identidade, a aceitação e tolerância face aos outros, a comunicação assertiva, os valores e conflitos de valores, a intimidade, afectos e amor, os conceitos e mitos relacionados com a sexualidade, a reprodução e os afectos, os riscos associados à sexualidade, o planeamento familiar, conceitos e mitos relacionados com o VIH/SIDA e os comportamentos seguros em relação ao VIH/SIDA.

Resultados:

Foram comparados os resultados obtidos num grupo experimental (com intervenção através do PPSPA) e num grupo de controlo (que seguia o programa escolar oficial). Os resultados encontrados são prometedores, já que se constataram alterações significativas no grupo experimental em relação às variáveis estudadas (conhecimento, crenças e atitudes face à sexualidade, VIH e SIDA, comportamentos de risco sexual).

Educação para a Saúde/Sexualidade

Marques & Silva (1999)

Objectivos:

Implementar um projecto de educação sexual cujos objectivos não se restrinjam à transmissão de informação sobre anatomia e fisiologia da reprodução mas que prossiga também objectivos mais abrangentes e integrados no que diz respeito à preparação dos jovens para a vida adulta e para as responsabilidades conjugais e familiares com que se confrontarão no futuro.

Alvos:

Alunos a frequentar o 11º e 12º anos, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos.

Metodologia:

Trata-se de um projecto implementado na Escola Secundária da Sé e consiste numa única sessão de cerca de 120 minutos, na qual se abordam os seguintes conteúdos: definição de sexualidade e saúde sexual; contracepção; doenças sexualmente transmissíveis; consultas de planeamento familiar; conceitos de ética pessoal e social em relação à sexualidade; noções de estilos de vida saudável; saúde sexual. Durante a sessão utilizaram-se os métodos interrogativo, expositivo, demonstrativo e *brainstorming*, com recurso a cartões com perguntas, slides, acetatos e contraceptivos para demonstração.

Resultados:

O programa não foi avaliado de um modo formal ou sistemático, no entanto as autoras concluem que há necessidade de mais acções deste género junto das escolas, dado que a experiência foi motivadora e enriquecedora para todos.

A referência a esta experiência prende-se com o facto de representar uma forma de abordagem da educação sexual muito comum nas escolas portugueses, em que um "especialista" convidado orienta uma sessão única, muitas vezes em contexto de grande grupo (uma ou várias turmas). Esta prática pode ter alguma pertinência se for integrada, de forma intencionalizada, no conjunto mais vasto de actividades de um projecto de educação sexual.

Promoção e Educação para a Saúde: Educação da Sexualidade nas Escolas
Piscalho & Leal (2002)

Objectivos:

Promover a aquisição de informação sobre sexualidade humana, a adopção de atitudes e valores positivos em termos de sexualidade, a capacitação para a comunicação interpessoal sobre sexualidade e o desenvolvimento de comportamentos sexuais responsáveis.

Alvos:

Adolescentes a frequentar o 10º ano de escolaridade.

Metodologia:

O programa era constituído por sessões semanais e tinha a duração total de 20 horas. As sessões tinham um planeamento flexível, ajustando-se às motivações e aos interesses dos adolescentes. Os temas abordados foram os seguintes: as relações interpessoais, as expressões da sexualidade, o nosso corpo e a saúde sexual e reprodutiva. Em termos de estratégias, optou-se por estratégias activas e interactivas que fomentassem a reflexão e a partilha de opiniões.

Resultados:

Em linhas gerais, verificou-se que os adolescentes que participaram no programa se sentiam mais à-vontade para falarem sobre sexualidade e se consideravam mais informados sobre o tema, nomeadamente ao nível dos métodos contraceptivos e das doenças sexualmente transmissíveis. Registaram-se também algumas mudanças ao nível das crenças dos adolescentes, relativamente a temas como a orientação sexual, papéis sexuais, masturbação, no sentido de maior tolerância, aceitação e respeito. Os participantes no programa defendem que a educação sexual devia fazer parte da educação sexual em geral, em ordem a prepará-los para uma vida sexual mais informada e consciente.

Educação Sexual Interdisciplinar
Lemos (2002)

Objectivos:

Promover a aquisição de conhecimentos que são cruciais para a adaptação psicológica durante a adolescência e importantes pré-requisitos para um comportamento seguro.

Alvos:

Adolescentes a frequentar o 11º ano de escolaridade.

Disciplina	**Tema**
Português	Sexualidade e a sua expressão.
Introdução à Filosofia	- "Eu e os outros" – O sentido da existência; - Família e sexualidade; - Relações de casal.
Educação Física	O corpo de cada pessoa resulta da sua hereditariedade e dos estilos de vida de cada pessoa.
Ciências da Terra e da Vida	- Anatomia e fisiologia da reprodução; - Sexualidade e sua expressão ao longo da vida; - Concepção e contracepção; - DST.

Quadro 2: Temas abordados nas disciplinas envolvidas no projecto (adaptado de Lemos, 2002)

Metodologia:

Este programa é uma forma transversal e integrada de implementação da educação sexual na escola, com a duração de aproximadamente 27 horas e que decorreram ao longo de cerca de 6 meses. As temáticas consideradas pertinentes no âmbito da educação sexual foram abordadas em diversas disciplinas, ainda que de forma articulada (ver quadro 2).

Resultados:

Foi possível identificar diferenças significativas, após o programa, no que diz respeito ao conhecimento relativamente a temáticas relacionadas com a sexualidade como a resposta sexual humana, contracepção/fertilidade, anatomia/fisiologia dos aparelhos genitais, orientações sexuais, gravidez e desenvolvimento embrionário. De referir, que 96% dos adolescentes envolvidos neste projecto consideravam muito importante haver educação sexual na escola.

Educação pelos Pares na Área da Educação para a Saúde
Machado Caetano *et al.* (2005)
Fundação Portuguesa "A Comunidade Contra a SIDA"

Objectivos:

Intervir na área da educação para a saúde, nomeadamente no que se refere à sexualidade e à prevenção da SIDA e de outras doenças sexualmente transmissíveis.

Alvos:

Alunos do 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico de escolas integradas na Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde.

Metodologia:

Trata-se de um projecto de educação pelos pares desenvolvido pelo Departamento de Imunologia da Faculdade de Ciências Médicas em parceria com a Comissão de Coordenação para a Promoção e Educação para a Saúde (CCPES).

O programa é implementado por um grupo universitário de intervenção (GUI), constituído por jovens voluntários de diferentes cursos universitários que se organizam em brigadas de intervenção e que recebem formação científica e pedagógica previamente. Cada brigada desenvolve a sua acção com uma turma, através de sessões interactivas nas quais, além de se colmatarem lacunas em termos de informação sexual, se procura promover o conhecimento e aceitação de si próprio e do outro e o desenvolvimento de comportamentos de auto-estima e auto-protecção. No âmbito do projecto foi também criado um grupo de teatro (TUI) que tem dado um importante contributo para o sucesso das sessões.

Resultados:

Os resultados apontam para a grande aceitação que este trabalho tem tido nas escolas, quer por parte dos alunos e respectivos pais quer por parte dos professores. Além disso, os universitários que colaboram no projecto atribuem grande importância ao trabalho que desenvolvem com os "pares" para a sua própria formação.

Café P'ra Pais

Fundação Portuguesa "A Comunidade Contra a SIDA" & Fundação para o Desenvolvimento Social do Porto (2002)

Objectivos:

Promover o desenvolvimento de competências parentais, capacitando os pais para estimularem nos seus filhos competências que promovam a resiliência no confronto com factores de risco. Facilitar a articulação escolas/famílias em ordem a rentabilizar os projectos educativos da escola no âmbito da sexualidade, toxicodependências e educação em geral.

Alvos:

Principalmente pais e encarregados de educação de adolescentes.

Metodologia:

O *Café P'ra Pais* consiste na organização de encontros de pais e encarregados de educação, dinamizados por um animador. Nesses encontros criam-se momentos de formação, debate e diálogo, gerando-se um espaço de partilha de dificuldades e de estratégias educativas. Para encerrar a reflexão, um especialista convidado faz uma breve síntese do encontro, onde partindo do que ouviu, salienta os aspectos mais importantes, esclarece dúvidas e acrescenta ideias próprias.

O papel do animador é essencial para o desenvolvimento das sessões, pois ao colocar questões para reflexão, mobiliza os participantes no sentido de partilharem ideias e reflexões.

Resultados:

Foram realizados oito encontros em cafés históricos da cidade do Porto, nos quais participaram cerca de 250 pais e encarregados de educação e estão planeados novos encontros para 2006 com periodicidade mensal. Segundo os responsáveis pelo projecto, esta tem sido uma experiência muito gratificante e enriquecedora para os participantes, que o referem insistentemente. O facto dos encontros decorrerem em cafés, cria uma atmosfera informal propícia à partilha de problemas e soluções que tem sido muito valorizada pelos participantes.

Prevenir é o que 'tá a dar!

Cruz (2005)

Objectivos:

Transmitir todo um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos acerca da transmissão do VIH em adolescentes do sexo feminino, com a finalidade de prevenir o aparecimento da SIDA, outras doenças sexualmente transmissíveis e a transmissão vertical do VIH.

Alvos:

Adolescentes de sexo feminino, com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos, a frequentar escolas secundárias.

Metodologia:

O programa "Prevenir é o que 'tá a dar" é constituído por onze sessões semanais de cerca de 90 minutos, sendo a primeira dedicada à avaliação pré-intervenção. Foi delineado para ser implementado em escolas por psicólogos ou professores, fora do *curriculum* oficial (até porque se destina exclusivamente a adolescentes do sexo feminino).

As sessões dividem-se em três módulos:

- Módulo 1: O que eu sei sobre o VIH/SIDA/DST (Falando sobre VIH/SIDA/DST; Como se transmite o VIH e como não se transmite; Como te podes proteger da SIDA; Posso estar infectado?);
- Módulo 2: Até já, ao início da actividade sexual (Assertividade na sexualidade; Adiar o início da actividade sexual dizendo não; Resistir à persuasão; A pessoa segura de si mesma, até... na sexualidade – Auto-estima);
- Módulo 3: Relações sexuais? Só com protecção (O preservativo; Dizer não à infecção! – Relações sexuais desprotegidas).

Resultados:

Não havendo ainda dados definitivos da avaliação deste programa, a autora aponta-lhe já algumas limitações: 1) o seu carácter muito específico; e 2) tratar-se de

uma intervenção muito centrada nas vertentes interpessoal e individual, não focando os aspectos familiares e sociais.

3.3 Conclusão

Pode dizer-se que, embora tenham vindo a revelar dificuldades em demonstrar a sua eficácia, é possível afirmar que, na sua generalidade, os programas de educação sexual têm os seguintes efeitos:

- não provocam o início mais precoce da actividade sexual nem aumentam a sua frequência ou número de parceiros;
- aumentam a utilização de contraceptivos e reduzem os comportamentos de risco;
- aumentam os conhecimentos dos adolescentes em relação às questões sexuais;
- alteram algumas atitudes face à sexualidade, nomeadamente no sentido de uma maior tolerância face a comportamentos diferentes.

Quanto aos objectivos, conteúdos e metodologias que tornam os programas eficazes existe também um relativo consenso. Assim, os programas de educação sexual devem:

- ter como objectivo a mudança ao nível do comportamento, nomeadamente no que diz respeito à diminuição de comportamentos de risco;
- abordar conteúdos diversificados, enfatizando não só os aspectos biológicos da sexualidade, os seus riscos e meios de os evitar mas também a sua dimensão ética, afectiva, comunicacional;
- as metodologias utilizadas devem ser activas e promover a participação e envolvimento dos adolescentes. O treino de competências é uma estratégia fundamental.

PARTE II

Sexualidade: Vamos conversar sobre isso?

1. MODELO TEÓRICO DO ESTUDO E DESCRIÇÃO DETALHADA DA INTERVENÇÃO

1.1 Modelo Teórico

Desde logo na revisão teórica desta dissertação houve o cuidado de definir conceitos, clarificando assim os pressuposto de base da investigação. A importância disso é por demais evidente, pois a forma como se perspectiva a sexualidade condiciona claramente as intervenções que se levam a cabo no âmbito da educação sexual. Afirmou-se, pois, que a sexualidade é: a) multidimensional; b) extremamente permeável ao contexto social, cultural e histórico e também um poderoso motor de mudança social, encontrando-se assim em permanente transformação; c) uma poderosa experiência pessoal, já que "os significados que atribuímos aos nossos corpos e às suas possibilidades sexuais tornam-se, de facto, numa parte vital da nossa formação pessoal, sejam quais forem as explicações sociais" (Weeks, 1992, p. 48); d) uma variável também em permanente mudança ao longo do ciclo de vida, podendo ser experienciada de forma diferente em função da idade, classe, etnia, capacidade física, orientação sexual, religião e região (Vance, 1984 cit. in Weeks, 2003); e) uma dimensão nuclear do desenvolvimento humano, englobando factores biológicos ou fisiológicos, emocionais, relacionais e sociais e podendo gerar crescimento e auto-realização mas também sofrimento e conflitos; f) uma construção pessoal, um "contexto de múltipla escolha" (Santos, 2003), mais do que um imperativo da natureza e, como tal, comporta uma enorme diversidade de expressões e comportamentos.

Aceitando esta perspectiva de sexualidade, reconhece-se que a educação sexual em meio escolar será sempre condicionada pelo contexto socio-económico, histórico e cultural, pelos outros agentes de socialização e até pelas características individuais de quem dela beneficia. A influência desses factores manifesta-se no quadro ético subjacente à educação sexual e determina os seus objectivos, conteúdos e metodologias. Dependendo da interacção de todos estes factores, surtirá um efeito em termos de desenvolvimento psicossexual, no sentido de um maior ajustamento ou não. Veja-se o exemplo dos EUA e dos programas *abstinence-only*. Devido a factores do contexto socio-económico (financiamento apenas destes programas) e da influência dos

outros agentes de socialização (nomeadamente, as associações de pais e famílias que apoiam este modelo), a educação sexual apresenta um quadro ético específico, que condiciona os objectivos, conteúdos e metodologias. Em resultado da não abordagem de certas temáticas e da ênfase numa sexualidade reprodutiva, poderemos ter um efeito negativo em termos de desenvolvimento psicossexual com uma vivência da sexualidade marcada pelo medo e culpabilidade, cuja dimensão dependerá das características individuais. Acredita-se ainda que a educação sexual em meio escolar é influenciada pelo contexto mas pode também contribuir para a sua mudança.

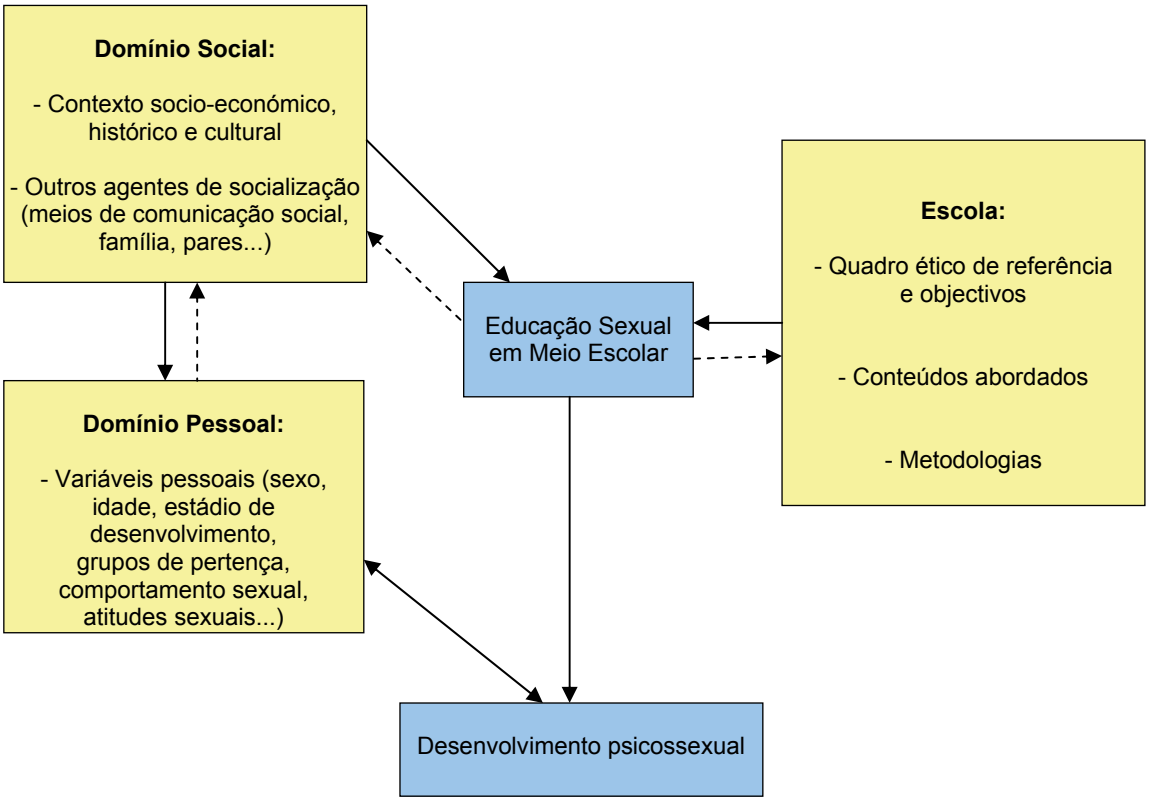


Figura 7: Modelo teórico do estudo

Neste modelo, a educação sexual tem que ser necessariamente um contexto de promoção do desenvolvimento psicossexual, contemplando as dimensões biológica (anatomia e fisiologia da sexualidade e reprodução, resposta sexual humana, expressão sexual, satisfação sexual e prazer...), psicológica (identidade de género, orientação sexual, auto-imagem, relações afectivo-sexuais...), social (reconhecimento da interferência de variáveis sociais na sexualidade, ao nível dos valores, papéis sexuais...)

e ética (debate de valores e atitudes, regras de interacção com os outros...) da sexualidade e cujo objectivo tem que ser, antes demais, a "promoção de melhores conhecimentos e de maior literacia sobre as questões relacionadas com a sexualidade, promoção de competências ao nível da assertividade, comunicação e prevenção de situações de risco, e promoção do debate (e não endoutrinação) moral enquanto factor essencial de formação dos valores e atitudes" (Vilar, 2003b, p. 179).

Esta perspectiva de educação sexual é também coerente com a forma, que aqui se assume, de conceptualizar o desenvolvimento psicossexual, situando-o no contexto mais global do desenvolvimento psicológico e considerando-o como tendo três tarefas essenciais (Soares & Campos, 1986):

1. A construção da identidade sexual (é um processo de síntese da identidade de género e dos papéis sexuais, ou seja, da identificação de si próprio como homem ou como mulher e do assumir de comportamentos adequados ao seu sexo);
2. A tarefa de existir com os outros (tem a ver com o desenvolvimento de relações de intimidade - amizade e amor);
3. O problema da responsabilidade social (relacionado com o reconhecimento de si como autor dos seus actos, o respeito pelo outro e a capacidade de antecipação das situações ou dos efeitos das suas acções e dos seus comportamentos).

Alguns dos aspectos até agora referidos poderão levantar alguma polémica mas afirmar que a sexualidade engloba factores fisiológicos, emocionais, relacionais e sociais e que pode potenciar ou comprometer a saúde dos indivíduos (Nodin, 2000) é consensual. Apesar disso durante muito tempo, a educação sexual enfatizou apenas uma perspectiva biológica da sexualidade, cujo objectivo era "impedir ou reduzir os problemas relativos à esfera sexual" (Soares & Campos, 1986, p. 74). Os programas de educação sexual incidiam particularmente nos aspectos do corpo sexuado e da função sexual, enquanto que as dimensões afectiva e relacional da sexualidade eram praticamente omitidas (Leitão, 2002). Noutra perspectiva, alguns movimentos de defesa de uma educação sexual enquanto "educação para os afectos" quase ignoram que a sexualidade tem "corpo".

Quanto aos conteúdos a abordar, os programas de educação sexual têm que ser o mais diversificados e abrangentes possível, tal como o exigem as características das questões sexuais. Assim, devem ser abordadas temáticas diversas relativas às diferentes dimensões da sexualidade. Nem só os afectos, nem só a anatomia e reprodução, nem só

os riscos. Isto é particularmente importante em relação aos riscos associados ao comportamento sexual, pois se a educação sexual se limitar à sua abordagem estará a transmitir uma visão negativa da sexualidade mas é evidente que não é possível deixar de abordar essas questões. É indubitável que esses riscos merecem preocupação e que a educação sexual poderá ter um papel importante na sua prevenção. De facto, segundo dados da UNICEF (2002), 11,8 milhões de jovens entre os 15 e os 24 anos estão infectados com VIH/SIDA. Em Portugal, os casos declarados de SIDA no grupo etário dos 13 aos 19 anos representam 1,5% do total acumulado (CVEDT, 2003). Um estudo recente realizado com jovens portugueses refere que 13% dos jovens sexualmente activos (15-29 anos) não utilizam qualquer tipo de método contraceptivo, 26% declaram ter tido relações sexuais sem qualquer tipo de protecção no último ano e 1/5 dos jovens sexualmente activos envolvem-se em práticas sexuais não seguras (Moura Ferreira, 2003). Além disso, em todo o mundo mais de 10% dos nascimentos são de mães com idades entre os 15 e os 19 anos (Canavarro et al., 2004) e Portugal é o segundo país da UE com a mais elevada taxa de gravidez na adolescência. Em 2001 foram mães aproximadamente 7000 jovens com idade inferior a 19 anos (INE, 2001).

Para além dos conteúdos a abordar, também em relação aos objectivos da educação sexual nem sempre há concordância. É comum a postura de que o objectivo da educação sexual é a transmissão de informação. Mesmo nos dias de hoje em que existe um acesso facilitado a inúmeras informações, o que acontece é que a ausência de diálogo ou reflexão sobre essa informação e a banalização do sexo tem como resultado a desinformação (Leitão, 2002) e levando, frequentemente, a uma vivência da sexualidade pelos adolescentes com um misto de desejo, medo e culpabilidade. Portanto, se bem que o conhecimento em relação às questões sexuais é importante, "… a questão não é dar informação mas propiciar uma articulação pessoal das experiências individuais, de forma a que o jovem possa lidar duma forma cada vez mais responsável e criativa com a sua sexualidade" (Menezes, 1991).

O facto de haver acesso facilitado a uma enorme variedade de informações tem sido utilizado, por vezes, para relativizar a necessidade e importância da educação sexual. Por um lado, como já foi referido, isso conduz mais frequentemente a desinformação do que a um verdadeiro conhecimento sobre as questões sexuais. Por outro lado, a extraordinária rapidez da mudança tecnológica no final do séc. XX, especialmente no que diz respeito à área das comunicações, oferece excelentes

oportunidades para um aumento da disseminação da informação e da emancipação dos seus utilizadores mas tem-se constatado que "estes avanços têm, contudo, o seu lado negativo. Há indícios de que apresentações nos meios de comunicação social exercem influência sobre os níveis de violência, o comportamento sexual e o interesse pela pornografia (...)" (OMS, 2001, p. 46). Assim, os programas de educação sexual realizados em meio escolar são de extrema importância porque, tal como refere Vilar (1987): a) a escola constitui um espaço e agente de aprendizagem sexual importante; b) não vivemos numa sociedade em que já prevaleça uma atitude positiva e potencializadora da sexualidade humana, pelo que o processo de educação sexual implícita transmite muitos conhecimentos e atitudes negativas.

O projecto de intervenção *Sexualidade: Vamos conversar sobre isso?* é, pois, uma intervenção em meio escolar de promoção do desenvolvimento psicossexual. Nesta perspectiva em que a educação sexual assume um carácter de promoção do desenvolvimento, torna-se uma intervenção intencional, que não nega a importância da educação sexual que ocorre nos contextos de vida do indivíduo nem a necessidade do saber mas que se preocupa também com a necessidade do "desenvolvimento de processos e atitudes psicológicas indispensáveis para a aquisição de competências que permitam resolver, do modo mais flexível e criativo possível, as situações de vida cada vez mais diferentes e exigentes com que as pessoas se confrontam ao longo da sua existência" (Campos, 1989 cit. in Menezes, 1990).

Antes de se passar à descrição detalhada do *Sexualidade: Vamos conversar sobre isso?*, importa referir que em qualquer intervenção na área da educação sexual as influências do momento histórico e do contexto socio-cultural são inegáveis e inevitáveis, devendo assumir-se que a neutralidade não é possível, pelo que é necessário clarificar o quadro ético subjacente às intervenções desenvolvidas neste âmbito, bem como os objectivos daí decorrentes. De um modo geral, adoptou-se o referencial apontado das linhas orientadoras para a Educação Sexual em Meio Escolar, publicadas pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde (Marques & Prazeres, 2000), considerando-se assim **valores essenciais**:

- o reconhecimento de que a autonomia, a liberdade de escolha e uma informação adequada são aspectos essenciais para a estruturação de atitudes e comportamentos responsáveis no relacionamento sexual;

- o reconhecimento de que a sexualidade é uma fonte potencial de vida, prazer e de comunicação, e uma componente da realização pessoal e das relações interpessoais;
- o reconhecimento da importância da comunicação e do envolvimento afectivo e amoroso na vivência da sexualidade;
- o respeito pelo direito à diferença e pela pessoa do outro, nomeadamente os seus valores, a sua orientação sexual e as suas características físicas;
- a promoção da igualdade de direitos e oportunidades entre homens e mulheres;
- a promoção da saúde dos indivíduos e dos casais, nas esferas sexual e reprodutiva;
- o reconhecimento do direito à maternidade e à paternidade livres, conscientes e responsáveis;
- o reconhecimento das diferentes expressões da sexualidade ao longo do ciclo de vida;
- a recusa de expressões da sexualidade que envolvam violência ou coacção, ou relações pessoais de dominação e de exploração.

Assumir este referencial ético tem implicações em termos do objectivo geral da intervenção, sendo este contribuir para uma vivência mais informada, gratificante e responsável da sexualidade. Ainda seguindo as linhas orientadoras para a educação sexual em meio escolar (Marques e Prazeres, 2000) temos como objectivos mais específicos:

- ao nível dos <u>conhecimentos</u>, maior e melhor conhecimento sobre:
    - as várias dimensões da sexualidade;
    - a diversidade de comportamentos sexuais ao longo do ciclo de vida e das características individuais;
    - os mecanismos da resposta sexual, da reprodução, da contracepção e da prática de sexo seguro;
    - as ideias e valores com que as diversas sociedades foram encarando a sexualidade, o amor, a reprodução e as relações entre os sexos ao longo da história e nas diferentes culturas;
    - os problemas de saúde ligados à sexualidade e sua prevenção, especialmente as gravidezes não desejadas, as DST, os abusos e a violência sexuais;
    - os direitos, a legislação, os apoios e os recursos disponíveis na prevenção, acompanhamento e tratamento desses problemas.

- ao nível das atitudes, contribuir para:
    - uma aceitação positiva e confortável do corpo sexuado, do prazer e da afectividade;
    - uma atitude não sexista;
    - uma atitude não discriminatória face às diferentes expressões e orientações sexuais;
    - uma atitude preventiva face à doença e promotora do bem-estar e saúde.
- ao nível das competências, contribuir para:
    - o desenvolvimento das competências para tomar decisões responsáveis;
    - o desenvolvimento das competências para recusar comportamentos não desejados ou que violem a dignidade e os direitos das pessoas;
    - o desenvolvimento das competências de comunicação;
    - a aquisição e utilização de um vocabulário adequado;
    - a utilização, quando necessário, de meios seguros e eficazes de contracepção e de prevenção do contágio de DST;
    - o desenvolvimento das competências para pedir ajuda e saber recorrer a apoios, quando necessário.

1.2 *SEXUALIDADE: VAMOS CONVERSAR SOBRE ISSO?*

Este projecto de intervenção a que se atribuiu o nome de *Sexualidade: Vamos conversar sobre isso?* começou muito antes da primeira sessão. Cientes da necessidade das intervenções partirem de um conhecimento prévio dos diferentes grupos a que se destinam e da utilidade do estudo das características específicas do grupo de modo a que possam ser consideradas pelos seus destinatários como relevantes, realistas e aceitáveis (Valdisseri, 1989 *cit. in* Piscalho *et al.*, 2000), optou-se por realizar um estudo exploratório. Pretendia-se explorar as representações sociais da educação sexual dos adolescentes, bem como perceber os assuntos que lhes despertam maior interesse, as dúvidas que têm e as suas crenças e atitudes face ao tema. Esse estudo é apresentado de forma mais detalhada no capítulo da apresentação dos resultados. Relativamente a esses resultados, interessa aqui referir que os adolescentes preferiam que o responsável

pela educação sexual fosse uma mulher e os professores consideram que um psicólogo seria o profissional com o melhor perfil. O 8º ano é apontado como o ano mais indicado para implementar programas de educação sexual. Quanto às temáticas, os adolescentes referem maioritariamente que seria importante abordar a adolescência e as transformações da puberdade, os órgãos sexuais, gravidez, DST e métodos contraceptivos. Os professores acrescentam a temática dos afectos e emoções, o respeito pelos outros e a aceitação da diferença. No que diz respeito às actividades, os adolescentes sugerem ver filmes, apresentações multimédia mas acima de tudo tempo para "colocar dúvidas e falar à-vontade". Os professores reforçam a necessidade de um maior dinamismo e flexibilidade. Ambos concordam que idealmente estes programas deveria decorrer em pequeno grupo.

Quanto à necessidade de conhecer as características específicas do grupo ao qual se destinam as intervenções, é importante levar em conta as características específicas dos adolescentes. Como tão bem descrevem Braconnier & Marcelli (2000): "O adolescente contemporâneo é, antes do mais, um ser de paradoxos." (p. 20), que oscila entre o desejo de autonomia e a necessidade ainda de dependência, entre o altruísmo e o egoísmo, entre a afirmação de individualismo e a fusão num grupo ou moda; que defende verdades absolutas mas duvida de si, do seu corpo, dos outros e enquanto "o seu pensamento se abre para categorias do possível e para o campo infinito das hipóteses, o seu corpo transforma-se irremediavelmente num sexo rigorosamente definido" (*ibidem*). Outro paradoxo da adolescência é ser um período pleno de oportunidades mas também de vulnerabilidades. A adolescência é mesmo considerada um período de risco desenvolvimental (Canavarro, Pereira & Morgado, 2002), isto porque várias características distintivas dos adolescentes os tornam vulneráveis no que diz respeito à adopção de comportamentos de risco (não só no que diz respeito à sexualidade): a dificuldade de acesso ao raciocínio formal, de fazer escolhas racionais a longo prazo e em reflectir sobre as consequências dos seus actos; a impulsividade; o pensamento mágico; a necessidade de agradar; a ambivalência em relação ao comportamento sexual (*ibidem*). Assim, conhecer e compreender as características da adolescência é importante não só no que diz respeito à escolha das actividades a desenvolver com eles e à forma de abordar os diferentes conteúdos mas também para melhor interagir com eles e saber como cativá-los e envolvê-los na intervenção.

Realizou-se também uma apurada revisão bibliográfica sobre os programas de educação sexual e suas características. Tendo sido a partir da articulação dos dados recolhidos e dos resultados do estudo inicial que se construiu a estrutura do *Sexualidade: Vamos conversar sobre isso?*. De referir que foi possível constatar uma razoável concordância entre aquilo que os adolescentes e professores apontam como sendo importante num programa de educação sexual e o que os teóricos e profissionais da educação sexual defendem. De facto, por exemplo, a utilização de estratégias dinâmicas é uma recomendação consensual, bem como a abordagem de conteúdos diversificados. Segundo Frade (1999): "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. 20). Assim, as "recomendações" de adolescentes e professores foram cumpridas quase na sua totalidade. No entanto, em termos de conteúdos optou-se por uma abordagem muito mais abrangente (tal como recomendado na literatura sobre programas de educação sexual eficazes). Quanto à metodologia, desenvolveram-se actividades como o trabalho e discussão em pequeno grupo, o "saco das perguntas", o *Brainstorming*, o visionamento e discussão de filmes, a recolha de informação e elaboração de cartazes e panfletos, a criação e dramatização de histórias, as dinâmicas de expressão corporal, a realização de entrevistas e apresentação de síntese de informação, o debate em painel duplo, o concluir de histórias sem final, a discussão de dilemas, o *role-playing*, a leitura e análise de histórias e jogos diversos.

Em primeiro lugar, é preciso salientar que o Sexualidade: *Vamos conversar sobre isso?* é mais um projecto de intervenção do que um programa. Embora tenha uma estrutura e um planeamento prévio das sessões, caracteriza-se pela sua flexibilidade e preocupação de ir ao encontro das necessidades dos seus destinatários. Adopta também, acima de tudo, uma estratégia de acção-reflexão, tal como definida por Coimbra (1991). De facto, ao contrário de outros programas que colocam uma excessiva ênfase apenas nos processos cognitivos ou nos comportamentos, este projecto leva também em conta as componentes afectivo-emocionais da acção humana e preocupa-se com a integração dessas diferentes dimensões. Para Coimbra (1991), as intervenções que assumem uma lógica instrutiva pretendem ensinar/instruir sobre formas específicas de pensar e agir, enquanto que as que assumem uma lógica de acção-reflexão, baseiam-se num pressuposto desenvolvimental, assumindo uma intencionalidade mais dirigida para

os processos e não tanto para os conteúdos. Propõe assim "uma orientação não prescritiva das intervenções, abstendo-se de indicar ou propor a solução ideal ou o melhor modo de pensar, sentir ou comportar" (*ibidem*, p. 9). Na implementação do *Sexualidade: Vamos conversar sobre isso?* Pretendeu-se precisamente não prescrever mas antes possibilitar a emergência de outras formas de pensar, sentir e agir. Além disso, introduziram-se também os três componentes essenciais das estratégias de acção-reflexão:

- acção, ou seja, experiências com significado pessoal que colocam desafios, provocam envolvimento emocional e exigem esforço. Embora se tenha recorrido a simulações, houve o cuidado de, sempre que possível, utilizar situações próximas dos destinatários ou do seu próprio quotidiano;
- reflexão, ou seja, a integração das experiências de acção. Análise e diferenciação de aspectos e pontos de vista das experiências, exploração de crenças, percepções, expectativas, sentimentos, alternativas de confrontação com as situações;
- relação, ou seja, o responsável pela intervenção não assume um papel de *expert* mas antes de facilitador do processo. Nesta perspectiva, "a relação funciona, não apenas como contexto, mas principalmente como estratégia de intervenção" (Coimbra, 1991, p. 14). Essa relação deve, pois, ser significativa, emocionalmente investida, transmissora de segurança, confiança e apoio, de forma a criar condições para a expressão, exploração e integração das experiências e suporte para os riscos de ensaiar novas formas de pensar, sentir e agir. Sendo assim, o responsável pela intervenção "Para promover a confiança mútua, ele deve actuar de forma espontânea e não defensiva, sem ter medo de revelar os seus sentimentos, se considerar necessário, quer para a criação do clima de confiança quer de modo a ser um verdadeiro modelo de autenticidade" (Guerra & Lima, 2005, p. 50). Lameiras *et al.* (2004) definem mesmo um conjunto de características e funções essenciais dos profissionais que desenvolvem intervenções no âmbito da educação sexual:

- ser dinâmico, tolerante, fomentar a participação e o debate e promover o respeito;
- fomentar a escuta activa entre os participantes;
- planear todas as sessões e preparar o material;
- ter em conta o conhecimento e experiências prévias dos adolescentes;
- explicar com clareza em cada sessão em que consistem as actividades e quais os seus objectivos;

- actuar como condutor do grupo no processo de reflexão através da formulação de perguntas;
- oferecer ajuda;
- fomentar o pensamento crítico;
- estabelecer um clima e relações, tanto entre si e alunos como entre os próprios alunos, que se caracterizem pelo respeito mútuo e confiança, que promovam a auto-estima e o auto-conceito dos alunos;
- aproveitar as situações de conflito, como discriminações ou comentários entre alunos, para promover a reflexão e procurar soluções mais adequadas;
- ter uma atitude positiva e aberta face à sexualidade.

Sessões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Objectivos:																		
Objectivos processuais	+																	
Transmitir de conhecimentos			+	+			+		+	+	+	+	+					
Questionar e promover atitudes		+			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+				
Treinar competências					+	+				+	+	+	+		+	+	+	
Avaliação	+																	+
Conteúdos:																		
Dimensões da sexualidade		+			+			+										
Anatomia e fisiologia sexuais			+	+			+											
Riscos sexuais e prevenção							+			+	+	+	+					
Orientações sexuais									+									
Questões de género														+				
Competências de comunicação					+	+									+	+	+	
Estratégias:																		
Apresentação multimédia				+	+		+		+	+	+		+					
Vídeo		+	+									+	+					
Role-playing e dramatizações					+				+						+	+	+	
Jogo							+				+			+				
Técnicas corporais						+												
Debate								+				+	+	+	+	+	+	
Trabalho em pequeno grupo			+	+						+			+					

Quadro 3: *Sexualidade: Vamos conversar sobre isso?* - Caracterização das sessões quanto aos objectivos, conteúdos e estratégias

Tendo todos estes aspectos em conta, o projecto *Sexualidade: Vamos conversar sobre isso?* teve uma duração de 18 sessões semanais de 90 minutos, que decorreram ao longo de cerca de seis meses e foram orientadas por uma psicóloga do sexo feminino. As sessões realizaram-se num espaço cedido pela escola para o efeito e com o material necessário para visualizar vídeos e fazer apresentações multimédia. Por o envolvimento dos pais ser considerado importante realizaram-se, para além de uma sessão inicial de esclarecimento sobre o programa, mais duas reuniões com os pais/encarregados de educação, uma num momento intermédio da intervenção e outra no final. Com estas reuniões pretendia-se obter feedback do trabalho realizado, esclarecer dúvidas e promover a generalização dos aspectos trabalhados nas sessões ao contexto familiar.

No quadro 3 apresenta-se, de forma esquemática, a distribuição em termos de objectivos, conteúdos e actividades pelas diferentes sessões. Para facilitar a sua apresentação sintética, indicamos aqui apenas os principais objectivos e actividades.

Consideram-se **pontos-chave** do *Sexualidade: Vamos conversar sobre isso?* os seguintes:

1. Todas as sessões foram cuidadosamente planeadas, realizadas e integradas, numa clara adopção de uma estratégia de acção-reflexão;

2. Todas as sessões começaram por um tempo de "aquecimento", comentando acontecimentos do país ou do mundo, histórias da escola e das suas turmas, visitas de estudo, livros ou artigos que leram, etc. Mesmo no decorrer das sessões as referências aos seus quotidianos foram sempre bem recebidas e contextualizadas. Momentos fundamentais em termos de construção da relação e de um clima verdadeiramente aberto às suas contribuições;

3. A primeira actividade de todas as sessões era obter feedback em relação à sessão anterior, no sentido de: a) perceber o que tinha sido apreendido e interiorizado e, se necessário, clarificar alguns aspectos; b) consolidar conceitos, reforçar atitudes; c) tornar evidente o fio condutor da intervenção; d) incentivar a partilha e discussão de situações do quotidiano relacionadas com a temática em questão, promovendo assim

uma maior proximidade à realidade e a generalização das atitudes e competências ensaiadas nas sessões;

4. Todas as sessões tinham um momento mais expositivo (transmissão de informação ou mera preparação para a acção) e um momento mais dinâmico e interactivo, no entanto, em qualquer um deles a participação era incentivada e bem recebida. De realçar que em relação aos momentos mais expositivos houve a preocupação de os tornar também o mais dinâmicos possível (nomeadamente através da diversidade de actividades - apresentações multimédia, análise de documentos, leitura de histórias - e da construção de materiais atractivos, com recurso a muitas imagens sugestivas e/ou divertidas);

5. Sempre que se introduzia uma nova temática, começava-se pela exploração do que já era conhecido, evitando assim abordar assuntos desnecessariamente, perceber se os conhecimentos e/ou crenças acerca da temática eram fidedignos e reforça-los pelo conhecimento já existente;

6. A facilitadora tentou sempre ser isso mesmo: uma facilitadora da dinâmica do grupo mais do que uma especialista ou professora. Incentivou sempre a participação e o debate das diferentes temáticas, ajudando o grupo a chegar às suas próprias conclusões;

7. A utilização do humor foi uma estratégia recorrente em todas as sessões, sendo de particular importância e utilidade nas primeiras sessões por resultar como um excelente “quebra-gelo”;

8. A utilização de actividades lúdicas, dinâmicas e interactivas foi uma constante, resultando numa participação entusiástica e favorecendo a assimilação de informação (por exemplo, o jogo sobre os métodos contraceptivos), o questionamento de atitudes (por exemplo, o jogo “As estereo-listas”, as dramatizações de situações hipotéticas e os debates em duplo painel) e o treino de competências (por exemplo, o *role-playing* aplicando estratégias de comunicação);

9. Em todas as sessões houve um esforço consciente para criar um clima descontraído mas também uma exigência constante de respeito mútuo;

10. Todas as opiniões e comentários foram valorizados. É sempre possível encontrar algum aspecto positivo mesmo nos comentários mais disparatados, desta forma facilmente se resolvem eventuais comportamentos desafiantes;

11. A facilitadora orientou todas as actividades e participou efectivamente em muitas delas, como forma de ajudar a ultrapassar alguma resistência inicial (por exemplo, dramatizar uma história foi encarado com algum embaraço e receio do gozo dos outros, pelo que a participação da facilitadora ajudou a ultrapassar essas dificuldades) e também de reforçar a relação construída;

12. O planeamento das actividades foi sempre flexível, podendo, de acordo com o desenvolvimento das sessões, dar-se mais ênfase a certas temáticas ou não abordar outras, alterar actividades ou simplesmente utilizar o tempo para ouvir os adolescentes e pô-los a discutir as questões entre eles;

13. Todas as sessões terminaram com a discussão/avaliação das actividades realizadas, criando condições para que fosse o grupo a chegar às conclusões e não que estas lhe fossem simplesmente apresentadas.

Para terminar, apresenta-se de forma resumida os objectivos e actividades realizadas em cada sessão. Os planos de todas as sessões, descrição das actividades e respectivos materiais encontram-se em anexo em suporte informático.

Sexualidade: Vamos conversar sobre isso? – Quadro Síntese

Sessão	Tema	Objectivos	Actividades
1	Apresentação Pré-avaliação	- Construir uma relação empática e de confiança; - Promover o conhecimento mútuo; - Clarificar expectativas face à intervenção; - Co-responsabilizar pelo processo	- Preenchimento de escalas de avaliação; - Dinâmicas de apresentação (Hernández & Rodriguez, 2003 e Manes, 2003) - Definição das regras de funcionamento do grupo.
2	Sexualidade e Desenvolvimento Psicossexual	- Promover uma compreensão alargada e flexível da sexualidade, da sua importância, diferentes manifestações, dimensões e funções.	- Vídeo educativo - Brainstorming "A sexualidade é..." - Construção de uma definição de sexualidade em grupo e compará-la com a definição da OMS (Frade, 1999).
3 e 4	Socorro! Sou um adolescente!	- Aprofundar os conhecimentos sobre anatomia sexual e sobre as mudanças que se dão na puberdade; - Aceitar de forma positiva essas mudanças e que cada pessoa tem o seu próprio ritmo de crescimento; - Incentivar a colocar dúvidas de forma desinibida.	- Vídeo educativo; - Elaboração de um poster sobre os aparelhos reprodutores e as mudanças da puberdade em pequeno grupo e sua apresentação (adaptado de Frade, 1999); - Recolha anónima de dúvidas (O saco das perguntas); - Apresentação multimédia para integração dos assuntos abordados.
5	Imagem Corporal	- Promover uma atitude de conforto e valorização face ao corpo; - Analisar e reflectir sobre os padrões de beleza e entender a relatividade dos estereótipos de beleza; - Promover o sentido crítico face aos estereótipos de beleza difundidos pelos mass media; - Favorecer a expressão de sentimentos face ao corpo.	- Apresentação multimédia sobre a temática e sua discussão; - Análise de revistas e discussão sobre os estereótipos de beleza actuais; - Análise e dramatização das histórias "Susana" e "Xavier" (adaptadas de Lameiras, 2004).
6	Técnicas Corporais	- Tomar consciência dos diversos recursos expressivos de cada um e potencializá-los; - Facilitar a aprendizagem do contacto e comunicação através do corpo; - Aprender a conhecer a expressão das suas emoções e das dos outros.	- Dinâmica "A escultura" (adaptado de Wiertsema, 1991); - Exercícios de respiração abdominal e completa (López, 1990); - Relaxamento (adaptado de Bernstein & Borkopveck, 1973 cit. in Gonçalves, 1990); - Discussão sobre a experiência de relaxamento.
7	Sexualidade na Adolescência	- Identificar e questionar os mitos relacionados com a masturbação; - Conhecer a resposta sexual humana; - Reflectir sobre os mitos existentes em relação à primeira relação sexual; - Facilitar a adopção de atitudes e comportamentos responsáveis face à sexualidade.	- Apresentação multimédia sobre a temática e sua discussão; - Jogo "Roda de Cadeiras" (adaptado de Alcobia et al, 2003).
8	Enamoramento e amor	- Analisar o conceito de amor e diferenciá-lo de outros sentimentos e emoções; - Identificar e questionar mitos relacionados com o amor.	- Escrita e partilha de cartas de amor; - Debate sobre o amor, as suas formas de expressão e mitos associados.

9	Sexualidade? Sexualidades!	- Conhecer as diferentes orientações sexuais e tomar consciência das suas repercussões a nível pessoal e social; - Desmistificar crenças erróneas face às orientações sexuais; - Promover uma atitude de aceitação e respeito face à variabilidade de orientações e comportamentos sexuais.	- Apresentação multimédia sobre a temática e sua discussão; - Dramatização de histórias criadas em pequenos grupos (adaptado de Frade, 1999).
10	Vivências desviantes da sexualidade	- Diferenciar os tipos de orientações considerados saudáveis das parafilias; - Desenvolver a capacidade de reconhecer situações de abuso sexual e tomar consciência das suas implicações individuais e sociais; - Desmistificar crenças erróneas face ao abuso sexual; - Desenvolver a capacidade de assumir comportamentos preventivos face ao abuso sexual e de obter apoio face a essas situações.	- Apresentação multimédia sobre o tema e sua discussão; - Elaboração de um desdobrável de ajuda para situações de abuso sexual (adaptado de Frade, 1999).
11	Métodos Contraceptivos e Aborto	- Actualizar e aprofundar os conhecimentos relativos aos diferentes métodos contraceptivos, suas vantagens, desvantagens e modos de utilização; - Desmistificar crenças erróneas em relação à contracepção; - Promover o reconhecimento da contracepção como uma responsabilidade dos dois elementos do casal; - Favorecer a adopção de comportamentos informados e responsáveis relativamente à contracepção; - Abordar a problemática do aborto e as suas repercussões a nível pessoal, social e legal.	- Apresentação multimédia sobre o tema e sua discussão; - Demonstração da forma correcta de colocar um preservativo masculino; - Jogo “O que sabemos sobre... os métodos contraceptivos?” (Pontes, 2005).
12	Gravidez na Adolescência	- Promover o reconhecimento de que a maternidade e paternidade devem resultar de uma opção voluntária e consciente; - Tomar consciência das consequências individuais, no casal e sociais de uma gravidez não desejada; - Desmistificar crenças erróneas face à gravidez e parto; - Promover o reconhecimento da contracepção como uma responsabilidade dos dois elementos do casal; - Abordar a problemática do aborto e as suas repercussões a nível pessoal, social e legal; - Promover o reconhecimento da necessidade de prevenir o aborto.	- Vídeo “Histórias de Vida – Vanessa” (APF) e role-playing partindo das personagens da história; - Vídeo “Histórias de Vida – Ângela” (APF); - Debate em painel duplo, partindo da história “Ângela” e introduzindo a questão do aborto.
13	Doenças sexualmente transmissíveis	- Actualizar e aprofundar os conhecimentos relativos às doenças sexualmente transmissíveis; - Favorecer a adopção de comportamentos informados e que levem à prevenção das DST; - Promover o reconhecimento da importância das medidas preventivas.	- Apresentação multimédia sobre a temática e sua discussão; - Discussão em pequeno grupo de três histórias (adaptado de Lameiras, 2003); - Apresentação das conclusões e discussão em grande grupo.

14	Homem/Mulher	- Favorecer a adopção de atitudese comportamentos não discriminatórios, que promovam a igualdade de direitos e de oportunidades entre os sexos; - Identificar e analisar os estereótipos de género existentes na nossa sociedade; - Analisar a situação da mulher na nossa cultura e noutras e a sua evolução ao longo dos tempos; - Adoptar uma atitude crítica face aos papéis que socialmente são atribuídos a homens e mulheres e aceitar que os papéis desempenhados pelas pessoas não são determinados pelo sexo.	- Actividade "Homem vs. mulher" sobre actividades e características femininas e masculinas e discussão dos resultados; - Leitura e discussão da história "Será que a Joaninha tem uma pilinha?" (Lenain & Duran, 1998); - Análise e discussão de dados da CITE e sobre a situação da mulher no mundo; - Jogo "As estereolistas" (APF)
15	Expressar desagrado/Dizer não	- Entender a importância da comunicação na sexualidade; - Desenvolver a capacidade de expressar os seus sentimentos e opiniões; - Favorecer a aceitação nos outros de diferentes sentimentos, opiniões e decisões; - Desenvolver a capacidade de expressar desagrado e dizer não.	- Leitura e discussão da história "Os sacos do Pulo e da Pula" (Moreira, 2003); - Leitura e discussão de documentação sobre as técnicas da Sanduíche e do Disco Riscado (Inglés Saura, 2003) - Role-playing de situações diversas que implicam expressar desagrado e dizer não.
16	Críticas e elogios	- Desenvolver a capacidade de expressar os seus sentimentos e opiniões; - Favorecer a aceitação nos outros de diferentes sentimentos, opiniões e decisões; - Desenvolver a capacidade de fazer e aceitar críticas e elogios.	- Leitura e discussão de documentação sobre fazer e aceitar críticas e elogios; - Dinâmica "Enfrentar críticas" (Güel & Muñoz, 2000); - Dinámica "O presente da alegria" (Fritzen, 1981).
17	Começar, manter e terminar conversas	- Entender a importância da comunicação na sexualidade; - Desenvolver a capacidade de expressar os seus sentimentos e opiniões; - Desenvolver capacidades básicas de comunicação (iniciar, manter e terminar conversas, importância dos aspectos não verbais da comunicação, escuta activa...).	- Análise e discussão de documentação sobre a importância da comunicação verbal e não verbal nas relações interpessoais e sobre iniciar, manter e terminar conversas; - Dinâmica "Dizer sem palavras"; - Role-playing de situações diversas para pôr em prática as competências comunicacionais abordadas.
18	Avaliação final	- Avaliação global das sessões; - Promover a integração dos diferentes conteúdos abordados ao longo das sessões.	- Preenchimento de escalas de avaliação; - Preenchimento de questionário de avaliação global das sessões; - Brainstorming "A sexualidade é..."; - Brainstorming "Participar nestas sessões foi..."; - Entrega de diplomas de participação.

1.3 *SEXUALIDADE: VAMOS CONVERSAR SOBRE ISSO?* – Sessão expositiva

Com o objectivo de comparar o impacto de duas metodologias diferentes de abordagem da educação sexual, planeou-se também uma intervenção de cariz mais expositivo e de apenas uma sessão (intervenção de que usufruiu um dos grupos experimentais). Essa teve a duração de cerca de 150 minutos, tendo-se abordado as principais temáticas da intervenção mais longa e utilizado materiais comuns.

A estrutura da sessão foi a seguinte:

- Dinâmica de apresentação/quebra-gelo;
- Brainstorming “A sexualidade é...”;
- Vídeo “Mudanças” – Dúvidas e comentários;
- Apresentação: “Socorro! Sou um adolescente!” - Dúvidas e comentários;
- Intervalo;
- Apresentação: “Sexualidade? Sexualidades!” - Dúvidas e comentários;
- Apresentação: “Métodos contraceptivos” - Dúvidas e comentários;
- Apresentação: “DST” - Dúvidas e comentários;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Avaliação da sessão.

PARTE III

Protocolo de Investigação

1. PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

"... toda a investigação é parcial, fruto do ponto de vista do investigador."
Quartilho, 2003

1.1 Breve descrição e objectivos da investigação

O objectivo principal desta investigação é contribuir para uma melhor e mais fundamentada compreensão do processo de implementação de programas de educação sexual em meio escolar, dando a conhecer a experiência de implementação de uma intervenção que foi cuidadosamente planeada. É evidente que avaliar os efeitos da implementação deste tipo de programas (ou qualquer outro programa/intervenção) é fundamental e reveste-se até de um cariz de obrigatoriedade em termos éticos. Isso, contudo, não invalida que seja também necessário e de extrema utilidade descrever detalhadamente todo o processo de implementação, pois quando se procura recolher informação sobre os programas desta área é difícil perceber o que foi feito, como foi feito e como resultou na prática.

A presente investigação corresponde a um estudo multimétodo com três fases distintas. A primeira fase compreendeu a construção de um modelo de educação sexual a ser implementado em meio escolar, utilizando quer dados obtidos através da realização de grupos de discussão focalizada com alunos e professores, quer dados da revisão da literatura existente. A segunda fase consistiu na implementação desse modelo e na avaliação de todo o processo, através de uma metodologia qualitativa. Realizaram-se duas intervenções: uma baseada no modelo desenvolvido (18 sessões, metodologia dinâmica e interactiva) e outra que consistia em apenas uma sessão expositiva. A implementação dessas intervenções originou dois grupos experimentais e foi também constituído um grupo de controlo, que não beneficiou de qualquer tipo de intervenção. Na terceira fase procedeu-se à avaliação dos resultados, a partir da análise quantitativa dos dados recolhidos, antes da intervenção, imediatamente após a intervenção e seis meses depois da intervenção.

Foram, assim, definidos os seguintes objectivos específicos de investigação:

1) avaliar o processo de implementação de um modelo dinâmico e interactivo de promoção do desenvolvimento psicossexual numa amostra de adolescentes em meio escolar;
2) verificar o impacto proximal dos programas de educação sexual em meio escolar, através da comparação de dois sub-grupos de adolescentes que beneficiaram de um programa desse tipo e de um sub-grupo a que não foi aplicado nenhum programa de educação sexual;
3) comparar o impacto de duas metodologias diferentes de educação sexual (modelo de promoção do desenvolvimento psicossexual vs. modelo expositivo).

1.2 Tipo de estudo e hipóteses formuladas

Tendo em conta as recomendações metodológicas de vários autores que fizeram revisões de estudos efectuados na área da educação sexual (Oakley *et al*., 1995; Kirby, 2002; DiCenso, Guyatt & Griffith, 2002), concretizou-se a investigação através de um estudo quasi-experimental, tendo-se para isso constituído três grupos de adolescentes (dois experimentais e um de controlo) e realizado três momentos de recolha de dados (antes, imediatamente após e seis meses após a intervenção).

Foram definidas quatro hipóteses que pretendem esclarecer os efeitos que as intervenções realizadas nesta amostra de adolescentes conseguem obter:
- Hipótese 1: O modelo dinâmico e interactivo de promoção do desenvolvimento psicossexual tem maior impacto ao nível das atitudes sexuais dos adolescentes do que o modelo expositivo.
- Hipótese 2: Os dois modelos de intervenção têm impacto ao nível das atitudes sexuais dos adolescentes, não se verificando o mesmo no Grupo de Controlo.
- Hipótese 3: O impacto do modelo do desenvolvimento psicossexual é mais duradouro do que o do modelo expositivo.
- Hipótese 4: Não existem diferenças quanto ao comportamento sexual entre o momento pré e pós intervenção; ou seja, nenhuma das intervenções tem o efeito de induzir o início da actividade sexual ou de aumentar a sua frequência.

Embora a presente investigação corresponda, na forma, a um estudo quasi-experimental, pode ser apresentada essencialmente como um estudo exploratório da implementação de uma intervenção, das variáveis envolvidas, das questões que seria importante aprofundar, de outras condições que deveriam ser controladas, dos meios e recursos necessários. Pode até ser apresentada como um estudo de caso, cuja unidade de análise é a intervenção.

1.3 Amostra e método de amostragem

Com o objectivo de realizar o trabalho de campo, foram contactadas as três escolas do 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico, existentes na cidade de Viana do Castelo. Uma dessas escolas recusou participar no projecto, ficando a amostra limitada às escolas EB 2,3 de Viana do Castelo e EB 2,3 Dr. Pedro Barbosa e mais especificamente aos alunos a frequentar o 8º ano. Trata-se, portanto, de uma amostra de conveniência, não probabilística, tendo-se definido três grupos:

- o grupo experimental 1 (GE1), com o qual se implementou o modelo dinâmico e interactivo de promoção do desenvolvimento psicossexual;
- o grupo experimental 2 (GE2), com o qual se realizou uma sessão expositiva de educação sexual (Grupo Experimental 2 – GE2);
- o grupo de controlo (GC), formado pelos alunos que não participaram em qualquer tipo de intervenção.

O GE1 era constituído por alunos da Escola EB 2,3 de Viana do Castelo e o GE2 e o GC por alunos da Escola EB 2,3 Dr. Pedro Barbosa. Trata-se de uma amostra em painel, uma vez que os dados foram recolhidos nos três grupos em três momentos distintos, com uma dimensão de 105 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos e idade média de 13,32 anos. A repartição pelos grupos foi a seguinte: 21% GE1, 36% GE2 e 43% GC.

Na escola EB 2,3 de Viana do Castelo realizou-se uma sessão de apresentação do projecto com os Directores de Turma do 8º ano. O projecto foi depois apresentado a todos os alunos do 8º ano, através dos Directores de Turma e de um panfleto informativo. Dos 148 alunos do 8º ano, inscreveram-se 58, o que corresponde a 39,2%. De salientar que vários alunos que se mostraram interessados no programa acabaram por não se

inscrever por o horário das sessões colidir com o das actividades extracurriculares que frequentavam. Desses 58 foram escolhidos aleatoriamente 24 para participaram nas sessões do modelo dinâmico e interactivo. No início das sessões apenas 22 alunos compareceram, que passaram a constituir o GE1.

Na escola EB 2,3 Dr. Pedro Barbosa realizou-se igualmente uma sessão de apresentação do projecto e distribuição de panfleto informativo aos 83 alunos do 8º ano. Desses alunos, 44 inscreveram-se para a sessão de educação sexual, ou seja, 53%. Para a sessão apareceram apenas 38 alunos, que passaram a representar o GE2. Os restantes 45 alunos que não participaram em qualquer tipo de intervenção passaram a constituir o GC.

1.4 Caracterização da amostra

Tal como já foi referido, a amostra é constituída por 105 adolescentes com idade média de aproximadamente 13 anos. No entanto, o GE1 tem uma idade média um pouco mais baixa (13,18 anos) e o GC um pouco mais elevada (13,40 anos). Quanto ao sexo, verificou-se que 56% dos elementos da amostra são do sexo feminino e 44% do sexo masculino, sendo no GE1 que se verifica a mais elevada representação do sexo feminino (64%). Também no GC os elementos do sexo feminino (60%) são em maior número do que os do sexo masculino (40%). No GE2, pelo contrário, é o sexo masculino que tem maior representatividade (53%).

No que diz respeito à variável habilitações literárias, cerca de um quarto das mães concluíram apenas o 1º ciclo do ensino básico (1º CEB) e cerca de 14% têm o 2º ciclo do ensino básico (2º CEB) concluído. Aproximadamente 25% das mães concluíram o 3º ciclo do ensino básico (3º CEB). Portanto, mais de metade das mães dos adolescentes têm habilitações literárias que não vão além do 9º ano. O ensino secundário foi frequentado por cerca de 16% das mães e cerca de 15% têm cursos superiores. Cerca de 4% das mães têm mestrado ou doutoramento. Fazendo o cruzamento desta variável com a variável grupo, constata-se que é no GE1 que as mães têm habilitações literárias mais elevadas, sendo os graus de ensino predominantes a licenciatura (23%) e o ensino secundário. No GE2 as habilitações mais comuns são o 3º CEB (29%) e o 1º CEB (24%). O GC é grupo que tem mais mães apenas com o 1º CEB (33%).

Quanto aos pais, tal como acontece com as mães, as habilitações predominantes são o 1º CEB e o 3º CEB, cada um representando cerca de 23% da amostra. Cerca de 19% concluiu o 2º CEB e quer o ensino secundário quer a licenciatura são os graus de ensino de aproximadamente 15% dos pais. Enquanto que nas mães havia uma percentagem de cerca de 4% de mestrados e doutoramentos, nos pais essa percentagem é apenas de 2%.

Analisando as habilitações literárias dos pais por grupo, constata-se que também aqui é o GE1 que tem habilitações mais elevadas, tendo cerca de 38% dos pais licenciatura. É também neste grupo que se situa a maior percentagem de pais com o 2º CEB (24%). No GE2 as habilitações mais comuns são o 3º CEB (30%) e o 1º CEB (24%). O GC é que tem maior percentagem de pais apenas com o 1º CEB (31%), aliás tal como acontecia com as mães.

Dada a temática da investigação, pareceu pertinente caracterizar a amostra quanto à religião e ao seu envolvimento religioso. Como seria de esperar numa amostra portuguesa, 95% dos alunos consideram-se católicos. Apenas 4% referem não ter culto religioso e 1% terem outra religião. É apenas no GE1 que exitem alunos não católicos (5%) e que se encontra uma maior percentagem sem culto religioso (14%). No GE2 97% são católicos e 3% não têm culto religioso. No GC todos são católicos.

Em todos os grupos, a maioria dos católicos (entre 45 e 60%) participam em cerimónias religiosas, pelo menos, aos domingos e festividades. Apenas no GE2, cerca de 5% referem participar em cerimónias religiosas mais do que uma vez por semana. O GE1 tem a maior percentagem de católicos não praticantes (14%).

Uma vez que a investigação decorre em meio escolar, quis-se obter também alguns dados sobre o aproveitamento e envolvimento escolar. Relativamente ao aproveitamento, 20% dos alunos da amostra já reprovaram, dos quais cerca de 13% apenas uma vez, 4% duas vezes e 3% mais do que duas vezes. O GE1 parece ser o grupo com melhor aproveitamento, enquanto que o GC é o que tem os alunos com maior número de reprovações.

De um modo geral, os alunos mostram-se satisfeitos com a escola, a relação com os professores e funcionários. Cerca de 30% dos alunos de cada grupo consideram-se populares e praticamente a totalidade dos adolescentes da amostra (98%) consideram que têm muitos amigos.

Parece pertinente terminar a caracterização da amostra fazendo alguns breves comentários. Em primeiro lugar, como facilmente se constata, o GE1 diferencia-se dos outros dois grupos, sendo o grupo em que os pais têm habilitações literárias mais elevadas, os que têm melhor aproveitamento e os menos envolvidos do ponto de vista religioso. Qualquer uma destas características poderia fazer supor que os grupos não são equivalentes mas não foram encontradas diferenças em relação às variáveis em estudo no momento anterior à intervenção. Ainda assim interessa salientar que a participação no programa foi voluntária e a amostra foi seleccionada aleatoriamente mas de entre os alunos que se inscreveram. Embora não se possa provar empiricamente a seguinte afirmação, segundo os directores de turma, foram precisamente os pais com habilitações literárias mais elevadas que mais incentivaram os filhos a participar no programa e foram também os melhores alunos e eventualmente os mais informados os que maior entusiasmo mostraram. Isto faz questionar se o cariz voluntário será o mais adequado para este tipo de intervenções. Claro que no contexto da presente investigação não poderia ser de outra forma mas, no dia-a-dia das escolas, a educação sexual não deve ser voluntária, pois desse modo pode não chegar aos que mais beneficiariam com ela.

1.5 Instrumentos de recolha de dados

Foram utilizados os seguintes instrumentos de recolha de dados:

1.5.1 Instrumentos de análise qualitativa

A metodologia de investigação qualitativa é um método de recolha de dados mais dirigido à compreensão e descrição dos fenómenos globalmente considerados, cujo enfoque de análise é de cariz indutivo, holístico e ideográfico (Almeida & Freire, 2003). O investigador observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem o fragmentar ou descontextualizar, acontecendo frequentemente que «se investiga “com” e não “para” as pessoas de interesse; certos investigadores vão ao ponto de designar os sujeitos do seu estudo como “co-investigadores”» (Fortin, 1999, p. 148). Para a compreensão ou explicação dos fenómenos parte-se sobretudo dos próprios dados e não de teorias prévias e centra-se mais nas peculiaridades do que na obtenção de leis gerais (Almeida & Freire, 2003). Algumas críticas têm sido feitas a esta

metodologia. Por um lado, questiona-se o peso da subjectividade nas suas análises e conclusões; por outro lado, salienta-se a sua pouca capacidade de fundamentar conclusões no sentido da sua generalização ou da descrição dos fenómenos ao longo do tempo e do espaço. No entanto, a aplicação do método científico a certos fenómenos, nomeadamente os psicológicos, também levanta dificuldades, dada a complexidade, dinâmica e natureza interactiva desses fenómenos... De facto, parece haver áreas das ciências sociais que as estatísticas não podem medir (Silverman, 2000).

Numa investigação qualitativa utilizam-se métodos mais informais de recolha de dados como a entrevista, a observação participante ou a análise de documentos. Silverman (2000) considera quatro tipos de dados qualitativos: entrevistas, notas de campo (fieldnotes), textos e transcrições. Na presente investigação, com o objectivo de fazer uma cuidadosa avaliação do processo de implementação de uma intervenção no âmbito da educação sexual, recorreu-se à **observação participante** e à elaboração de **notas de campo** detalhadas, notas essas que foram depois analisadas.

1.5.2 Instrumentos psicométricos

- Questionário de Caracterização Sociodemográfica (QCSD)

Trata-se de um questionário com questões fechadas (à excepção de duas) e pré-codificadas, distribuídas por quatro secções: Caracterização do Agregado Familiar (10 questões fechadas); Caracterização Religiosa (7 questões fechadas); Caracterização Escolar (9 questões fechadas e 2 abertas) e Sociabilidade (6 questões fechadas). Com este questionário pretendia-se fazer uma descrição detalhada de cada adolescente ao nível familiar, religioso, escolar e social. Dado o elevado número de variáveis, realizou-se uma estrita selecção daquelas consideradas mais relevantes para a presente investigação, tais como o sexo, idade, habilitações literárias dos pais, religião, participação religiosa, aproveitamento escolar e sociabilidade.

Este questionário foi aplicado aos três grupos no primeiro momento (antes da intervenção).

- Escala de Comportamentos e Atitudes face à Sexualidade (ECAS)

Constituído na totalidade por questões fechadas, esta escala inclui duas partes distintas. Na primeira parte pretende-se obter informação sobre os comportamentos e experiência sexual dos adolescentes, através de nove questões. Os 42 itens da segunda parte foram elaborados para aferir atitudes face à sexualidade e são respondidos de acordo com uma escala de Likert de quatro pontos em que 1 corresponde a concorda totalmente, 2 a concorda, 3 a discorda e 4 a discorda totalmente. Note-se que foram apenas validadas as escalas em que as questões foram respondidas na totalidade e em que havia apenas uma resposta assinalada para cada questão.

A construção desta segunda parte da escala foi inspirada em vários questionários de atitudes sexuais já existentes (Snyder, Simpson & Gangestad, 1986; Hendrick & Hendrick, 1987; Fisher & Hall, 1988; Carpintero & Fuertes, 1994; Somers, Johnson & Sawilowsky, 2002; Diéguez *et al*., 2005) e pensada em função de nove sub-escalas: Permissividade (6 itens), Afectividade vs. Instrumentalidade (6 itens), Genitalidade vs. Não Genitalidade (4 itens), Práticas Sexuais (6 itens), Motivações (4 itens), Papéis de Género (4 itens), DST (4 itens), Planeamento Familiar (4 itens) e Educação Sexual (4 itens).

Desde já se reconhece que criar uma escala de raiz foi talvez demasiado ambicioso, uma vez que a sua aferição implicava à partida a recolha extensa de dados que permitissem a sua validação empírica. As fragilidades metodológicas da escala, nomeadamente a inexistência de um estudo piloto e o reduzido número de sujeitos relativamente ao número de variáveis, explicam provavelmente as dificuldades sentidas na análise dos seus resultados. Através da análise factorial de componentes principais, foram encontrados 6 factores, constituídos por apenas 25 itens. Realizou-se também uma análise à validade de conteúdo dos itens, em resultado da qual se optou por analisar apenas um *score* total de uma selecção dos 20 itens mais relacionados com o construto de liberalismo/conservadorismo no que diz respeito às atitudes sexuais. Estes procedimentos são descritos mais detalhadamente na secção dedicada ao tratamento estatístico.

Interessa referir que o construto de liberalismo/conservadorismo é um dos mais frequentemente utilizados na investigação no âmbito das atitudes sexuais (López & Fuertes, 1999) e, tendo em conta as opções tomadas, torna-se necessário explicitar os conceitos. Em primeiro lugar, as atitudes, enquanto predisposições para avaliar favorável

ou desfavoravelmente um objecto, têm sido uma variável muito utilizada na investigação sobre sexualidade humana pelo seu valor preditivo em relação ao comportamento. Esse valor preditivo advém do facto das atitudes englobarem três componentes em estreita interligação: cognitiva (opiniões e crenças), afectiva (sentimentos) e comportamental (tendência para agir de um determinado modo) (López & Fuertes, 1999). Sendo assim, a atitude liberal, por oposição à atitude conservadora, corresponde a um entendimento da sexualidade como uma dimensão humana com múltiplas possibilidades (prazer, reprodução, afecto...), implicando assim uma maior aceitação das diferenças e respeito pela liberdade individual. As pessoas com atitudes predominantemente liberais face à sexualidade são geralmente mais tolerantes em relação a temas socialmente polémicos (aborto, divórcio, contracepção, masturbação, homossexualidade, etc.), apoiando uma maior liberalização das leis e dos costumes sociais (*ibidem*). Tendem também a demonstrar menos preconceitos ou crenças erróneas (nomeadamente, sobre as DST's) e a defender a importância do planeamento familiar/contracepção e da educação sexual. Já a atitude conservadora caracteriza-se por uma visão da sexualidade que coloca a reprodução como o seu principal fim e, como tal, tende a considerar legítimos apenas os comportamentos sexuais que ocorrem no contexto do casamento. Em geral, têm posições negativas em relação a temas como o divórcio, relações pré-matrimoniais, homossexualidade, masturbação, uso de contracepção, etc. Actualmente, a maioria das pessoas com atitudes deste tipo, considera que deve haver educação sexual mas abordando apenas alguns temas (um bom exemplo desta atitude são os programas *abstinence-only*). Tal como referem López & Fuertes (1999): "Esta distinção tem valor pedagógico e refere-se sobretudo aos extremos de um contínuo no qual se costuma situar a maioria das pessoas." (p. 29).

As atitudes sobre a sexualidade, utilizando as metáforas informáticas de McGuire (1986, cit. in Vilar, 2003a), podem ser entendidas como um *hardware* que orienta os comportamentos nesse campo, pelo que diferentes atitudes estarão na base de diferentes padrões de comportamento sexual, nomeadamente no que diz respeito à adopção de comportamentos de risco. De salientar que uma atitude mais liberal face à sexualidade, não só em termos individuais como da sociedade em geral, tem vindo a ser correlacionada com menores taxas de gravidez na adolescência, aborto e DST: "Onde os jovens recebem apoio social, total informação e mensagens positivas em relação à sexualidade e às relações sexuais, e têm fácil acesso a serviços de saúde sexual e

reprodutiva, eles assumem comportamentos mais saudáveis e as taxas de gravidez, aborto e DST são mais baixas." (Guttmacher Institute, 2001, p. 10).

No que diz respeito à análise de conteúdo dos itens foi utilizada a definição de atitude liberal acima referida, dando especial atenção aos aspectos relativos à aceitação da sexualidade fora dos contextos reprodutivos, à tolerância face à contracepção, masturbação, homossexualidade, às crenças em relação às DST e à defesa da importância do planeamento familiar/contracepção e da educação sexual. A definição de atitude conservadora faz-se por oposição a esta. Os 20 itens seleccionados foram, portanto, os relacionados com as funções da sexualidade (prazer, afecto, reprodução…), as DST, o planeamento familiar e a educação sexual.

Dado que os termos liberal e conservador estão excessivamente conotados em termos ideológicos, na discussão dos resultados optou-se por utilizar a denominação atitude aberta (liberal) e atitude fechada (conservadora).

1.6 Variáveis em estudo

Tendo em conta os objectivos e hipóteses formuladas diferentes variáveis atributos, dependentes e independentes (tais como definidas por Fortin, 1999) foram consideradas:

- Variáveis Atributos:

- Variáveis de caracterização sociodemográfica, religiosa e escolar: através da recolha de informação sobre estas variáveis procurou-se caracterizar os elementos da amostra em relação a aspectos como o sexo, idade, habilitações dos pais. Pretendeu-se também caracterizar os sujeitos quanto à sua religiosidade e adaptação escolar, por se supor que estas questões poderiam ser relevantes para o estudo.

- Variáveis dependentes:

- Variáveis do comportamento sexual: uma vez que se pretendia verificar o impacto de intervenções no âmbito da educação sexual no comportamento e atitudes sexuais, colocaram-se diversas questões sobre masturbação, experiência sexual, frequência e número de parceiros sexuais, utilização de contraceptivos, idade da primeira relação sexual;

- Atitudes face à sexualidade: dado que, para além do impacto das intervenções de educação sexual no comportamento, se pretendia também perceber o seu efeito nas atitudes face à sexualidade dos adolescentes estas foram observadas através de uma escala, permitindo identificar atitudes mais liberais ou mais conservadoras.

- Variáveis independentes:

- Variáveis da intervenção: o tipo de intervenção e a sua implementação foram as variáveis manipuladas para aferir os efeitos nas variáveis dependentes. Além disso, como já foi referido anteriormente, a implementação do modelo dinâmico e interactivo de promoção do desenvolvimento psicossexual foi também alvo de um estudo qualitativo, com o intuito de fazer uma detalhada avaliação do processo.

1.7 Procedimentos de recolha de dados

Depois de se ter definido a que escola pertenceria cada grupo, de se realizarem sessões de apresentação do projecto e de se terem distribuído panfletos informativos, recolheram-se as inscrições. A partir das inscrições seleccionaram-se aleatoriamente os elementos de cada grupo experimental e constituiu-se o grupo de controlo.

O trabalho de campo decorreu entre Outubro de 2004 e Outubro de 2005. No GE1 os instrumentos de avaliação foram aplicados no início da primeira sessão (pré-teste), na última sessão (pós-teste) e num tempo lectivo cedido para o efeito (follow-up após 6 meses). Nos outros grupos os instrumentos de avaliação foram aplicados em tempos lectivos cedidos para o efeito nos três momentos. Houve um cuidado especial no sentido de verificar que os instrumentos estavam preenchidos na totalidade e também na sua codificação. Tendo em conta as características da investigação, era necessária uma codificação rigorosa no sentido de se conseguir emparelhar os instrumentos de cada elemento da amostra nos três momentos. Optou-se por utilizar o número de aluno como código. Assim em cada momento, era colocado nos instrumentos o número de aluno, fazendo-se depois facilmente o emparelhamento.

A aplicação dos instrumentos foi feita em grupo, tendo a investigadora dado as instruções num primeiro momento e esclarecido dúvidas individualmente ao longo de toda a aplicação. É claro que a temática é propícia a comentários, tendo havido por vezes

necessidade de re-orientar para a tarefa e relembrar que as respostas deveriam ser individuais mas, de uma forma geral, a aplicação dos instrumentos decorreu sem incidentes.

Como já foi anteriormente referido, a amostra era constituída por 105 adolescentes do 8º ano. No entanto, houve algumas oscilações de momento para momento. Assim, no segundo momento houve uma perda de cerca de 4%, passando a amostra a ser constituída por 101 elementos. Esta perda corresponde a quatro alunos que por motivos variados (por exemplo, doença, deslocação a consulta médica) não estiveram presentes no momento da segunda aplicação dos instrumentos. A maior perda em termos de amostra verificou-se no terceiro momento, passando a amostra a contar apenas com 86 elementos, o que corresponde a uma perda de cerca de 18%. Esta perda pode ser explicada pelo facto do terceiro momento decorrer seis meses após a intervenção, o que fez que decorresse já no ano lectivo seguinte, tornando difícil recolher os dados dos alunos que mudaram de escola, abandonaram a escola ou simplesmente reprovaram, para além dos alunos que por qualquer motivo faltaram à escola no dia da terceira aplicação dos instrumentos.

Resta relembrar que a participação no projecto foi voluntária, tendo sido pedida autorização por escrito aos encarregados de educação de todos os alunos.

2. Estratégias de Análise de Dados

2.1 Método Qualitativo - Análise de notas de campo

Tal como foi referido anteriormente, na presente investigação, utilizou-se como intrumentos de recolha de dados qualitativos a observação participante e a elaboração de notas de campo.

As notas de campo têm a limitação de já serem reflexo da análise que o investigador faz da situação, no entanto, é possível torná-las mais fiáveis. Em relação à recolha das notas, Silverman (2000) considera importante seguir duas regras: registar o que se vê e ouve e expandir as notas para além das observações imediatas. Estas sugestões foram levadas em conta, tendo-se elaborado as notas de campo obedecendo aos quatro passos propostos por Spradley (1979 *cit. in* Silverman, 2000):

- Tirar notas breves no momento;

- Expandir as notas o mais cedo possível depois de cada sessão;
- Fazer um registo de problemas e ideias que surjam durante as sessões;
- Fazer um registo provisório de análises e interpretações.

Silverman (2000) afirma ainda que nos estudos qualitativos raramente estão disponíveis as notas de campo ou as transcrições e que isso poderia ser uma estratégia importante por permitir a quem lê os estudos validar as interpretações e conclusões a que se chegou. Todas as notas de campo do presente estudo encontram-se em anexo, em suporte informático.

No final da intervenção, procedeu-se à análise de conteúdo das notas de campo de todas as sessões. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens e envolve três etapas (Bardin, 2006): a) fase de categorização, através da classificação dos elementos de significação que constituem a mensagem vão-se atribuindo categorias aos segmentos das comunicações; b) fase de inferência, através da análise das mensagens inferem-se dados e informações acerca do emissor da mensagem ou dos seus contextos de vida; e c) fase de interpretação, na qual se atribui significado ao texto analisado.

No sentido de tornar mais fiável a análise efectuada, todas as notas de campo foram lidas por dois juízes independentes e discutidas no âmbito do Seminário de Orientação, tendo sido feitas algumas alterações, nomeadamente ao nível da codificação, de modo a alcançar-se consenso.

2.2 Tratamento estatístico

Nos dois instrumentos realizou-se uma análise descritiva univariada e multivariada, ou seja, analisou-se cada uma das variáveis seleccionadas, individualmente ou cruzando-as com outras variáveis, efectuando-se a análise de frequências para as variáveis qualitativas e o cálculo de médias e desvios-padrão para as variáveis quantitativas.

Além destes procedimentos, em relação à segunda parte da ECAS, começou-se por realizar uma análise da consistência interna (Cronbach), no sentido de verificar a existência ou não de itens que afectassem a consistência da análise dos dados da

escala. Foram retirados os itens que faziam baixar a consistência da análise. Após este primeiro procedimento, realizou-se uma Análise Factorial de Componentes Principais, com rotação Varimax. Os critérios definidos para a análise de componentes (ou factores) principais foram:

- Regra de Kaiser, são retidos os factores com valores próprios superiores a 1;
- Inclusão, no mínimo, de três itens em cada factor;
- A percentagem da variância total que é explicada pela solução factorial deve ser superior a 45%;
- Uma análise de consistência interna total com um bom grau de fidelidade, ou seja, resultados do alpha de Cronbach iguais ou superiores a 0,7;
- Solução factorial coerente.

Quanto aos critérios para reter um item num factor foram tidos em conta os seguintes:

- Saturação igual ou superior a 0,4 no factor hipotético;
- Análise de consistência interna de cada factor (resultados do alpha de Cronbach iguais ou superiores a 0,7);
- A retirada do item não deveria fazer baixar a fidelidade do suposto factor;
- Item não redundante com outro item no mesmo factor.

Foram também eliminados da análise os itens que apresentavam valor negativo na matriz invertida pelo método varimax, dado que estes afectam a consistência dos componentes.

Através da Análise Factorial de Componentes Principais verificou-se a existência de 8 componentes. Após a eliminação dos itens com valor negativo e observação da matriz de componentes foram excluídos dois por não incluírem pelo menos três itens (segundo o critério previamente definido). Chegou-se assim a uma solução final com 6 componentes principais e 25 itens.

Uma vez neste ponto procedeu-se à testagem da normalidade da amostra, procedimento que não verificou este importante pressuposto. Assim, tendo em conta que o principal construto que interessava avaliar eram as atitudes sexuais e mais especificamente o liberalismo/conservadorismo, foi feita uma análise dos itens com o objectivo de determinar a sua validade de conteúdo. Segundo Almeida & Freire (2003) a validade de conteúdo relaciona-se com encontrar um paralelismo entre aquilo que o teste pretende avaliar e o conteúdo dos itens que o compõem. Segundo os autores, através de

uma tabela de especificações pode analisar-se em que medida os aspectos mais importantes da definição operacional do construto aparecem reunidos nos itens da escala, salvaguardando-se o critério da relevância. A mesma tabela permite verificar se os itens que aparecem com maior frequência ou ponderação correspondem às definições mais importantes da descrição do construto (critério de representatividade). Seguindo as orientações destes autores, realizou-se essa análise dos itens e chegou-se a uma selecção dos 20 itens que mais se relacionam com o construto de liberalismo/conservadorismo, tendo-se optado por calcular um score total desse conjunto de itens. Tendo em conta que a análise na base desta selecção de itens se trata de uma análise qualitativa, substantiva e bastante difícil (*ibidem*), calculou-se uma correlação não paramétrica de Spearman para cada item e o resultado da escala total, tendo-se concluído perante os resultados que estes itens medem, de facto, o mesmo construto. Por fim, realizou-se uma análise de medidas repetidas, no sentido de verificar a existência ou não de diferenças significativas entre os grupos nos três momentos de avaliação.

Como suporte para o tratamento dos dados e realização das análises estatísticas atrás referidas foi utilizado o software SPSS 13.0, versão para Windows.

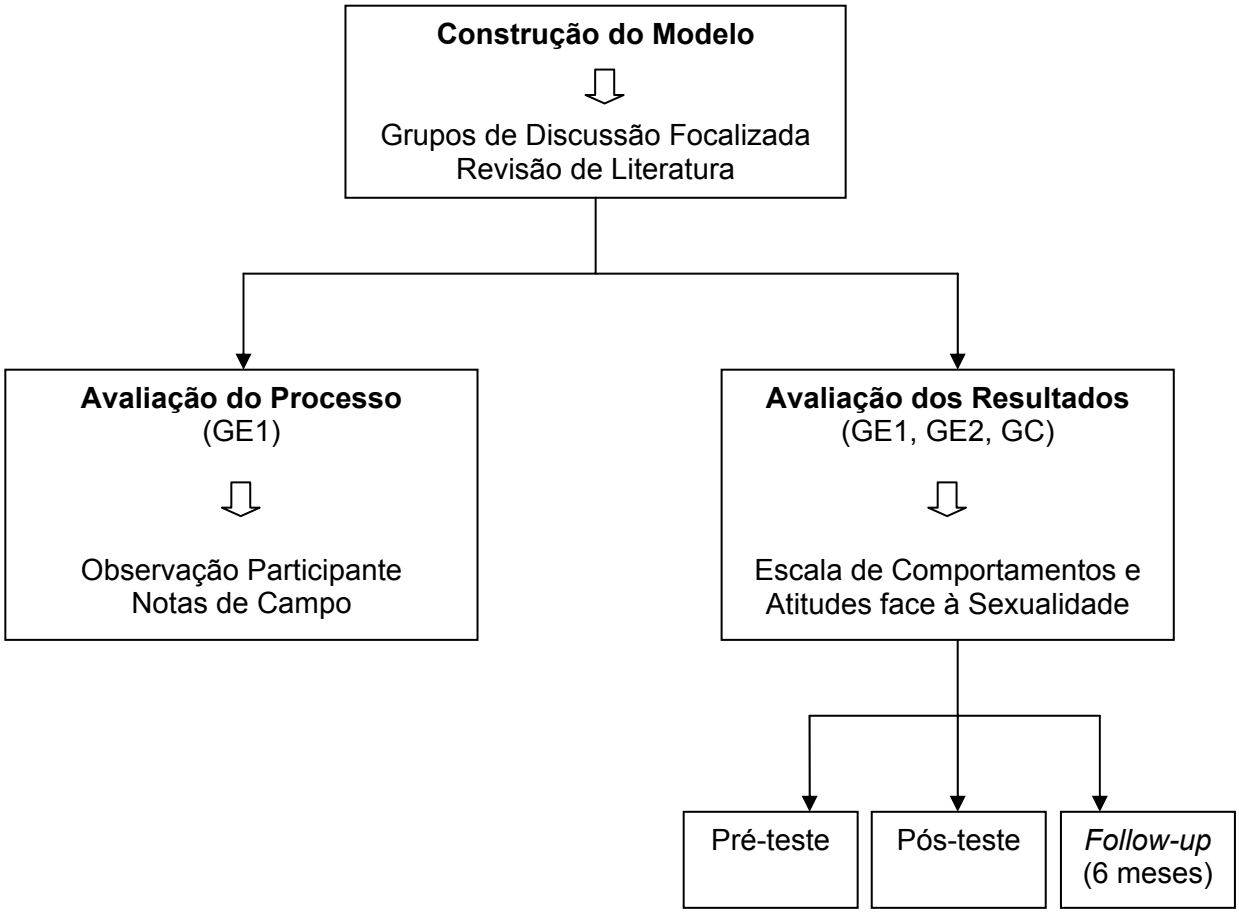
3. Apresentação de resultados

3.1 Modelo Empírico

Optou-se por fazer uma apresentação esquemática do modelo empírico subjacente à presente investigação (Esquema 1) antes da apresentação dos resultados, no sentido de realçar os aspectos metodológicos envolvidos e de tornar mais clara a leitura dos resultados. Como já foi referido anteriormente, trata-se de um estudo multimétodo, com diferentes fases e objectivos. A primeira fase corresponde à construção de um modelo de educação sexual a ser implementado em meio escolar, para tal realizaram-se grupos de discussão focalizada com alunos e professores e efectuou-se uma ampla revisão da literatura existente. Com esta primeira fase, pretendia-se conferir validade ecológica ao modelo e contribuir para a sua eficácia. A segunda fase consistiu na implementação desse modelo e na avaliação de todo o processo, através de uma metodologia qualitativa. Realizaram-se duas intervenções: uma que corresponde ao

modelo desenvolvido (18 sessões - modelo dinâmico e interactivo), com um cariz inovador, e outra que consistia em apenas uma sessão expositiva, metodologia próxima do que habitualmente acontece nas escolas. Para além dos grupos experimentais (constituidos pelos participantes do modelo dinâmico e interactivo – GE1- e da sessão expositiva – GE2), foi também constituído um grupo de controlo (GC), que não beneficiou de qualquer tipo de intervenção. Na terceira fase (que decorre em parte em simultâneo com a implementação das intervenções), procedeu-se à avaliação dos resultados, a partir da análise quantitativa dos dados recolhidos, antes da intervenção, imediatamente após a intervenção e seis meses depois da intervenção.

Esquema 1: Modelo Empírico do Estudo



3.2 Construção do modelo

3.2.1 Contextualização

Num primeiro momento realizaram-se grupos de discussão focalizada no sentido de recolher dados relevantes para a construção do modelo de intervenção através da análise das representações sociais da educação sexual de professores e adolescentes. Com esta primeira fase da investigação pretendia-se também conferir maior validade ecológica ao modelo de intervenção a construir, potenciando assim a sua eficácia. Para Soczka (2000), a validade ecológica da investigação em psicologia é, fundamentalmente, uma questão de procurar "uma psicologia das pessoas nos seus cenários de vida reais, capaz de responder às interrogações acerca das transacções entre os processos psicológicos e as acções humanas, e os contextos e cenários quotidianos em que elas se desenrolam" (p. 503). É fundamental, portanto, que as intervenções dos psicólogos, se desenvolvam *com* as pessoas (tendo em conta os seus contextos, as suas representações, significados e visões do mundo) e não *para* as pessoas (partindo apenas daquilo que se julga já saber).

Foi neste sentido que se realizou este estudo das representações sociais da educação sexual, na linha do que Winkel (1991) considera como a chave da sua definição de validade ecológica: a ênfase na compreensão dos significados e interpretações das pessoas, sendo esses significados e interpretações de grande relevância para a compreensão do comportamento observado.

As representações sociais são conjuntos estruturados de opiniões, que organizam as relações entre os indivíduos e os grupos (Doise, 1990 *cit. in* Poeschl, 2001/2002). O conceito de representação social "articula-se, por um lado, com conceitos mais *psicológicos* que lhe estão próximos, como os de imagem, atitude, crença, estereótipo, etc. e, por outro lado, com campos conceptuais mais amplos e mais *sociológicos*, como os de sistema de valores, ideologia e cultura" (Vala, 1984 *cit. in* Soczka, 1988).

3.2.2 Grupos de discussão focalizada

Realizaram-se quatro grupos de discussão focalizada (*focus group*), três de adolescentes e um de professores.

A metodologia dos grupos de discussão focalizada, vulgarmente utilizada em áreas como o *marketing*, tem vindo a revelar-se de grande utilidade para a investigação no âmbito das ciências sociais e humanas (Harper & Ellertson, 1995). Trata-se de uma técnica de investigação que recolhe dados sobre um tópico definido pelo investigador, através da interacção em grupo. "Na essência, é o interesse do investigador que fornece o *foco*, embora os dados em si provenham da interacção do grupo." (Morgan, 1997, p. 6). Entre muitas outras aplicações, são frequentemente utilizados como apoio à construção de questionários e, tal como no presente estudo, para desenvolver o conteúdo de programas e intervenções. No que diz respeito mais especificamente à área da sexualidade, a metodologia dos grupos de discussão focalizada é usada, de forma muito comum, para discutir temas como o planeamento familiar e as doenças sexualmente transmissíveis (*ibidem*). A grande vantagem desta metodologia prende-se com a sua capacidade de produzir uma quantidade significativa de informação sobre as temáticas visadas pelo investigador, sendo mesmo conhecida por ser uma forma "*quick and easy*" (rápida e fácil) de obter dados tão fiáveis como, nomeadamente, os recolhidos através de entrevistas individuais.

Morgan (1997) refere quatro regras que têm sido apontadas como fundamentais em estudos com grupos de discussão focalizada: 1) utilizar uma amostra homogénea de desconhecidos; 2) seguir um guião relativamente estruturado e haver alto envolvimento por parte do moderador; 3) organizar grupos com 6 a 10 participantes; e 4) realizar entre três a cinco grupos.

3.2.3 Participantes

Utilizou-se como amostra uma turma do 8º ano do 3º CEB, por se tratar precisamente do grupo-alvo, e um grupo de professores também do 8º ano. Não é possível cumprir a regra da utilização de amostras de desconhecidos quando os estudos ocorrem em instituições onde os sujeitos estão já organizados em grupos naturais, tal como no caso das turmas numa escola. No entanto, considera-se que o conhecimento prévio não teve um papel relevante no caso da temática em questão, antes pelo contrário, o facto de se conhecerem facilitou a abordagem de um tema por muitos considerado como algo incómodo. Realizaram-se quatro grupos de discussão focalizada numa escola EB 2/3 de Viana do Castelo:

- um grupo de professores (n=8), que leccionavam Língua Portuguesa e Inglês ou Francês (3), Físico-Química (1), Educação Moral (1), Geografia (1) e Ciências da Natureza (2) e todos eram Directores de Turma do 8º ano pelo que eram também responsáveis pela área de Formação Cívica;
- três grupos de adolescentes (n= 25, com aproximadamente o mesmo número de rapazes e raparigas e idade média de 13 anos), um só com rapazes, um só com raparigas e um misto. Com esta segmentação por sexo pretendia-se avaliar a existência ou não de diferenças entre rapazes e raparigas no que diz respeito às representações em relação à educação sexual.

3.2.4 Procedimento

Os grupos tiveram entre oito e nove participantes e as sessões de discussão duraram cerca de 60 minutos. Foi utilizado um guião estruturado com as questões a abordar e o moderador assumiu um papel activo na condução das sessões, já que "abordagens mais estruturadas dos grupos de discussão focalizada são especialmente úteis quando existe uma forte agenda prévia da parte do investigador. Quer a entrevista estruturada quer um elevado nível de envolvimento do moderador contribuem para ir ao encontro dessa agenda" (Morgan, 1997, p. 39), tal como acontece neste estudo.

O guião centrava-se em diversos tópicos relevantes para a construção do modelo de intervenção a implementar em contexto escolar (Quadro 5), já que permitiam perceber a atitude face à educação sexual na escola, a forma como consideram que deve ser implementada e quais as temáticas a abordar, as fontes de informação a que recorrem e disponibilidade para participar em actividades de educação sexual.

O guião utilizado foi basicamente o mesmo quer para os adolescentes quer para os professores. No caso dos professores, quis-se perceber até que ponto se sentem preparados para assumir a responsabilidade pela abordagem destas temáticas e qual tem sido o seu envolvimento em iniciativas no âmbito da educação sexual.

Guião dos Grupos de Discussão Focalizada
(1) Introdução/Apresentação dos objectivos do estudo
(2) Opinião face à Educação Sexual na escola
● Favoráveis ou desfavoráveis
● Disciplina independente, abordada em várias disciplinas ou nas áreas curriculares não disciplinares
(3) Características da Educação Sexual
● Quem deveria dinamizar essa área
● Em que ano de escolaridade
● Temáticas a abordar
● Actividades a desenvolver
● Dinamizada em grande ou pequeno grupo
(4) Fontes de informação (só para os adolescentes)
● A quem recorrem quando têm dúvidas
● Participação em acções de educação sexual (Já participaram/Gostariam de participar)
(5) Envolvimento na dinamização da educação sexual na escola (só para professores)
● Tipo de iniciativas desenvolvidas pela escola nesta área
● Implementação da educação sexual na escola (Sentem-se preparados / Frequentaram formação/Sentem necessidade de formação)

Quadro 5: Guião dos grupos de discussão focalizada

As sessões foram gravadas e transcritas, após o que se procedeu à análise de conteúdo dos dados recolhidos. Assim, num primeiro momento, procedeu-se à codificação dos discursos que se baseou na atribuição de um tema aos diferentes segmentos dos discursos. Após esta análise temática, realizou-se a categorização. O processo de categorização foi facilitado pela definição prévia de categorias, baseadas nos objectivos do estudo. No Quadro 6 são apresentadas as categorias, subcategorias e respectivas definições utilizadas na análise de conteúdo.

Categoria	Subcategoria	Definição
Educação sexual em meio escolar (ESME)	Concordância com a implementação da ESME	Razões da concordância com a abordagem da ESME
	Concordância com a criação de uma disciplina específica	Razões da concordância com a criação de uma disciplina específica de ES
	Concordância com a interdisciplinaridade e inclusão nas áreas curriculares não disciplinares	Razões para a concordância com a abordagem interdisciplinar da ES e inclusão nas áreas curriculares não disciplinares
	Alternativas aos modelos propostos	Sugestões de modelos alternativos quer à criação de uma disciplina específica quer à interdisciplinaridade e inclusão nas áreas curriculares não disciplinares
Características da educação sexual em meio escolar	Perfil do responsável pela implementação da educação sexual	Características do responsável pela implementação da educação sexual, no que diz respeito à sua formação de base, pertença ou não à comunidade escolar e género
	Ano de escolaridade a iniciar a abordagem das questões de educação sexual	Ano de escolaridade considerado mais adequado para o início da abordagem das questões de educação sexual
	Temáticas a abordar	Temas considerados necessários e pertinentes a serem abordados no âmbito da educação sexual
	Actividades a desenvolver	Actividades consideradas mais adequadas a desenvolver no âmbito da educação sexual
	Forma de dinamização	Sugestões em relação à forma como a educação sexual deveria ser dinamizada (pequeno e/ou grande grupo)
Fontes de informação (Adolescentes)	Exposição de dúvidas	A quem recorrem quando têm dúvidas relacionadas com questões sexuais
	Participação em acções de educação sexual	Opinião sobre as acções de educação sexual nas quais participaram ou sobre o facto de não terem participado em acções sobre estas temáticas
Envolvimento na dinamização da educação sexual em meio escolar (Professores)	Acções de formação na área da educação sexual	Participação ou necessidade de participação em acções de formação nesta área no sentido de se prepararem para a implementação da educação sexual em meio escolar
	Experiências de abordagem formal da educação sexual em meio escolar	Abordagem do tema da educação sexual a propósito dos conteúdos da disciplina leccionada, no âmbito das áreas curriculares não disciplinares ou de um projecto específico
	Experiências de abordagem informal da educação sexual em meio escolar	Abordagem do tema fora do âmbito do contexto disciplinar, decorrente da relação interpessoal com os alunos ou de forma implícita

Quadro 6: Sistema de categorias, subcategorias e respectivas definições – *Focus Group*

3.2.5 Resultados

Nota-se uma grande consistência entre os resultados dos diferentes grupos de adolescentes, não existindo diferenças relevantes em função da segmentação por sexo. No entanto, é possível verificar algumas diferenças entre adolescentes e professores.

Educação Sexual em Meio Escolar

Todos os adolescentes da amostra consideram que deveria haver educação sexual na escola, apontando razões como o facto de ser muito importante estarem informados sobre "*os perigos que correm*", para se evitar a gravidez não desejada e para "*não cometerem erros*".

Os professores também concordam com a necessidade de se abordar esta temática na escola ("*Nós bem vemos que é preciso ajudá-los em relação a estes temas*..."). Consideram que, apesar do acesso facilitado a inúmeras fontes de informação, os jovens continuam a estar mal informados e referem que a gravidez na adolescência é uma realidade com a qual se confrontam todos os anos lectivos.

Relativamente à forma de implementação da educação sexual, surgem diferenças entre adolescentes e professores. Os adolescentes são favoráveis à criação de uma disciplina específica de educação sexual, embora também coloquem a possibilidade de ser abordada nas áreas curriculares não disciplinares ("*Mas tem mesmo que se falar disso...*"). Consideram que, em qualquer dos casos, deveriam também ser dinamizadas actividades extra-curriculares para toda a escola. Uma das vantagens que apontam para a existência de uma disciplina específica é a homogeneização das temáticas e formas de abordagem ("*Para não haver uns professores a tratarem as coisas de uma maneira e outros de outra*"). No grupo só de rapazes surgiu a questão de que essa disciplina "*não devia ter testes*", devia ser essencialmente "*para ouvir e tirar dúvidas*".

Já os professores manifestam-se contra a criação de mais uma disciplina específica, mostrando-se em desacordo com "*a política de criar disciplinas para tudo e mais alguma coisa*". Consideram que a criação das áreas disciplinares não curriculares, para as quais não foram preparados, resultou apenas na sobrecarga do horário dos alunos e na desvalorização dessas áreas pelo facto de não terem avaliação. Os professores estão de acordo quanto à não criação de uma disciplina específica, mas as opiniões dividem-se quanto à forma de implementar a educação sexual. Alguns são favoráveis a uma abordagem transdisciplinar, outros referem que a educação sexual deveria fazer parte do programa de uma disciplina, nomeadamente, da disciplina de Ciências da Natureza. As professoras dessa disciplina presentes no grupo, esclareceram que a temática da sexualidade faz parte do programa desde o 1º CEB, embora seja no 9º ano que se abordam com mais pormenor os aparelhos reprodutores numa perspectiva meramente biológica, o que consideram não ser suficiente. Nenhum dos professores é

totalmente favorável à inclusão da Educação Sexual na área de Formação Cívica, pois "*não faz sentido misturar coisas como a educação rodoviária ou a educação ambiental com a educação sexual*". Depois de alguma discussão chegaram a um consenso, apresentando a alternativa da educação sexual se organizar por seminários, como acontece com certas disciplinas ou áreas que se abordam apenas num período.

Características da Educação Sexual em Meio Escolar

Esta é uma categoria em que surgem também diferenças entre adolescentes e professores.

Quanto ao perfil do responsável pela implementação da educação sexual, houve respostas muito variadas: um dos grupos considera que deveria ser um profissional externo (por exemplo, uma enfermeira), enquanto que os outros referem que deveria haver um professor responsável/especializado. Todos concordam num aspecto: preferiam que fosse uma mulher ("*são mais compreensivas*"), mesmo reconhecendo que os rapazes talvez preferissem abordar alguns assuntos com um homem. Por seu lado, os professores consideram que a educação sexual deveria ser da responsabilidade de um psicólogo, já que na sua opinião a maioria dos professores não tem preparação para isso e é necessário um perfil e formação específica para abordar esta temática.

Relativamente ao ano de escolaridade a iniciar a abordagem das questões de educação sexual, adolescentes e professores estão de acordo ao apontar o 3º CEB como o mais adequado, sendo o 8º ano o que reúne maior consenso. Um dos rapazes justificou a escolha do 8º ano dizendo que "*estamos mais preparados para levar as coisas a sério sem nos rirmos*", enquanto que uma professora refere "*No 7º ano ainda são muito inocentes, no 9º ano já aparecem grávidas*". A única excepção foi o grupo só de raparigas que aponta como ano mais adequado o 7º ano por ser "*quando começamos a pensar mais em namorados*".

Quanto às temáticas a abordar, os adolescentes referem a adolescência e as mudanças da puberdade, os órgãos sexuais, a gravidez, as doenças sexualmente transmissíveis, os métodos contraceptivos e a primeira vez. De referir, que no grupo só de raparigas referiram que se deveria abordar a excitação feminina ("*como se sabe que uma mulher está excitada*") e que no grupo só de rapazes uma das sugestões foi explicar "*como se conquista uma mulher*".

Os professores enfatizam a importância de abordar a sexualidade sempre em simultâneo com os afectos e as emoções. Consideram mesmo que embora seja necessário abordar os aspectos anatómicos e fisiológicos, o mais importante são os afectos e as questões do respeito pelos outros e da aceitação da diferença.

Quanto às actividades a desenvolver, os adolescentes referem que devem ser aulas mais activas ("*não pode ser só conversa porque é uma seca*") e práticas (dão o exemplo de demonstrar a forma de colocar um preservativo). Sugerem actividades como ver filmes, apresentações multimédia e todos concordam que o importante é "*haver muito tempo para colocar dúvidas e podermos falar à-vontade*". Os professores concordam com o facto da abordagem da educação sexual implicar um maior dinamismo e flexibilidade que as aulas das outras disciplinas.

Em relação à forma de abordagem, os adolescentes consideram que seria melhor abordar a educação sexual em pequenos grupos porque estariam mais à-vontade, embora pudesse haver algumas actividades para a turma toda. Os professores, embora reconheçam vantagens à abordagem em pequeno grupo, consideram difícil concretizar essa possibilidade.

Fontes de Informação (Adolescentes)

Os adolescentes referem que expõem as suas dúvidas aos pais, irmãos mais velhos e amigos ou procuram informação através de livros, televisão e *internet*. As raparigas referem mais a mãe como fonte de informação, embora salientem que quando falam com as mães "*não é bem sobre sexualidade, é mais sobre o período e essas coisas*". Os rapazes indicam mais os irmãos mais velhos, uma vez que "*não corremos o risco de nos gozarem como acontece, às vezes, com os colegas*". Em todos os grupos foi feita referência ao facto de ser difícil falar com as pessoas mais velhas.

Como actividades de educação sexual em que já participaram, referem apenas as aulas de Ciências em que abordaram os aparelhos reprodutores e um livro que lhes deram no 6º ano sobre a adolescência. De uma forma global, valorizam essas abordagens mas consideram-nas insuficientes ("*Não é a mesma coisa darem um livro ou falar e pôr as nossas dúvidas*"). Todos gostariam de participar em actividades de educação sexual.

Envolvimento na Dinamização da Educação Sexual em Meio Escolar (Professores)

Alguns professores devido à disciplina que leccionam tinha a experiência de abordar as questões relacionadas com a sexualidade mas nenhum tinha estado directamente envolvido na dinamização de acções ou projectos específicos nesta área. Na escola em questão, os professores referem que decorreu uma actividade sobre doenças sexualmente transmissíveis no âmbito de uma tese de mestrado e a realização de um projecto em que os alunos colocavam dúvidas de forma anónima e depois se faziam sessões de esclarecimento dessas dúvidas. No entanto, há dois anos que a escola não dinamizava qualquer actividade no âmbito da educação sexual.

Ainda que reconheçam que muitas vezes as questões da sexualidade acabam por ser abordadas fora do âmbito do contexto disciplinar, no decurso da relação interpessoal com os alunos ou de forma implícita, nenhum professor do grupo se sente preparado para assumir a responsabilidade pela educação sexual. Consideram a temática incómoda e têm receio de transmitir informações e valores diferentes daqueles que os pais transmitem em casa. Na sua opinião a relação aluno/professor não é a mais indicada para a abordagem da educação sexual, pois consideram ser necessária uma relação mais próxima e flexível do que a que os professores podem permitir.

Dos professores do grupo, apenas dois já tinham frequentado formação sobre educação sexual mas consideraram essas formações não foram úteis para a sua prática profissional por terem sido demasiado teóricas e desfasadas da realidade das escolas.

3.2.6 Conclusão

Os resultados obtidos com este estudo exploratório foram levados em conta na construção do projecto de intervenção implementado no âmbito desta investigação. Tal como já se referiu na terceira parte desta dissertação, constatou-se uma razoável concordância entre aquilo que os adolescentes e os professores valorizaram em termos de educação sexual e aquelas que têm vindo a ser apontadas na literatura como sendo as características dos programas eficazes. Apenas ao nível dos conteúdos isso não é tão claro, já que os adolescentes parecem evidenciar uma perspectiva da sexualidade muito ligada aos aspectos da anatomia e fisiologia e os professores parecem enfatizar quase

exclusivamente a dimensão afectiva. Na construção do *Sexualidade: Vamos conversar sobre isso?* optou-se por uma abordagem abrangente de conteúdos, enfatizando as diferentes dimensões da sexualidade.

3.3 Avaliação do processo

Como já foi referido anteriormente, na presente investigação recorreu-se à observação participante e à elaboração de notas de campo detalhadas, notas essas em relação às quais se realizou uma análise de conteúdo.

Começou-se pela codificação dos textos das notas de campo de todas as sessões que se baseou na atribuição de um tema aos seus diferentes segmentos. Depois desta análise temática, realizou-se a categorização. O processo de categorização foi complexo, dado que, em ordem a não condicionar a observação participante, não foi feita uma definição prévia de categorias. No Quadro 7 são apresentadas as categorias, subcategorias e respectivas definições resultantes da análise de conteúdo.

De seguida, apresentam-se mais detalhadamente as categorias e subcategorias resultantes da análise de conteúdo, incluindo-se segmentos das notas de campo de forma a ilustrar e a substanciar os resultados obtidos.

Categoria	Subcategoria	Definição
Dinâmica do Grupo	Postura na sessão	Reacções face à sessão e actividades propostas
	Interacção intra-grupo	Características da interacção entre os diferentes elementos do grupo
Actividades	Actividades principais	Principais tipos de actividades desenvolvidas ao longo das sessões
	Adesão às actividades	Reacções dos elementos do grupo às actividades e seu desenvolvimento
	Implementação	Forma como as actividades resultaram na prática, potencialidades e dificuldades
Papel da facilitadora	Funções	Principais funções da facilitadora no decurso das sessões
	Características relacionais	Principais características relacionais da facilitadora ao longo das sessões
	Características pedagógicas	Principais características pedagógicas da facilitadora ao longo das sessões
Indicadores do impacto das sessões	Conhecimento	Referência a situações em que os elementos do grupo demonstraram ter adquirido conhecimento sobre as temáticas abordadas
	Atitudes	Referência a situações reveladoras das atitudes dos elementos do grupo
	Aplicação a outros contextos	Referência a situações em que os conteúdos ou actividades das sessões foram utilizados noutros contextos

Quadro 7: Sistema de categorias, subcategorias e respectivas definições - *Fieldnotes*

3.3.1 Dinâmica do grupo

Para esta categoria definiram-se duas subcategorias: postura na sessão e interacção intra-grupo. De referir que para qualquer uma destas subcategorias se verifica um efeito do tempo, sendo os resultados bastante diferentes se estivermos a analisar as sessões iniciais ou as finais. Este aspecto será enfatizado na análise de cada uma das subcategorias.

3.3.1.1 Postura na sessão

Esta subcategoria refere-se às reacções dos elementos do grupo à sessão e actividades propostas. Enquadram-se aqui reacções muito diferentes que vão de um certo desconforto, resistência às actividades e reduzida participação a um maior à-vontade, total adesão às actividades e intensa participação. Independentemente dessas reacções, é preciso salientar que o interesse pelos temas abordados foi uma constante.

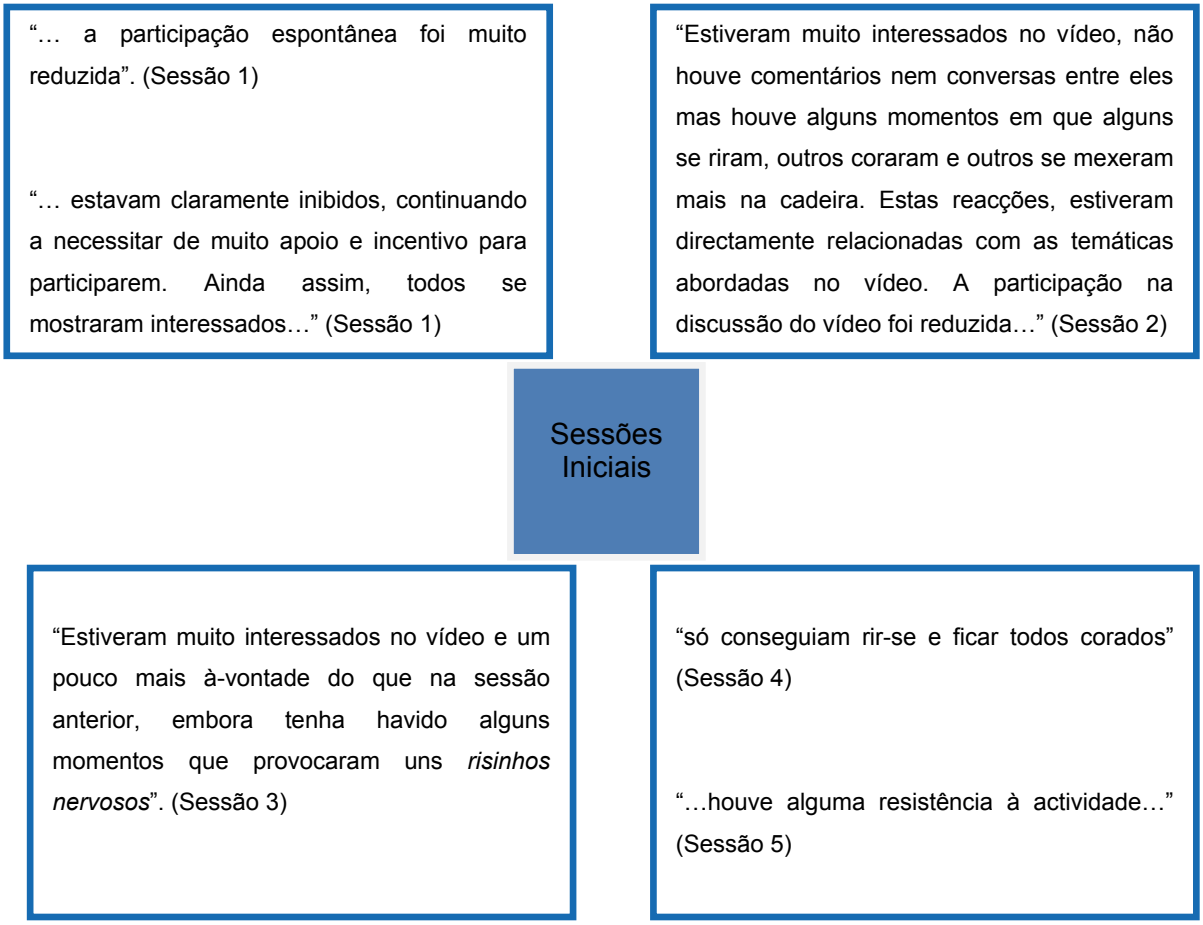


Figura 9: Postura na sessão – Sessões iniciais

Nas sessões iniciais, a postura do grupo caracterizava-se por um certa inibição que resultava numa reduzida participação espontânea e alguma resistência às actividades. Além disso, havia também algum desconforto, expresso em comportamentos como corar, mexer-se na cadeira e *risinhos nervosos*. A partir de uma fase intermédia das sessões, essa postura começou a mudar, passando a participação a ser espontânea,

havendo maior à-vontade e grande adesão e entusiasmo face às actividades. Um bom exemplo dessa evolução é o comportamento em relação à demonstração da utilização do preservativo: "Quando chegamos à parte da demonstração da utilização de um preservativo, não senti qualquer constrangimento, estiveram todos muito atentos e fizeram algumas perguntas. Acho que revelaram muita maturidade nesta situação" (Sessão 11). Considera-se que essa mudança ocorreu devido à construção de um sentido de grupo e de uma relação empática com a facilitadora. Os excertos das notas de campo que se apresentam nas Figuras 9 e 10 ajudam a ilustrar isso mesmo.

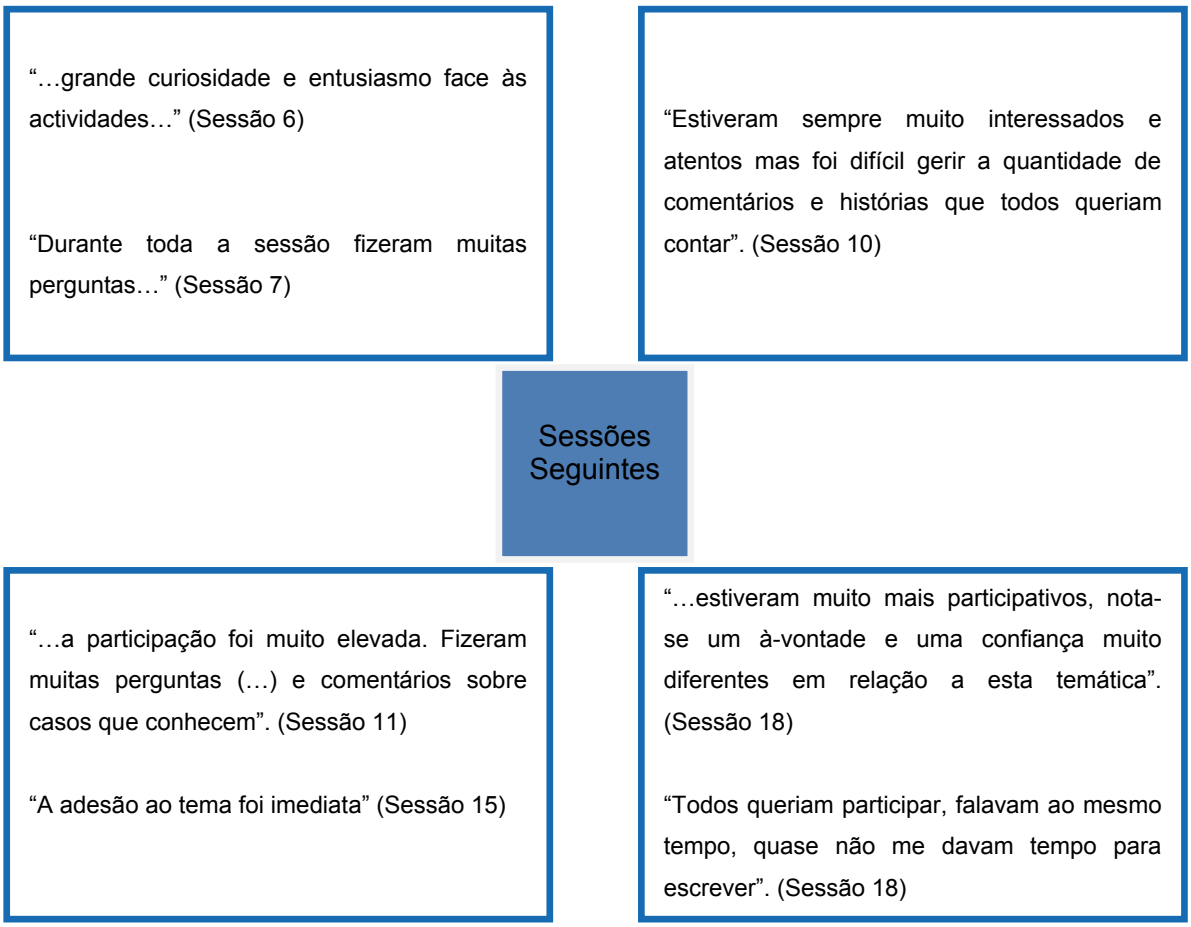


Figura 10: Postura na sessão – Sessões seguintes

3.3.1.2 Interacção intra-grupo

Esta subcategoria refere-se às características da interacção entre os diferentes elementos do grupo. Tal como aconteceu na subcategoria anterior, também nesta se notam grandes diferenças ao longo das sessões. Inicialmente não existia propriamente um grupo, havia divisões em pequenos sub-grupos e muito pouca interacção em grande grupo, além de uma postura de rejeição de pelo menos um elemento (situação que viria a ser totalmente ultrapassada). Com o decorrer das sessões criou-se um sentimento de grupo, passando a haver maior interacção em grande grupo, caracterizada pelo à-vontade, confiança e entre-ajuda.

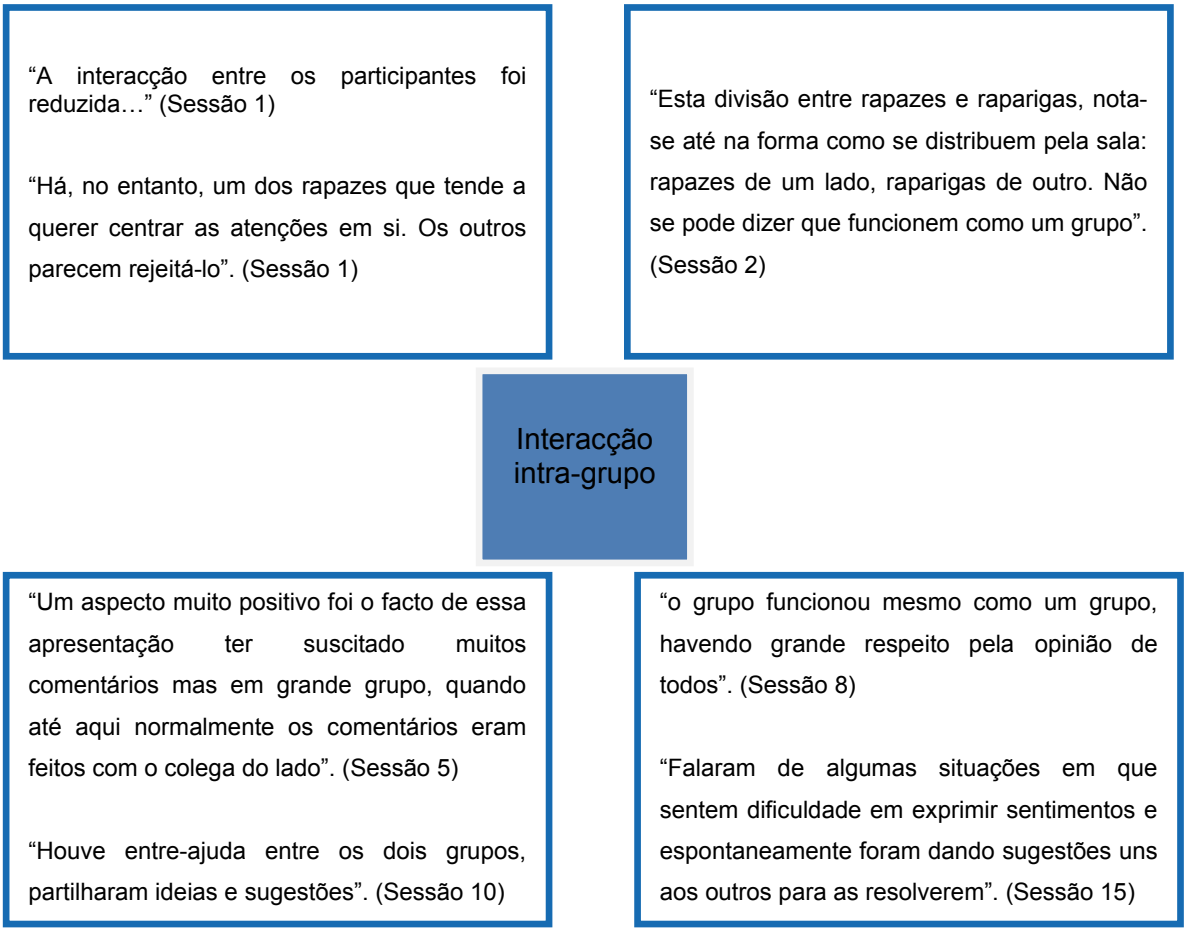


Figura 11: Interacção intra-grupo

3.3.2 Actividades

A categoria Actividades é constituída por três subcategorias: Actividades principais; Adesão às actividades e Implementação. Estas três subcategorias permitem obter uma visão global do que foi feito nas sessões, da forma como as actividades foram recebidas pelos elementos do grupo e de como resultaram na prática.

3.3.2.1 Actividades principais

As notas de campo de todas as sessões incluem referências às actividades desenvolvidas. A primeira e última sessão (sessões 1 e 18 respectivamente) foram essencialmente dedicadas ao preenchimento dos instrumentos de avaliação. Nas restantes sessões desenvolveram-se essencialmente dois tipos de actividades: actividades expositivas e actividades dinâmicas/interactivas. Nas actividades de cariz mais expositivo incluem-se as apresentações multimédia (sessões 4, 5, 7, 9, 10, 11, 13), os vídeos educativos (sessões 2, 3 e 12), a leitura de livros ou histórias (sessões 14 e 15) e a análise de documentos (sessões 5, 14, 15, 16, 17). Das actividades mais dinâmicas e interactivas fazem parte dramatizações (sessões 5, 9, 12), role-playing (sessões 15, 16 e 17), brainstorming (sessões 2, 8, 18), jogos (sessões 11 e 14), trabalho em pequeno grupo (sessões 3, 5, 10, 13 e 14), debate em painel duplo (sessão 12) e dinâmicas diversas ("Escultura" – sessão 6; "Roda de Cadeiras" – sessão 7; "Presente da alegria" – sessão 16; "Dizer sem palavras" – sessão 17).

3.3.2.2 Adesão às actividades

Esta sub-categoria está essencialmente relacionada com a forma como os elementos do grupo reagiram às actividades e a avaliação que delas fizeram. Embora a receptividade às actividades tenha sido, genericamente, muito boa, houve algumas actividades que suscitaram alguma resistência inicial. No entanto, essa resistência parece estar mais relacionada com a postura nas sessões e a interacção intra-grupo do que com as características das próprias actividades. Este aspecto é ilustrado pelo facto de o mesmo tipo de actividade ter gerado alguma resistência quando implementado nas sessões iniciais, o mesmo não ocorrendo em sessões mais intermédias. Algumas dessas

actividades, como as dramatizações, implicam uma grande exposição face ao grupo, pelo que são de mais fácil implementação se já se tiver criado um clima de confiança.

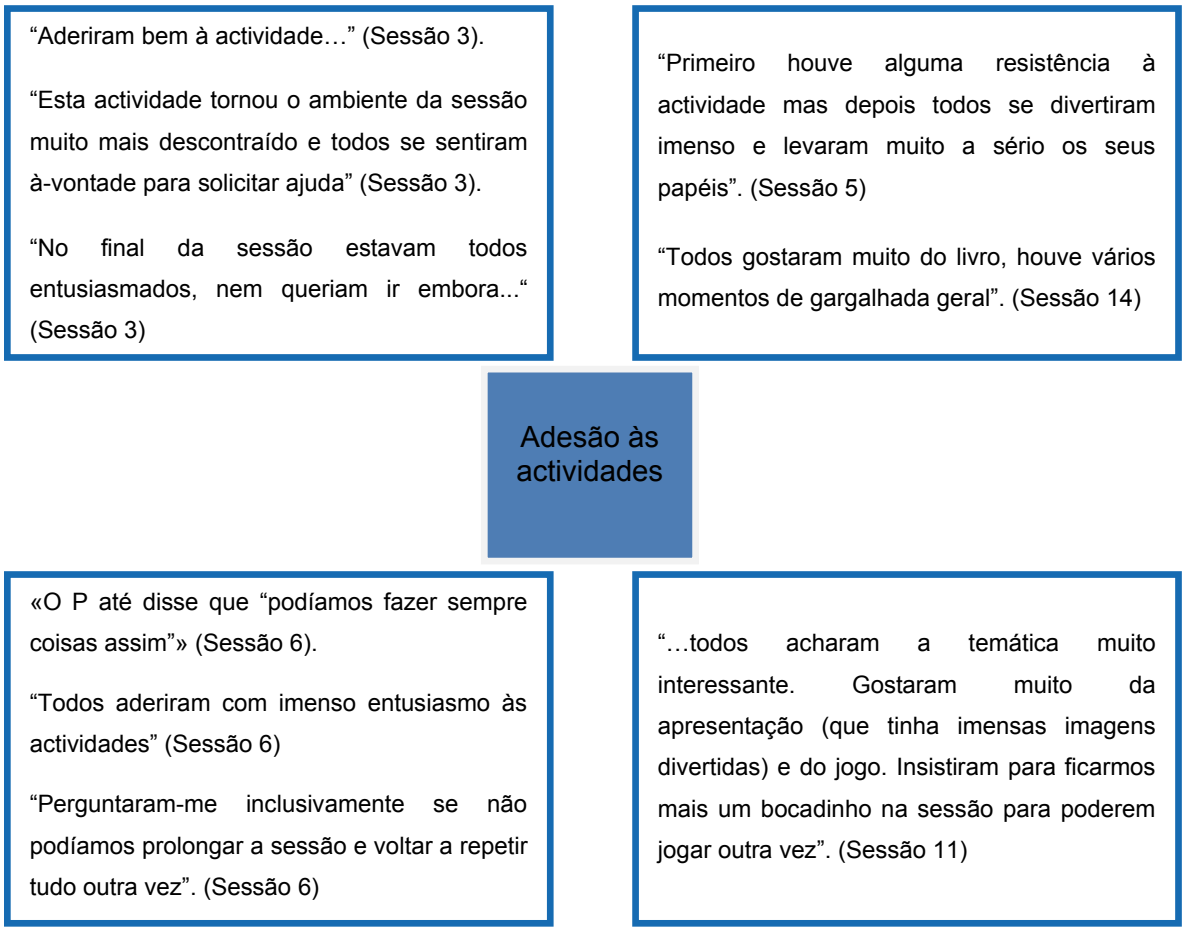


Figura 12: Adesão às actividades

3.3.2.3 Implementação

Esta subcategoria diz respeito à forma como as actividades resultaram na prática, bem como às dificuldades sentidas e às potencialidades demonstradas. Também aqui se conjugam vários factores, pois as actividades podem ser mais ou menos facilmente implementadas dependendo da postura na sessão e da interacção intra-grupo. Ainda assim, há aspectos que parecem estar relacionados apenas com as características específicas das actividades. Algumas actividades foram de difícil implementação por

serem demasiado exigentes (foi o caso da análise das revistas na Sessão 5, actividade que poderia ter resultado melhor se fosse apresentada de um modo mais estruturado, e da actividade da Sessão 12, que implicava grande capacidade de improvisação). Por outro lado, outras actividades resultaram muito bem, revelando até mais potencialidades do que as previstas no seu planeamento (foi o caso da apresentação dos posters na Sessão 4 e das técnicas corporais da Sessão 6 que tiveram um efeito importante em termos relacionais e do jogo da Sessão 11, que se revelou uma forma poderosa de aquisição de conhecimentos).

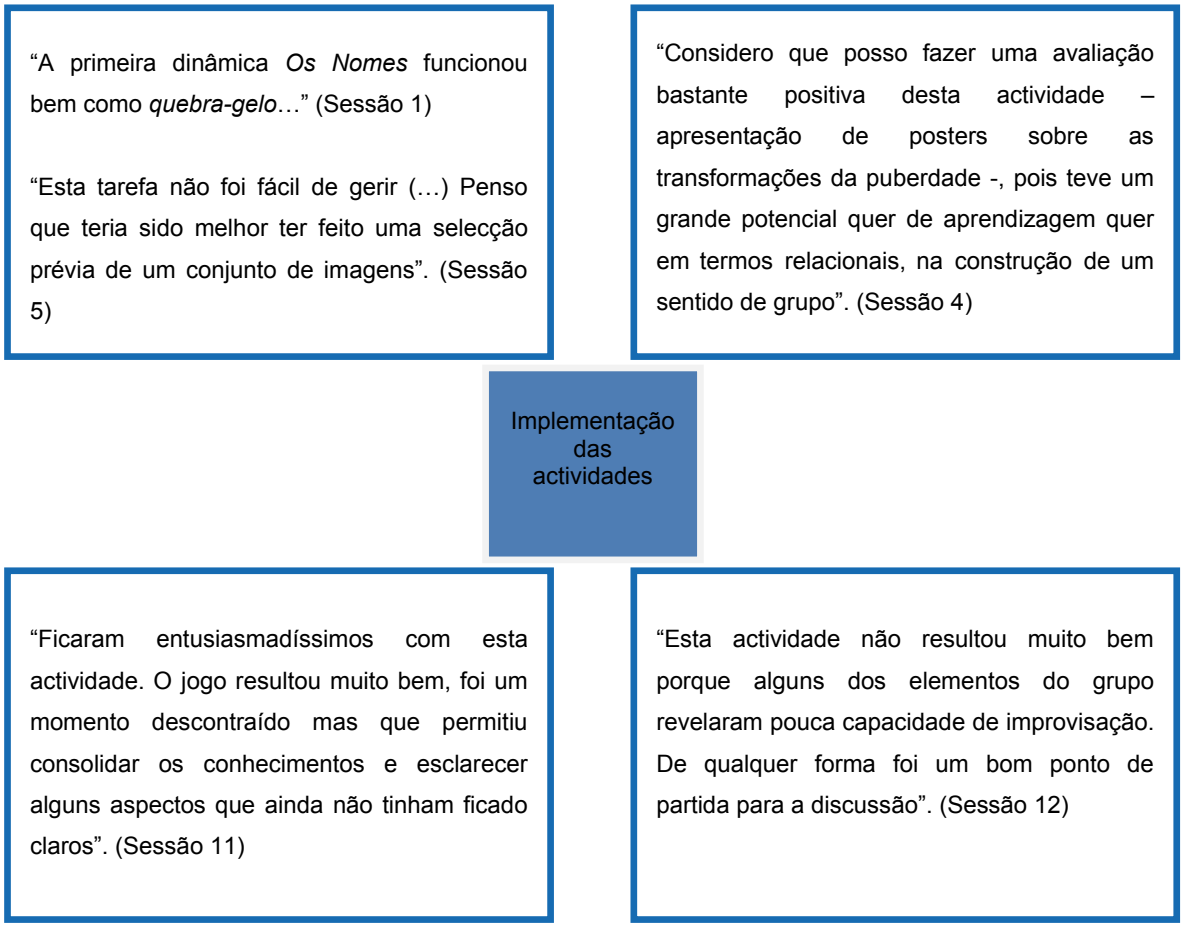


Figura 13: Implementação das actividades (dificuldades e potencialidades)

De referir ainda que, embora o interesse e curiosidade por temas como os métodos contraceptivos seja inegável, as actividades de treino de competências de

comunicação recolheram grande receptividade, tendo sido das mais valorizadas e consideradas como mais úteis pelos elementos do grupo.

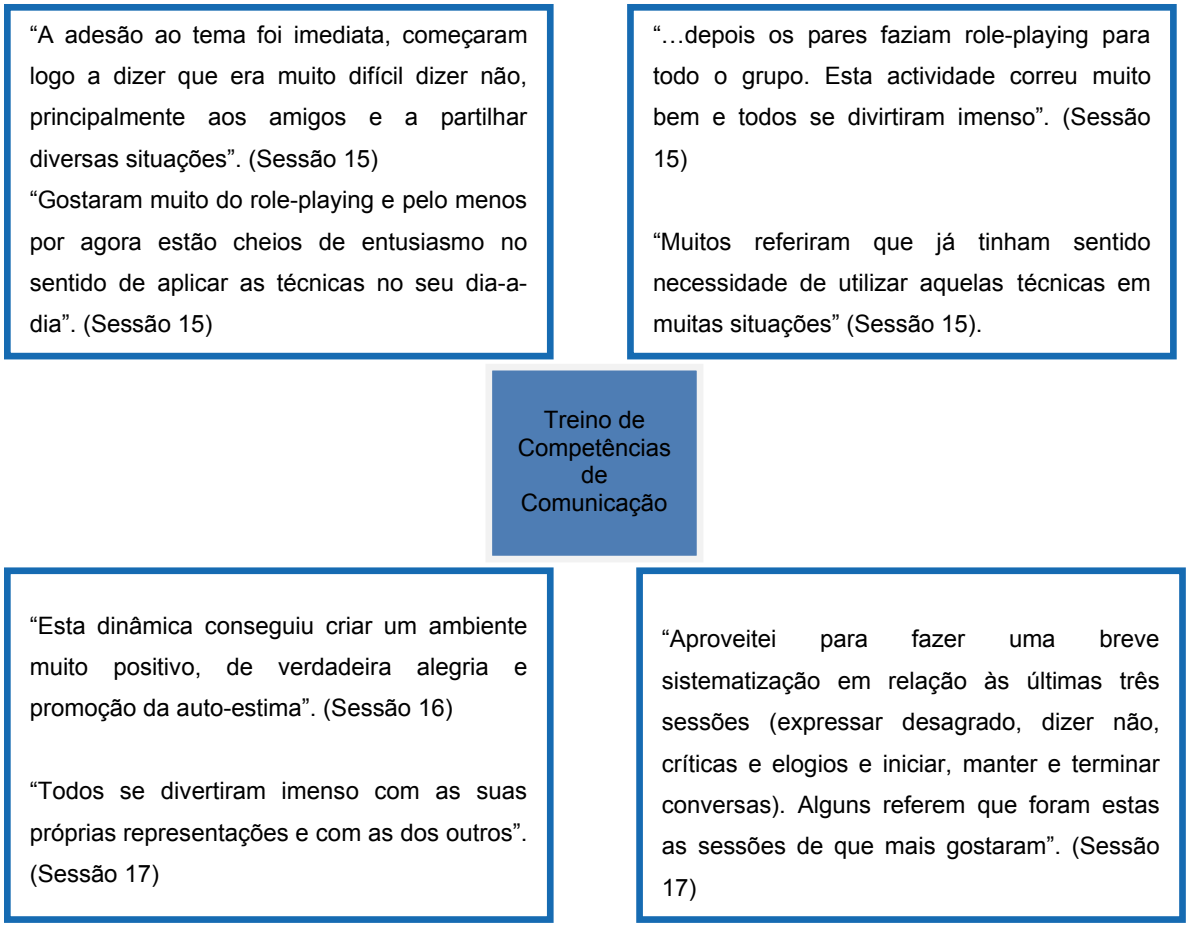


Figura 14: Implementação - Treino de Competências de Comunicação

3.3.3 Papel da facilitadora

No âmbito desta categoria definiram-se três subcategorias: funções, competências relacionais e competências pedagógicas.

3.3.3.1 Funções

A análise das notas de campo permite identificar cinco funções essenciais da facilitadora: Gestão da dinâmica do grupo, Construção da relação, Partilha de

conhecimentos, Promoção da reflexão e pensamento crítico e Apoio à realização das actividades.

A função mais constante é, provavelmente, a **gestão da dinâmica do grupo**, embora se tenha alterado com o decorrer das sessões. Numa fase inicial, isso implicou uma postura mais activa, por vezes até autoritária, e foi necessário resolver alguns incidentes. A gestão de incidentes foi residual e apenas necessária nas primeiras sessões (como no caso ocorrido na Sessão 3). De facto, na fase inicial foi preciso assumir uma postura de constante incentivo à participação: "Na dinâmica de auto-apresentação e auto-retrato foi preciso, da minha parte, uma postura muito activa e de grande incentivo à participação, pois a participação espontânea foi muito reduzida" (Sessão 1); "Tenho que estar constantemente a incentivar a participação" (Sessão 2).

Com o decorrer das sessões, deixou de ser preciso assumir uma postura tão activa, tornando-se a facilitadora, de facto, apenas uma facilitadora: "Como tem vindo a ser costume, o meu papel é mais de facilitadora da dinâmica do grupo do que de professora/formadora (Sessão 15)". Isto não impede, no entanto, que em certas situações uma postura mais directiva tenha sido necessária: "As posições extremaram-se e tive de assumir um papel muito activo na moderação do debate" (Sessão 12).

Outra função é a **construção da relação**, quer entre os elementos do grupo quer entre estes e a facilitadora, tendo sido dada atenção a esses aspectos desde a primeira sessão: "… todos se mostraram interessados e com o meu incentivo iam colaborando, apesar de desenvolverem pouco as respostas. (…) Comigo acho que se estabeleceu uma relação de empatia, introduzi o humor várias vezes, ao que reagiram de forma sintónica, e, apesar da inibição inicial, consegui que todos os elementos participassem." (Sessão 1) e "Aproveitei a discussão das regras do grupo para tentar criar um sentido de pertença, co-responsabilizando-os pela forma como as sessões iriam decorrer e tentando fazer com que se sintam à-vontade, nomeadamente reforçando que todas as dúvidas e comentários são legítimos". Podem aqui ser incluídos os esforços para envolver todos os elementos do grupo e conseguir que todos participassem ("… tentei envolver todos os elementos, incentivando-os a participar" - Sessão 2) e o reforço do seu comportamento ou postura ("Reforcei-os pela representação e empenho nas histórias" -Sessão 5).

Houve também alguns casos isolados que exigiram especial atenção em termos relacionais, como os três que se apresentam de seguida:

I - CA:

Tal como os seguintes excertos evidenciam, o CA começou por ser um elemento desestabilizador do grupo, que era até rejeitado pelos outros mas acabou por se integrar totalmente:

- "De referir que o elemento que já na outra sessão tentou várias vezes concentrar a atenção em si, teve uma participação muito desajustada, desestabilizando um pouco o grupo mas penso que será possível ajudá-lo a integrar-se melhor, nomeadamente responsabilizando-o por pequenas tarefas" (Sessão 2);
- "Pedi ao CA para distribuir pelos grupos materiais diversos (textos, imagens, panfletos, cartolinas, marcadores, tesouras, cola, escantilhões, etc.), o que fez com grande orgulho (Sessão 3)";
- «... esta actividade teve um papel importante em relação ao CA, pois conseguiu o respeito dos outros com a sua atitude "empreendedora": foi ele quem dividiu tarefas, pôs os outros todos a trabalhar e estava sempre a apressá-los mas de uma forma que a todos divertiu. Tê-lo responsabilizado pela distribuição do material foi importante em termos da relação comigo» (Sessão 3);
- "A apresentação dos rapazes foi salva pelo CA, pois o J e o R praticamente não falaram, só conseguiam rir-se e ficar todos corados" (Sessão 4).

II - R:

O R era um rapaz que revelava grande inibição e até desconforto face à maioria das temáticas e actividades. Embora tenha mantido sempre alguma inibição, foi-se integrando cada vez melhor e nunca deixou de participar:

- "todos participaram apesar do R e do J estarem claramente mais inibidos" (Sessão 1);
- "O R teve coragem de dizer que não tinha gostado muito, o que achei muito positivo tendo em conta a sua habitual inibição" (Sessão 7);
- «o R que fazia de pai dizia "Desgraçaste a tua família", achei fantástico porque ele é sempre tão inibido mas esteve muito bem no seu papel» (Sessão 9);
- "O jogo resultou muito bem, (...) até o R se conseguiu desinibir um bocadinho" (Sessão 11);

- “O R precisou bastante da minha ajuda mas não deixou de participar” (Sessão 15);
- “Escolhi um cartão com uma mímica simples para o R, que assim participou com mais à-vontade” (Sessão 17).

III – J:

O J começou também por revelar grande inibição mas, com o decorrer das sessões, foi-se sentindo cada vez mais à-vontade:

- “todos participaram apesar do R e do J estarem claramente mais inibidos” (Sessão 1);
- «Ao entrar na sala, o J não viu que eu lá estava e tocou um gongo que existe à entrada (já que ficamos na sala de música). Quando me viu ficou muito corado mas eu disse-lhe apenas: “Isso quer dizer que posso começar?” e ele sorriu» (Sessão 5);
- “o J tem vindo a fazer enormes progressos no que diz respeito ao seu envolvimento e participação nas sessões e agora toca sempre o gongo...” (Sessão 6);
- “O J está cada vez mais desinibido, acrescentou que para ter sido melhor eu devia ter trazido uns colchões e umas mantinhas. Foi gargalhada geral” (Sessão 7);
- “O J revelou um à-vontade fora do habitual” (Sessão 15);
- De referir que, numa das reuniões com os pais, a mãe do J comentou que o achava muito mudado. Contou que o J sempre foi às compras com ela mas, só depois destas sessões, tinha tido à-vontade para lhe perguntar o que eram e para que serviam os tampões.

Quanto à **partilha de conhecimentos**, adopta-se aqui esta expressão porque, apesar de haver momentos de mera transmissão de informação (por exemplo, “Salientei que a sexualidade tem uma dimensão biológica, psicológica e social, que é inerente ao ser humano do nascimento até à morte, embora assumindo características diferentes ao longo da vida e que as suas finalidades passam pela reprodução e pelo prazer mas também pela comunicação, ternura e afecto” - Sessão 2), houve o cuidado de tentar perceber o que era do conhecimento dos elementos do grupo e partir daí (por exemplo, “Antes de começar a apresentação powerpoint que tinha preparado, quis saber o que é que eles sabiam sobre este assunto” - Sessão 11). Enquadra-se aqui também a resposta a dúvidas que se fez frequentemente de forma espontânea ao longo das sessões e de forma mais intencional através do “Saco das perguntas” (Sessões 4, 5 e 7).

A **promoção da reflexão e pensamento crítico** operacionalizou-se através do frequente recurso ao debate, incentivando o questionamento (por exemplo, «Tentei assumir o papel de "advogado do diabo", perguntando se as pessoas não podiam ter várias relações ao longo da vida e serem felizes com mais do que uma pessoa» - Sessão 8 ou "Fiz algumas perguntas-provocação…" - Sessão 14).

Quanto ao **apoio à realização das actividades**, passou quer pela mera supervisão (por exemplo, "Aderiram bem à actividade, apesar de terem precisado de alguma supervisão" - Sessão 3) quer pelo envolvimento directo na sua realização (por exemplo, "Eu própria me envolvi na actividade fazendo mímica para os ajudar a perceber os sentimentos que os outros pretendiam representar" - Sessão 6).

3.3.3.2 Características relacionais

Nesta subcategoria evidenciam-se as principais características relacionais da facilitadora. As mais importantes parecem ser a **empatia** (por exemplo, "Comigo acho que se estabeleceu uma relação de empatia, introduzi o humor várias vezes, ao que reagiram de forma sintónica, e, apesar da inibição inicial, consegui que todos os elementos participassem." – Sessão 1), a utilização do **humor** (por exemplo, "… dei alguns exemplos práticos, bem ilustrativos disso e que os divertiram imenso." – Sessão 17), a flexibilidade e a abertura. Estas duas últimas serão analisadas com maior detalhe.

A **flexibilidade** nota-se em diversos aspectos:

- na gestão das actividades (por exemplo, «Expliquei como funcionava a "Roda das cadeiras", formamos sub-grupos e escolheram as perguntas mas não houve tempo para terminar a actividade, que iremos concluir na próxima sessão. Embora isso signifique que não cumpri rigorosamente o plano da sessão, considero-o um aspecto positivo porque se deveu ao facto de terem sido muito participativos.» - Sessão 7);
- na constante disponibilidade para responder a dúvidas (por exemplo, ''Fizeram também algumas perguntas a que fui respondendo ao longo da apresentação…" – Sessão 10);
- na introdução de novas actividades ou temáticas em função da observação das necessidades do grupo (por exemplo, «Partilhei com eles a minha percepção sobre as sessões e o facto de continuarem a parecer-me inibidos e pouco à-vontade. (…)

Expliquei-lhes que tencionava criar o "saco das perguntas", onde eles colocariam as suas dúvidas de forma anónima. Na sessão seguinte eu tentaria esclarecer essas dúvidas.» - Sessão 4);

- no aproveitamento de situações quotidianas (por exemplo, "O J. chegou atrasado e trazia um preservativo na mão, desenrolado. (…) Aproveitei este episódio para esclarecer algumas dúvidas." - Sessão 7 e "Aqui surgiram muitas perguntas sobre os métodos contraceptivos. Esta é uma das áreas que lhes desperta mais curiosidade e preocupação. Acabei por utilizar o preservativo que o J tinha trazido para lhes mostrar como é que deve ser colocado." - Sessão 7).

A **abertura** evidencia-se:

- na disponibilidade para responder a quaisquer dúvidas com naturalidade ("Houve uma série de comentários sobre "linguados", "french kiss" e apalpões. Tive que explicar o que era o "french kiss" de que o MI falou, pois pareceu-me (pelo não-verbal) que a L, a AS e a T não sabiam o que era." – Sessão 7); e
- no envolvimento na realização das actividades (por exemplo, "Depois de eu me ter disponibilizado a apresentar o poster com eles, conseguimos ultrapassar essa resistência e fazer a apresentação. Foi um óptimo momento em termos da minha relação com eles. Tenho mantido sempre uma postura informal e mais de facilitadora da dinâmica do grupo do que de professora ou especialista" - Sessão 4 ou «De seguida fizemos role-playing de situações em que era necessário iniciar, manter ou terminar conversas. De um modo geral tiveram alguma dificuldade em improvisar e desenvolver a situação a partir da informação que lhes era dada por isso comecei a fazer de "ponto" e dar dicas sobre o que podiam dizer. O facto de eu ter feito isso ajudou a tornar a actividade mais dinâmica e divertiu-os imenso. Quando já todos tinham representado uma situação, como ainda tínhamos algum tempo, quiseram continuar» - Sessão 17).

Estas características parecem ter favorecido a construção de uma relação segura entre os elementos do grupo e a facilitadora: "Considero mesmo que tenho vindo a construir uma relação muito positiva com este grupo, o que me apercebo pelo facto de estarem em sintonia comigo (nomeadamente quando utilizo o humor), de manterem contacto ocular e de me darem incentivos não-verbais (sorriem, acenam a cabeça em sinal de aprovação, etc.)." (Sessão 4). Outro indicador da qualidade da relação com a

facilitadora foi o facto de, espontaneamente, terem escrito mensagens para ela, no âmbito da dinâmica “Presente da Alegria” (Sessão 16).

3.3.3.3 Características pedagógicas

Nesta subcategoria enquadram-se as principais características pedagógicas reveladas pela facilitadora. Em termos pedagógicos vários aspectos sobressaem nas notas de campo:

- **diversidade de actividades**, havendo um certo balanceamento entre actividades mais expositivas e actividades mais dinâmicas. Quanto às actividades mais expositivas, ainda assim, foram utilizados materiais atractivos (por exemplo, «De seguida, mostrei-lhes uma apresentação em powerpoint alusiva ao tema “Imagem Corporal”, na qual se abordavam os modelos de beleza de diferentes épocas, realçando a sua relatividade e se mostravam diversas imagens» - Sessão 5 ou “Gostaram muito da apresentação (que tinha imensas imagens divertidas)” – Sessão 11);
- **rigor, linguagem adequada e utilização de situações quotidianas** (por exemplo, “Tenho tentado sempre dar respostas correctas do ponto de vista científico mas de uma forma simples, que eles facilmente percebam. Sempre que possível uso exemplos práticos ou de situações conhecidas de todos e quando os temas vão ser abordados noutras sessões, respondo mas explico que depois iremos abordar isso com mais pormenor” - Sessão 8, ou «As raparigas queixaram-se dos “apalpões” que os rapazes lhes costumavam dar em anos anteriores. Aproveitei para enquadrar esses comportamentos na descoberta da sexualidade na puberdade mas também para reforçar que a expressão da nossa sexualidade nunca pode ser imposta aos outros» - Sessão 7);
- **evidenciar o fio condutor das sessões** (por exemplo, “Para além de responder, tentei relacionar algumas destas dúvidas com o que foi abordado na sessão anterior e em relação a outras tranquilizá-los, garantindo que iremos falar de todos esses assuntos em pormenor” - Sessão 5). Para isso contribui a integração da sessão anterior no início de cada nova sessão;
- **atenção ao grupo e às suas necessidades** mais do que ao planeamento inicial das sessões (introdução ou adaptação das actividades às necessidades do grupo ou de algum dos seus elementos, como já foi referido anteriormente);

- **postura de facilitadora da dinâmica do grupo mas activa** (por exemplo, “Insisti para que as críticas fossem sempre construtivas, rejeitei algumas e ajudei a reformular outras. Também fui modelando as reacções de quem recebia as críticas” - Sessão 16).

Não se repetirá o que atrás foi referido sobre a flexibilidade e abertura, embora seja evidente que essas características são também importantes em termos pedagógicos.

3.3.4 Indicadores do impacto das sessões

Esta categoria enquadra referências a momentos ou episódios ocorridos nas sessões que podem ser considerados indicadores do impacto da intervenção em termos de conhecimentos, atitudes e da aplicação das temáticas abordadas nos contextos de vida.

3.3.4.1 Conhecimentos

O facto de cada sessão começar pela integração da sessão anterior e de haver a preocupação de evidenciar o fio condutor das sessões permite ter uma percepção em relação à aquisição e consolidação de conhecimentos em relação às temáticas abordadas. Os seguintes excertos das notas de campo ilustram isso mesmo:

- “... responderam correctamente a algumas perguntas que lhes fiz (nomeadamente, sobre as dimensões e funções da sexualidade...)” (Sessão 3);
- “Comecei a sessão fazendo-lhes algumas perguntas sobre a temática abordada na sessão anterior, a que responderam sem dificuldade” (Sessão 4);
- “Houve ideias que foram claramente apreendidas como, por exemplo, que a masturbação é inofensiva e que as relações sexuais são apenas uma das muitas formas que temos de exprimir a nossa sexualidade” (Sessão 8);
- “... na sua maioria , deram respostas que indicam um bom grau de consciência dos riscos face às DST e um bom nível de conhecimento sobre a sua prevenção” (Sessão 13);
- «Fiz algumas perguntas-provocação (por exemplo, se o HIV se transmitia através dos mosquitos ou se uma pessoa podia ser infectada por usar os mesmos talheres que um seropositivo). Responderam a todas as minhas “provocações” de forma correcta» (Sessão 14);

– «O P referiu que aprendeu a utilizar um preservativo e fez alguns comentários sobre a sua utilização correcta. A C disse que tinha aprendido quais os métodos mais seguros e que "há uns que só evitam a gravidez mas o preservativo evita também as doenças". Fiz também algumas perguntas específicas a que responderam correctamente. Fiquei com a percepção que assimilaram muita da informação sobre os métodos contraceptivos abordada na sessão anterior.» (Sessão 12).

Para além da percepção da facilitadora, também os próprios elementos do grupo consideram ter aumentado os seus conhecimentos sobre estas temáticas. Vejam-se os seguintes exemplos:

- «...referiram que ficaram com uma ideia diferente em relação ao que é a sexualidade ("Até hoje, se me perguntassem o que era a sexualidade, acho que não ia saber explicar muito bem" E.), às suas diferentes manifestações ao longo da vida ("Não tinha nada a ideia de que a sexualidade começava quando nascemos..." B.) e às suas finalidade ("Quando se fala de sexualidade, pensa-se logo em sexo mas também tem a ver com amor" C.)» (Sessão 2);
- «... no final disseram que tinham gostado e que tinham aprendido muitas coisas: a C disse que tinha aprendido que "a masturbação não faz mal mas que não temos todos que a praticar"» (Sessão 7);
- "Todos acharam que tinha sido muito importante termos falado sobre os abusos sexuais e que toda a gente devia saber o que fazer caso passe por uma situação dessas ou saiba de alguém que esteja a passar por isso. A AL disse que antes da sessão não fazia a mínima ideia a quem recorrer, os outros concordaram." (Sessão 10);
- «Acharam que o tema é muito importante, o CA, por exemplo, disse que tinha ficado mais esclarecido porque fazia um bocadinho de confusão com as formas de transmissão do HIV ("Tinha umas ideias erradas")» (Sessão 13);
- «O CA disse-me "Ó, Sôra, diga lá, a gente aprendeu umas coisas?"» (Sessão 18);
- «O J, todo orgulhoso, disse "Estamos uns craques nisto", foi gargalhada geral» (Sessão 18).

3.3.4.2 Atitudes

Apresentam-se de seguida alguns excertos das notas de campo que fazem referência às atitudes dos elementos do grupo e ao eventual impacto das sessões sobre essas atitudes:

- **Atitudes em relação ao corpo e imagem corporal**:

Antes deste tema ser abordado notava-se que os elementos do grupo tinham "...muita dificuldade em se posicionar de um modo crítico face aos padrões de beleza actuais" (Sessão 5).Depois desta temática ter sido trabalhada na sessão, parece haver uma postura um pouco diferente em relação a estas questões: «Comecei por fazer a integração da sessão anterior e agradaram-me muito as conclusões a que, de um modo geral, chegaram. A AL, por exemplo, disse que "É preciso pensar duas vezes antes de começar a fazer dietas", a M respondeu logo que "Temos de aceitar o nosso corpo" e o MI concluiu que "Não é por sermos muito magros que vão gostar de nós e vice-versa"» (Sessão 6);

- **Atitudes em relação à homossexualidade**:

Relativamente à homossexualidade, embora houvesse alguns elementos com uma atitude liberal (no sentido de tolerante e aceitante), muitos manifestavam uma atitude carregada de preconceitos. Este aspecto fica bem patente no exemplo seguinte: "Esta situação deixou bem claro como os estereótipos em relação à homossexualidade funcionam: nenhum dos rapazes queria representar o papel de homossexual. Tive de abordar essa questão, relembrando aquilo de que já tinha falado e também as regras do grupo, dizendo que esperava que todos levassem a actividade a sério e que não havia qualquer motivo para usar o que se passasse na sessão para gozar os colegas. Depois disso o P disse que faria ele o papel de homossexual". (Sessão 9)

O facto deste assunto ter sido trabalhado na sessão originou duas situações diferentes: o reconhecimento dos preconceitos («O P reconheceu que este é um assunto que lhe faz "um bocadinho de confusão" e que não gosta de ver cenas nos filmes entre homossexuais. As raparigas "caíram-lhe em cima" mas eu reforcei-o por ter coragem de assumir os seus sentimentos e reforcei que o importante é respeitarmos quem é diferente de nós.» - Sessão 9) e o questionamento desses preconceitos e início da mudança de atitude («O J voltou a referir que o pai acha que a homossexualidade é uma doença, que

há muitas pessoas como ele e que esta sessão tinha sido importante porque o tinha ajudado a “mudar um bocado a minha maneira de pensar”. Os colegas bateram-lhe palmas.» - Sessão 9). Ainda em relação a esta questão, na sessão seguinte os aspectos trabalhados foram sumarizados da seguinte forma: “A AL e a M quiseram fazer um resumo daquilo que acharam importante e referiram que a homossexualidade não é uma doença, que não é uma escolha, que é apenas amor entre duas pessoas (relembrando a campanha que lhes apresentei) e que é preciso saber respeitar as diferenças.” (Sessão 10).

- **Atitudes em relação à Interrupção Involuntária da Gravidez**:

Em relação a este tema tão polémico, pretendia-se apenas flexibilizar posições, em ordem a promover o respeito pelas opiniões diferentes daquelas que se defendem, o que fica bem patente nos seguintes excertos:

- “A S e a M estavam preocupadas por não terem mudado de opinião em relação ao aborto, expliquei-lhes que não era essa a intenção mas antes fazê-los reflectir, levar em conta vários aspectos e incentivá-los a respeitar quem tiver opiniões diferentes das suas.” (Sessão 12);
- "A M referiu que o tema do aborto é muito complicado e que ainda tinha ficado mais confusa com o debate porque há argumentos válidos em ambas as posições. Disse-lhe que isso era positivo, que em relação a assuntos tão complexos temos que estar bem informados e levar em conta muitos aspectos diferentes. Além disso, é bom sermos capazes de sair um pouco das nossas posições e tentar perceber as dos outros." (Sessão 12).

A conclusão a que chegaram após o debate do tema na sessão parece bastante adequada: "A M referiu que tínhamos visto argumentos a favor e argumentos contra o aborto mas que o mais importante era saber que o aborto não é um método contraceptivo e que devemos evitar ter que chegar a essa situação." (Sessão 13)

- **Atitudes em relação às questões de género**:

A maioria dos elementos do grupo parecia estar inserido em famílias bastante tradicionais no que diz respeito à distribuição de tarefas e papéis entre homens e mulheres ("Lá em casa, por exemplo, a minha mãe é que faz tudo e às vezes anda bem cansada" - Sessão 14). Depois dos jogos, análise de documentos, leitura de um livro e

debate sobre estas questões, "... chegaram à conclusão que os homens têm que ajudar mais mas as mulheres também têm que exigir mais e não aceitar fazer tudo." (Sessão 14). É evidente que não se pode afirmar por causa disso que houve mudança de atitudes, até porque "Penso que é muito difícil trabalhar crenças e estereótipos tão sedimentados pela educação e pelo exemplo diário da postura dos pais. Ainda assim penso que a sessão foi um óptimo meio de sensibilização para as questões da igualdade de direitos entre homens e mulheres". (Sessão 14)

3.3.4.3 Aplicação a outros contextos

Nesta subcategoria inserem-se as referências a situações em que os conteúdos ou actividades das sessões foram utilizados noutros contextos. Essas situações, para além de poderem ser encaradas como um indicador da aquisição e generalização dos conteúdos abordados, parecem revelar a importância atribuída pelos elementos do grupo às sessões. O facto dos conteúdos e actividades das sessões serem transferidos para outros contextos pode também ter um papel significativo na promoção da comunicação pais-filhos sobre as questões sexuais. O que se acaba de referir é ilustrado nos seguintes excertos das notas de campo:

- "A M e a S disseram que falaram sobre abuso sexual com as amigas da turma e deram-lhes os contactos que tinham colocado no panfleto. Acho esta utilização do que aprendem nas sessões muito positiva." (Sessão 11);
- "O J referiu que falou com a Directora de Turma sobre a possibilidade de distribuírem os panfletos pela escola. Chegaram à conclusão que era difícil porque as fotocópias não ficavam bem mas a professora deixou-os mostrar aos restantes colegas da turma e falar com eles sobre o que fizemos na sessão. Reforcei-o por isso porque fiquei, de facto, muito satisfeita com esta iniciativa. Acho que revela a forma como valorizam o que abordamos nas sessões." (Sessão 11);
- "A M e S pediram-me uns cartões com as listas para jogarem com os amigos, o que considero um bom indicador do quanto gostaram da actividade." (Sessão 14);
- "Gostaram muito do role-playing e pelo menos por agora estão cheios de entusiasmo no sentido de aplicar as técnicas no seu dia-a-dia." (Sessão 15) e «A C contou toda orgulhosa que tinha tido coragem de pedir um CD que tinha emprestado a uma amiga que nunca mais o tinha devolvido. “Resultou mesmo” (C).» (Sessão 16);

- "A M disse também que tinha contado a história da Joaninha à mãe porque tinha achado muito engraçada." (Sessão 15) e "Vários elementos referem ter mostrado as mensagens aos colegas e aos pais." (Sessão 17).

3.4 Avaliação dos resultados

3.4.1 Escala de Comportamentos e Atitudes face à Sexualidade – Comportamentos

No que diz respeito à **masturbação**, existe uma desigualdade bastante acentuada nas respostas dos rapazes e das raparigas. Em qualquer um dos grupos, os elementos do sexo masculino são os que mais referem masturbar-se e os que o fazem mais frequentemente.

O GE1 é o grupo onde se encontra a maior percentagem de adolescentes masculinos que afirma não se masturbar (50%, 25% e 28,6%, no 1º, 2º e 3º momento, respectivamente). Pelo contrário, o GC inclui a maior percentagem de adolescentes que referem que se masturbam: 11,1%, 17,6% e 7,7% (no 1º, 2º e 3º momento, respectivamente) afirmam fazê-lo mais do que uma vez por mês; 22,2%, 23,5% e 38,5% (no 1º, 2º e 3º momento, respectivamente) fá-lo mais do que uma vez por semana; e 27,8%, 35,3%, 30,8% (no 1º, 2º e 3º momento, respectivamente) assume fazê-lo mais frequentemente.

Quanto ao sexo feminino, o GE2 é aquele onde há mais adolescentes que afirmam nunca se terem masturbado (94,4% no 1º e 2º momento e 100% no 3º momento). O GE1 é o grupo ao qual pertence a maior percentagem de raparigas que assume masturbar-se: 7,1% no 1º e 2º momento e 14,3% no 3º momento diz fazê-lo mais do que uma vez por mês; 7,1% nos 1º e 3º momento afirma fazê-lo mais do que uma vez por semana; e 7,1% no 2º momento assume ter esta prática mais frequentemente.

Do primeiro para o terceiro momento, verifica-se uma diminuição do número de adolescentes que referem nunca se ter masturbado e também algumas alterações no sentido de uma maior frequência desse comportamento, principalmente nos rapazes. Poderia colocar-se a hipótese de se tratar de um efeito das intervenções, no entanto, não parece ser esse o caso. Por um lado, as alterações ocorrem nos três momentos, devendo-se muito provavelmente, ao normal desenvolvimento dos adolescentes, já que a

masturbação é um comportamento muito frequente nesta faixa etária. Além disso, algumas dessas alterações verificam-se também no GC, o que vem ao encontro da hipótese de se tratar de um efeito próprio desta etapa do desenvolvimento.

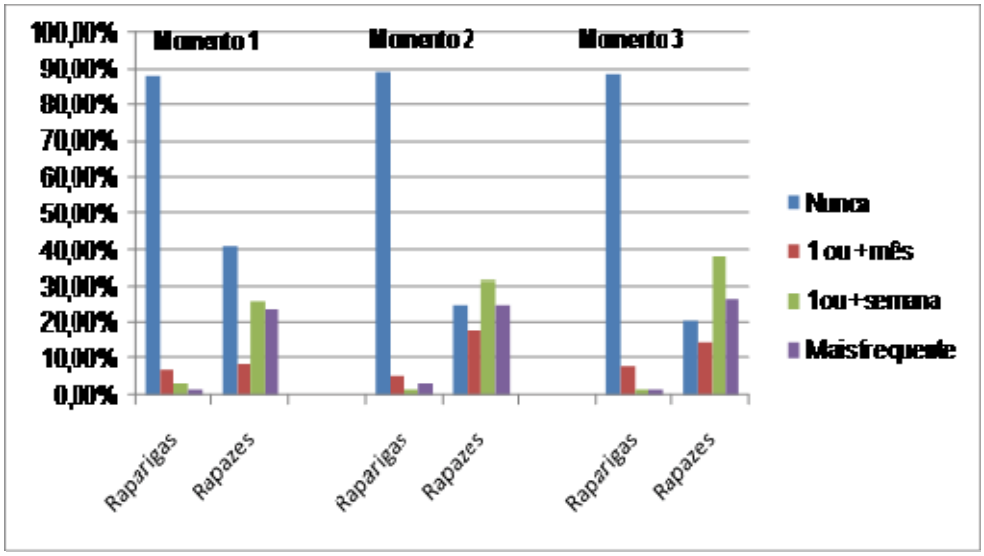


Figura 15: Dados relativos à masturbação.

Quanto à **experiência sexual**, tal como acontecia em relação à masturbação, os elementos do sexo masculino expressam maior percentagem de experiência sexual, comparativamente com os do sexo feminino. O GE2 tem a maior percentagem de raparigas sem experiência sexual (77,8%, 72,2%, 60%, no 1º, 2º e 3º momento, por esta ordem), mas também a maior percentagem de adolescentes com mais experiência sexual, sendo o único grupo com elementos que referem ter tido relações sexuais com mais do que uma pessoa. A percentagem de adolescentes da amostra que já manteve relações sexuais é reduzida (2,9%, 4% e 5,9% nos 1º, 2º e 3º momentos, respectivamente).

Ao longo dos três momentos de avaliação nota-se globalmente uma diminuição da percentagem de alunos sem qualquer tipo de experiência sexual e um aumento dos que dizem já ter tido experiência sexual. Há alguns resultados inconsistentes, como por exemplo, o número de adolescentes que já tiveram relações sexuais com uma pessoa que aumenta do primeiro para o segundo momento e diminui do segundo para o terceiro momento. Esses resultados podem ficar a dever-se a questões de desejabilidade social ou ao facto de ter havido alguma perda amostral ao longo dos três momentos que pode,

eventualmente, ter alterado ligeiramente o perfil das respostas (imagine-se o caso de um dos alunos que não preencheu as escalas no terceiro momento ser um dos que, nos momentos anteriores, tinha referido já ter tido relações sexuais, isso poderia alterar os resultados em termos da percentagem de adolescentes com a experiência de ter tido relações sexuais).

	Momento 1	**Momento 2**	**Momento 3**
Sem experiência	♀ - 67,8% ♂ - 37% Total: 54,3%	♀ - 56,1% ♂ - 34,1% Total: 49,5%	♀ - 44,2% ♂ - 35,3% Total: 40,7%
Beijos e carícias	♀ - 28,8% ♂ - 43,5% Total: 35,2%	♀ - 40,4% ♂ - 43,2% Total: 41,6%	♀ - 50% ♂ - 38,2% Total: 45,3%
Carícias nos genitais	♀ - 1,7% ♂ - 15,2% Total: 7,6%	♀ - 1,8% ♂ - 15,9% Total: 7,9%	♀ - 3,8% ♂ - 14,7% Total: 8,1%
Relações sexuais com uma pessoa	♀ - 1,7% ♂ - 0% Total: 1%	♀ - 1,8% ♂ - 4,5% Total: 3%	♀ - 1,9% ♂ - 8,8% Total: 4,7%
Relações sexuais com mais do que uma pessoa	♀ - 0% ♂ - 4,3% Total: 1,9%	♀ - 0% ♂ - 2,3% Total: 1%	♀ - 0% ♂ - 2,9% Total: 1,2%

Quadro 8: Experiência sexual – Amostra total x sexo

Especificamente no que diz respeito às relações sexuais, no GE1 nenhum elemento tinha tido essa experiência no primeiro e no segundo momento, surgindo apenas um rapaz no terceiro momento. No GE2 no primeiro momento aparecia uma rapariga que já tinha tido relações sexuais com uma pessoa e dois rapazes que tinham tido mais do que um parceiro sexual. Para as raparigas os resultados mantêm-se no segundo momento mas passa a haver um rapaz que teve relações sexuais com uma pessoa e diminui para um o número de rapazes com mais do que um parceiro sexual. No terceiro momento mantêm-se os resultados dos rapazes do segundo momento mas deixa de haver raparigas que refiram já ter tido relações sexuais. Quanto ao grupo de controlo,

no primeiro momento não há elementos que refiram já ter tido relações sexuais, no segundo momento surge um rapaz e uma rapariga que o referem e no terceiro momento os resultados mantêm-se para as raparigas mas passa a haver dois rapazes que já tiveram relações sexuais com uma pessoa.

Interessa referir que os elementos que já tiveram relações sexuais são os mais velhos da amostra (15 ou 16 anos). Todos tiveram relações sexuais no contexto de um relacionamento amoroso e todos, à excepção de um elemento do sexo masculino do GC, utilizaram métodos contraceptivos (75% utilizaram preservativo e 25% a pílula).

Quanto à **idade** considerada apropriada para começar a ter relações sexuais, os elementos do sexo masculino referem maioritariamente os 16 anos, enquanto que a maior percentagem das mulheres indica como mais apropriada a idade de 18 anos. É interessante verificar que, embora haja diferenças entre homens e mulheres, não surge propriamente um duplo padrão, ou seja, os homens consideram apropriado ter relações sexuais aos 16 anos e as mulheres aos 18 anos mas apontam essas idades quer para os homens quer para as mulheres.

3.4.2 Escala de Comportamentos e Atitudes face à Sexualidade – Atitudes

Como já foi referido anteriormente, no que diz respeito ao tratamento estatístico da segunda parte da ECAS, começou-se por realizar uma análise da consistência interna, no sentido de verificar a existência ou não de itens que afectassem a consistência da análise dos dados da escala. O α de Cronbach inicial para os 42 itens era 0,741. Após retirados os itens que faziam baixar a consistência da análise, o α de Cronbach passou a ser 0.808 (35 itens).

Após este primeiro procedimento, realizou-se uma Análise Factorial de Componentes Principais, com rotação Varimax, tendo-se verificado a existência de 8 componentes. Após a eliminação dos itens com valor negativo e observação da matriz de componentes foram excluídos dois por não incluírem pelo menos três itens (segundo o critério previamente definido). Chegou-se assim a uma solução final com 6 componentes principais (25 itens), com uma variância explicada de 51,2%.

Quadro 9: Análise Factorial de Componentes Principais

	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Item 26: Prostituição como prática aceitável	0,817					
Item 15: Relações sexuais só entre pessoas que se amam	0,764					
Item 34: Ver pornografia como prática aceitável	0,758					
Item 3: Masturbação como prática inofensiva e saudável	0,529					
Item 1: Relações sexuais sem compromisso	0,507					
Item 27: Relações sexuais como demonstração de afecto		0,760				
Item 35: Relações sexuais como fonte de satisfação física		0,743				
Item 2: Relações sexuais como comunicação		0,698				
Item 18: Relações sexuais como naturais e saudáveis		0,552				
Item 21: Relações sexuais como fonte de prazer		0,459				
Item 11: DST como doenças de grupos de risco			0,767			
Item 31: DST só através do contacto com certos grupos			0,745			
Item 10: Mulheres não devem tomar a iniciativa			0,639			
Item 16: DST como doenças que se notam pelo aspecto			0,563			
Item 36: Responsabilidade pela contracepção partilhada				0,741		
Item 4: Informação e acesso a contraceptivos				0,714		
Item 41: Importância dos contraceptivos				0,520		
Item 29: Planeamento familiar e sexualidade responsável				0,492		
Item 40: Falar de sexualidade com os amigos é mais fácil				0,400		
Item 22: Relações sexuais antes do casamento					0,748	
Item 19: Práticas sexuais aceitáveis					0,700	
Item 7: Relações sexuais só entre casados					0,569	
Item 42: Relações sexuais como forma de reprodução						0,780
Item 37: Evitar relações sexuais para evitar DST						0,711
Item 30: Evitar relações sexuais para evitar gravidez						0,611
Variância	5,582	4,641	2,318	2,003	1,901	1,485
% Variância	15,949	13,260	6,622	5,723	5,432	4,243
% Variância acumulada	15,949	29,209	35,831	41,554	46,986	51,229
α Cronbach's	0,785	0,773	0,724	0,659	0,652	0,665

No factor ou componente 1 saturam itens relacionados com a permissividade, ou seja, com a aceitação de diferentes comportamentos e práticas sexuais. Este é o factor que obtém maior percentagem de variância explicada, aproximadamente 16%. O factor ou componente 2 agrupa itens relativos às diferentes funções da sexualidade (afecto, comunicação, prazer…) e explica 13,3% da variância. O factor ou componente 3 reúne essencialmente itens referentes a mitos sobre as DST (doenças de grupos de risco, doenças que se percebem pelo aspecto, etc.) e a percentagem da variância explicada é

de 6,6%. O factor ou componente 4 é composto por itens relacionados com o planeamento familiar e a educação sexual e explica 5,7% da variância. No factor ou componente 5 estão compreendidos itens relativos aos contextos legitimadores da sexualidade (relações sexuais antes do casamento, só no âmbito do casamento, desde que os envolvidos estejam de acordo…) e a percentagem de variância explicada é de 5,4%. Por último, no factor ou componente 6 enquadram-se itens sobre as motivações para ter ou não ter relações sexuais (reprodução, evitar DST, evitar gravidez) e explica 4,2% da variância.

Tal como já foi referido, como não foi possível comprovar a normalidade da amostra, não era possível utilizar estatística paramétrica, pelo que se optou por outro tipo de procedimento, tendo-se realizado uma análise de conteúdo dos itens, utilizando como construto de base o liberalismo/conservadorismo, utilizando-se como referência a definição anteriormente referida. Deste modo, os 20 itens seleccionados foram os relacionados com as funções da sexualidade (prazer, afecto, reprodução…), as DST, o planeamento familiar e a educação sexual.

Quadro 10: Correlações de *Spearman* Item – Escala

Item	Coeficiente de correlação	Nível de significância	Item	Coeficiente de correlação	Nível de significância
1	0,502	≈ 0,00***	19	0,402	≈ 0,00***
2	0,484	≈ 0,00***	20	0,477	≈ 0,00***
3	0,421	≈ 0,00***	22	0,570	≈ 0,00***
4	0,478	0,04*	23	0,582	0,01**
6	0,537	≈ 0,00***	27	0,424	≈ 0,00***
11	0,549	0,02*	29	0,459	0,02*
12	0,535	≈ 0,00***	31	0,554	0,02*
14	0,474	0,01**	33	0,568	≈ 0,00***
16	0,539	0,02*	41	0,420	0,02*
18	0,542	≈ 0,00***	42	0,401	0,03*

*p< 0.05; **p<0.01; ***p<0.001

Tendo em conta que a análise na base desta selecção é qualitativa e substantiva, procurou-se confirmar a sua sustentabilidade. Para isso, calculou-se uma correlação não paramétrica de Spearman para cada item e o resultado da escala total, uma vez que cada item corresponde a uma escala ordinal. Como se pode verificar no Quadro 10 todos os valores de correlação estão situados acima de 0.4 o que sugere correlações

moderadas positivas seguras. Todas as correlações foram significativas para $p < 0.05^{**}$ o que indica uma relação sustentável de todos os itens face ao valor da escala total. Desta forma o resultado da escala total pode ser encarado como medida para o liberalismo/conservadorismo nas atitudes sexuais. Este procedimento já tinha sido utilizado por Diéguez *et al*. (2005), também numa escala de atitudes sexuais.

Por fim, perante esses resultados, realizou-se uma análise de medidas repetidas, A análise de medidas repetidas visou perceber de que forma a intervenção influenciou os índices de liberalismo/conservadorismo nos três momentos. Esta verificou a existência de diferenças significativas entre os três momentos de análise, resultado este confirmado pelo valor de λ de Wilk's (19) = 0.33, $p \approx 0.00$ para o Grupo Experimental 1 (GE1).

Quadro 11: Média e desvio padrão para os três momentos de análise da escala ECAS – GE1

Momentos de análise	M	DP
ECAS – 1	43,43	4,42
ECAS – 2	36,71	4,96
ECAS – 2	42,14	3,60

Como se pode verificar a grande diferença situa-se ao nível da passagem do primeiro para o segundo momento. Do primeiro para o terceiro momento as diferenças, apesar de existirem, não são tão evidentes.

Quanto ao Grupo Experimental 2 (GE2) observaram-se também diferenças significativas, λ Wilk's (27) = 0.48, $p \approx 0.00$, sendo que tal como no GE1 existe uma diferença mais acentuada na passagem do primeiro para o segundo momento. Neste caso existe uma menor diferença entre o primeiro e terceiro momentos.

Quadro 12: Média e desvio padrão para os três momentos de análise da escala ECAS – GE2

Momentos de análise	M	DP
ECAS – 1	43,70	5,48
ECAS – 2	38,10	4,34
ECAS – 2	43,24	3,98

No que diz respeito ao Grupo de Controlo (GC) não se encontraram diferenças significativas entre quaisquer uns dos momentos, λ Wilk's (32) = 0.93, $p \approx 0.31$.

Quadro 13: Média e desvio padrão para os três momentos de análise da escala ECAS – GC

Momentos de análise	M	DP
ECAS – 1	42,88	6,73
ECAS – 2	41,47	5,11
ECAS – 2	42,12	6,17

3.5 Outros resultados

Neste último subcapítulo da apresentação dos resultados pretende-se fazer referência a dados de uma actividade realizada no início e no final da intervenção (*brainstorming* "A sexualidade é..."), de uma actividade de avaliação das sessões (*brainstorming* "Participar nas sessões...") e de um questionário de avaliação das sessões preenchido pelos elementos do grupo após a intervenção.

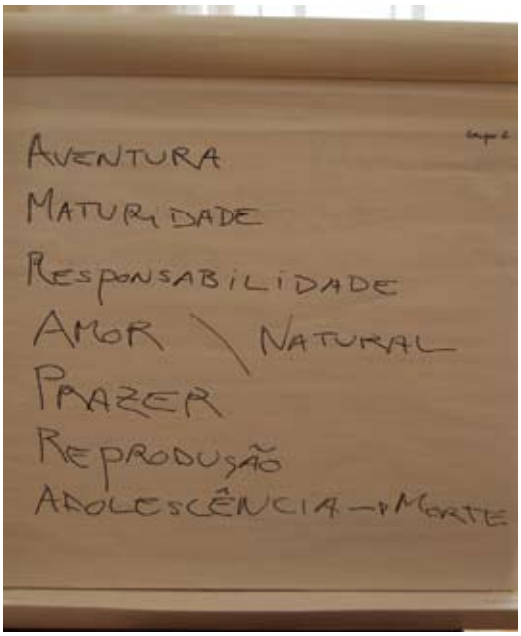


Figura 16: *Brainstorming* "A sexualidade é..." inicial

Quanto ao *brainstorming* "A sexualidade é...", trata-se de uma actividade em relação à qual se verificaram muitas diferenças entre o momento inicial e final da intervenção. Essas diferenças começam logo pela adesão à actividade, já que no

momento inicial foi necessária uma postura muito activa por parte da facilitadora no sentido de incentivar a participação, enquanto que no momento final o entusiasmo e participação na actividade foram elevados. O resultado da actividade em si também foi muito diferente como se poderá perceber pelas imagens e excertos das notas de campo seguintes:

- "Quando passamos ao *brainstorming* “A sexualidade é...”, tentei envolver todos os elementos, incentivando-os a participar." (Sessão 2);
- "Do *brainstorming* “A sexualidade é...” resultou o seguinte conjunto de palavras: normal, natural, brincadeira, prazer, reprodução, saudável, início na adolescência, fim na velhice, SIDA, amor." (Sessão 2);
- "Após o preenchimento dos questionários, disse-lhes que queria voltar a fazer com eles uma actividade que tínhamos feito logo nas primeiras sessões, o *brainstorming* “A sexualidade é...” Não há comparação possível entre este e o primeiro *brainstorming*, em que estavam super inibidos e precisaram de imenso incentivo para dizer meia dúzia de palavras. Desta vez estiveram muito mais participativos, nota-se um à-vontade e uma confiança muito diferentes em relação a esta temática." (Sessão 18);

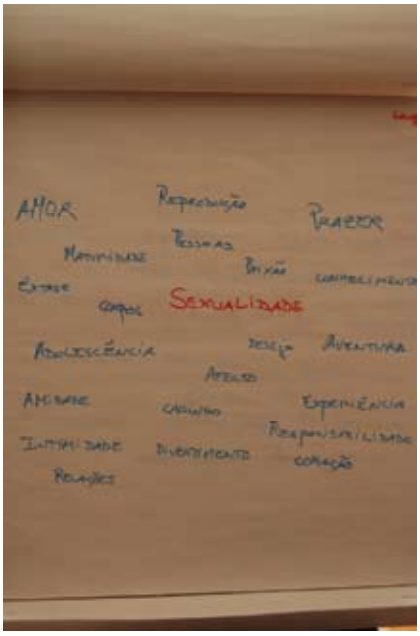


Figura 17: *Brainstorming* "A sexualidade é..." final

- "Foi notória uma evolução em relação ao primeiro *brainstorming*, penso que o segundo representa uma noção de sexualidade mais abrangente e mais consciente. Todos queriam participar, falavam ao mesmo tempo, quase não me davam tempo para escrever. As palavras que disseram foram: amor, reprodução, maturidade, pessoas, prazer, êxtase, corpos, paixão, conhecimento, adolescência, desejo, aventura, amizade, carinho, intimidade, experiência, afecto, divertimento, relações, coração." (Sessão 18).

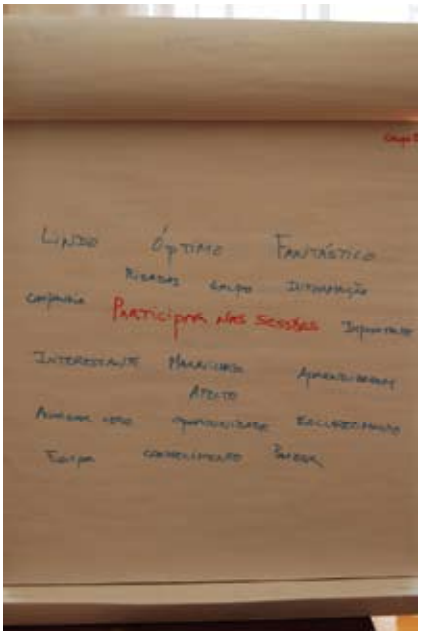


Figura 18: *Brainstorming* "Participar nas sessões..."

Quanto à participação nas sessões, os elementos do grupo revelam uma opinião muito positiva:

- "De seguida pedi-lhes para dizerem como tinha sido participar nas sessões, disseram: lindo, óptimo, fantástico, companhia, risadas, grupo, informação, interessante, maravilhoso, aprendizagem, afecto, acordar cedo (referência ao facto das sessões serem às 8h30), oportunidade, esclarecimento, equipa, conhecimento, prazer." (Sessão 18).

Na última sessão, pediu-se ainda aos elementos do grupo que preenchessem um breve questionário sobre as sessões, no qual se perguntava se tinham gostado das sessões, de que actividades tinham gostado mais e menos, quais os temas que tinham

achado mais e menos interessantes, que temas gostariam que tivessem sido abordados e quais as coisas mais importantes que aprenderam com as sessões. Os resultados desse questionário foram os seguintes:

- Em relação a gostar das sessões, 89,47% responderam ter gostado muito e 10,53% bastante;
- Quanto às actividades que mais gostaram, alguns referem ter gostado de tudo (26,32%) mas foram os jogos, o relaxamento e as dramatizações as actividades mais apreciadas (36,84%, 31,58% e 42,10%, respectivamente). Em relação às actividades de que gostaram menos, a maioria afirma não ter havido nenhuma actividade de que não tenha gostado (63,16%);
- Os temas considerados mais interessantes foram os contraceptivos e a comunicação (ambos com 31,58%), seguidos das DST e orientações sexuais (ambos com 15,79%). Uma larga maioria considera não ter havido temas menos interessantes nem haver outros temas que gostariam que tivessem sido abordados (73,68%);
- Quanto ao que de mais importante aprenderam nas sessões, 31,58% respondem que tudo foi importante, enquanto que 31,58% referem a utilização dos contraceptivos, 15,79% consideram que foi aprender o que é a sexualidade e as suas diferentes manifestações e 15,79% acham que foi aprender a comunicar melhor com os outros.

O questionário tinha ainda um espaço para comentários e sugestões, que na maioria dos casos não foi preenchido. Dos comentários e sugestões feitos, salientam-se dois que remetem claramente para o impacto das sessões:

- “Mudei um bocado a minha maneira de pensar”;
- “Aprendi que o nosso corpo é só nosso e temos que o respeitar tal como ele é! Que tudo o que fazemos deve ser pensado. Que devemos respeitar os outros e sermos respeitados por eles.”

PARTE IV

Discussão dos Resultados

1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

"Todo o conhecimento depende da perspectiva com que se olha para o mundo."

Quartilho, 2003

1.1 Educação Sexual em Meio Escolar - Estudo Preliminar

Tendo em conta os dados recolhidos, parece existir uma atitude positiva face à Educação Sexual, sendo que quer os adolescentes quer os professores reconhecem a sua importância e necessidade de implementação nas escolas. Ao concretizar um pouco mais esta questão, percebe-se que essa atitude positiva é mais consistente nos adolescentes que demonstram o desejo de participar em actividades nesse âmbito e a valorizam ao ponto de serem favoráveis à criação de uma disciplina específica de educação sexual, embora também coloquem a possibilidade de ser abordada nas áreas curriculares não disciplinares. Já os professores, ainda que reconheçam a sua importância e necessidade, não se sentem preparados nem se consideram os profissionais com o perfil mais adequado para abordar essas questões e opõem-se à criação de uma disciplina específica, propondo que a educação sexual se organizasse por seminários, como acontece com certas disciplinas ou áreas que se abordam apenas num período. Embora uma das principais razões apontadas para a não existência de um maior envolvimento na dinamização da educação sexual seja a falta de preparação, não parecem fazer investimentos significativos nesta área (só dois tinham feito formação relacionada com a educação sexual) e há uma certa desresponsabilização, escudada no argumento de não terem o perfil adequado. Indicador disso mesmo é também o facto da abordagem da educação sexual ter sido sempre feita por proposta de pessoas exteriores à escola.

Os dados recolhidos no que diz respeito às características que os programas de educação sexual deveriam ter, indicam que os adolescentes têm uma perspectiva essencialmente biológica da sexualidade (o que foi também notado nas primeiras sessões da intervenção). De facto, em nenhum dos grupos foi referida a afectividade, os

sentimentos ou as relações interpessoais como temáticas a abordar em educação sexual. As temáticas apontadas têm a ver com a adolescência e as mudanças da puberdade, os órgãos sexuais, a gravidez, as doenças sexualmente transmissíveis, os métodos contraceptivos, a primeira vez. Mesmo em relação a quem deveria dinamizar a educação sexual, muitos referem que o profissional mais adequado seria uma enfermeira. Esta perspectiva da sexualidade nos adolescentes não é surpreendente, já que é a que lhes tem sido transmitida quer pela escola (onde as únicas actividades de educação sexual que tiveram foram as aulas de Ciências sobre os aparelhos reprodutores) quer pelos *mass media*. Estes últimos, na maioria das vezes, ou se centram exclusivamente nos "perigos da sexualidade", nomeadamente apresentando dados alarmantes sobre as doenças sexualmente transmissíveis ou contribuem para a banalização gratuita da sexualidade. Mesmo quando existem programas de educação sexual, muitas vezes, "(…) incidem particularmente nos aspectos do corpo sexuado e da função sexual (imagem do corpo, identidade e papéis de género, orientação sexual, alterações pubertárias, masturbação, relação sexual, gravidez e contracepção, DST), enquanto que os aspectos afectivos e relacionais envolvidos na sexualidade apenas são aflorados ou então puramente omitidos." (Leitão, 2002, p. 231). É evidente que as questões relativas ao corpo sexuado e função sexual são importantes, até pela relevância que assumem em termos desenvolvimentais durante a adolescência, no entanto sem levar em conta que a sexualidade engloba factores fisiológicos, emocionais, relacionais e sociais apenas se transmitirá uma visão parcelar dessa mesma sexualidade.

A perspectiva dos professores é bem mais abrangente, enfatizando os afectos e as questões do respeito pelos outros e da aceitação da diferença, sem no entanto recusar a importância dos aspectos mais biológicos.

Quanto aos aspectos mais metodológicos, é interessante verificar que as estratégias apontadas por adolescentes e professores vão, em termos genéricos, ao encontro do que os investigadores e teóricos da área têm vindo a defender. Existe, de facto, um consenso alargado em relação às metodologias activas e participativas, utilizando um conjunto vasto de técnicas num registo flexível, serem as mais adequadas e eficazes em educação sexual (Lopéz, 1990, 2005b; Vaz, 1996; Frade, 1999).

Para além do que já foi referido, há ainda alguns dados que parece interessante referir. Em primeiro lugar, o facto de um adolescente ter dito, em relação às temáticas a abordar, que era melhor ser a pessoa responsável a defini-los porque "*não sabemos o*

que é importante". Embora isto seja o reconhecimento de que sentem que sabem muito pouco sobre esta área, parece também ser um indicador do facto de haver uma reduzida tradição de envolver os adolescentes no planeamento e avaliação das actividades que a eles próprios se destinam. Em segundo lugar, é de salientar o facto dos adolescentes preferirem que fosse uma mulher a abordar estas questões, o que parece remeter para uma representação social da mulher como figura mais securizante, mais capaz de cuidar e orientar. No caso da intervenção *Sexualidade: Vamos conversar sobre isso?*, foi uma mulher que orientou as sessões. No entanto, mais importante do que o género, parecem ser as características relacionais do facilitador da dinâmica do grupo, que não são necessariamente exclusivas das mulheres. Em terceiro lugar, não se pode ignorar que grande parte dos adolescentes preferia que fosse um profissional externo a responsabilizar-se pela educação sexual. Se, por um lado, isso está relacionado com o facto de considerarem que poderiam estar mais à-vontade com uma pessoa estranha, remete também para o facto de não percepcionarem os professores como agentes de educação sexual. Aliás, isso fica bem patente nos resultados obtidos em relação às fontes de informação, onde não foi feita uma única referência aos professores. Será que, tal, como referiam os professores, a relação aluno-professor não é o contexto mais adequado à abordagem de temáticas relacionadas com a sexualidade? Não restam dúvidas de que o perfil de um psicólogo é adequado às exigências que a abordagem da educação sexual implica mas isso não invalida que os professores sejam também capazes de o fazer. Apesar de todas as dificuldades sentidas de parte a parte, a relação professor-aluno pode ser das mais significativas durante a infância e a adolescência. Quantas vezes, durante um período de crise, há alunos que recorrem a professores? Quantas vezes os professores são admirados e influenciam todo o percurso vocacional dos seus alunos? Numa escola que se quer contexto de formação integral dos alunos, é preciso que os professores estejam conscientes de que é impossível evitarem o seu papel de agentes de educação sexual, seja o desempenho desse papel assumido de forma formal ou informal, explícita ou implícita.

1.2 *Sexualidade: Vamos conversar sobre isso?*

O estudo preliminar através dos grupos de discussão focalizada deu uma forte contribuição para a construção do modelo e planeamento da intervenção, permitindo

adquirir um conhecimento da realidade e fazer uma contextualização importantes no que diz respeito à implementação das sessões. Esperava-se também que, pelo facto de conferir validade ecológica à intervenção, tivesse um efeito significativo em termos da sua eficácia. De facto, esperava-se confirmar as quatro hipóteses construídas para esta investigação: 1) O modelo dinâmico e interactivo de desenvolvimento psicossexual tem maior impacto ao nível das atitudes sexuais dos adolescentes do que o modelo expositivo; 2) Os dois modelos de intervenção têm impacto ao nível das atitudes sexuais dos adolescentes, não se verificando o mesmo no Grupo de Controlo; 3) O impacto do modelo dinâmico e interactivo de desenvolvimento psicossexual é mais duradouro que o do modelo expositivo; e 4) Não existem diferenças quanto ao comportamento sexual entre o momento pré e pós da intervenção; ou seja, nenhuma das intervenções tem o efeito de induzir o início da actividade sexual ou de aumentar a sua frequência. No entanto, os resultados vão no sentido da confirmação apenas das hipóteses 2 e 4.

A intervenção de promoção do desenvolvimento psicossexual tem, efectivamente, impacto sobre as atitudes sexuais dos adolescentes mas não mais do que a sessão expositiva. Para qualquer um dos grupos experimentais surgem diferenças significativas entre o primeiro e o segundo momento, o mesmo não acontecendo no Grupo de Controlo, no qual não se verifica diferenças entre os três momentos de avaliação. As diferenças encontradas nos dois grupos experimentais não resistem à passagem do tempo, pois tornam-se quase imperceptíveis no terceiro momento.

Quanto ao comportamento sexual, tendo em conta a idade média da amostra, interessava essencialmente confirmar que a intervenção não tinha efeito no sentido de tornar mais precoce o início da actividade sexual ou de aumentar a sua frequência. Verificaram-se algumas alterações, por exemplo, do primeiro para o terceiro momento, constata-se uma diminuição do número de adolescentes que referem nunca se ter masturbado e também algumas alterações no sentido de uma maior frequência desse comportamento, principalmente nos rapazes. No entanto, estas alterações não parecem tratar-se de um efeito das intervenções, pois ocorrem também no grupo de controlo, devendo-se, muito provavelmente, ao normal desenvolvimento dos adolescentes.

Em relação à experiência sexual, ao longo dos três momentos de avaliação nota-se também globalmente uma diminuição da percentagem de alunos sem qualquer tipo de experiência sexual e um aumento dos que dizem já ter tido experiência sexual mas mais

uma vez essas alterações são sentidas nos três grupos, não podendo ser atribuídas às intervenções.

Confirmar que as intervenções não têm efeito sobre o comportamento sexual (tornar mais precoce o início da actividade sexual ou aumentar a sua frequência) pode parecer um resultado nulo, mas dado o cariz controverso da educação sexual e o facto dos seus opositores utilizarem frequentemente eventuais efeitos no comportamento sexual como argumento para não realizar intervenções nesta área, é importante confirmar esse não efeito. Para confirmar o efeito das intervenções ao nível de outros comportamentos sexuais, como a utilização de contraceptivos e a adopção ou não de comportamentos de risco, seria necessário fazer um follow-up bem mais longo (eventualmente cinco anos após a intervenção), como alguns autores têm vindo a defender.

Relativamente às atitudes sexuais, como já foi referido, as duas intervenções têm impacto, revelando os adolescentes atitudes mais abertas em relação à sexualidade após a intervenção. Como já foi referido anteriormente, uma atitude aberta (liberal) face à sexualidade compreende a aceitação da sexualidade fora dos contextos reprodutivos; a tolerância face à contracepção, masturbação, homossexualidade; a rejeição de crenças erróneas em relação às DST; e a defesa da importância do planeamento familiar/contracepção e da educação sexual.

Não se pode negar que num primeiro momento os resultados parecem desanimadores. Que dizer perante a evidência de que uma intervenção cuidadosamente planeada e implementada, continuada no tempo, dinâmica e interactiva tem praticamente o mesmo impacto que uma única sessão expositiva? O que dizer perante a evidência de que os efeitos de qualquer uma dessas intervenções não resistem à passagem do tempo? No entanto, à medida que se foi reflectindo sobre o significado destes resultados, foi-se chegando à conclusão de que uma reflexão cuidada destes resultados talvez permita a defesa de um modelo de educação sexual mais simples, de mais fácil implementação e em relação ao qual não poderá ser levantada tanta oposição. Estes resultados vêm ao encontro do que Kirby (2002a) constatou em relação ao impacto positivo de intervenções breves realizadas em contextos clínicos (por exemplo, sessões com enfermeiras sobre DST e utilização de preservativos; assistir a um video sobre anatomia, DST, contracepção, comunicação no casal e acesso aos serviços de saúde e

reunir com um técnico de saúde; cassetes e brochuras sobre como evitar o sexo desprotegido, brochuras para pais e brochuras sobre os recursos da comunidade).

Possivelmente vários aspectos contribuíram para o facto da sessão expositiva ter tido mais impacto do que o esperado. Ao contrário do que muitas vezes acontece nas escolas, tratou-se de uma sessão realizada em pequeno grupo, com uma duração prolongada (não correspondendo apenas a um tempo lectivo), onde houve a preocupação de criar um clima descontraído e uma relação empática com os elementos do grupo. Se bem que se tratou de uma sessão expositiva, foram utilizados materiais multimédia atractivos e a apresentação dos conteúdos foi bastante flexível, havendo um incentivo constante à participação e colocação de dúvidas. Os conteúdos abordados foram ao encontro das necessidades dos adolescentes, pois basearam-se também nos dados recolhidos no estudo preliminar.

Relembrando o que já antes foi referido, consideram-se características fundamentais dos programas de educação sexual eficazes: a) ter como objectivo a mudança ao nível do comportamento, nomeadamente no que diz respeito à diminuição de comportamentos de risco; b) abordar conteúdos diversificados, enfatizando não só os aspectos biológicos da sexualidade, os seus riscos e meios de os evitar mas também a sua dimensão ética, afectiva, comunicacional; e c) utilizar metodologias activas e promover a participação e envolvimento dos adolescentes, sendo o treino de competências uma estratégia fundamental. Comparando essas características consensualmente aceites como fundamentais para a eficácia dos programas de educação sexual com os aspectos referidos em relação à sessão expositiva realizada no presente estudo, pode concluir-se que uma intervenção breve pode ter muitas dessas características. O treino de competências parece ser a estratégia mais difícil de incluir numa intervenção breve, dado o tempo que exige.

Independentemente do que acabou de ser referido, na realidade a discussão dos resultados encontrados no presente estudo não pode escapar à dicotomia resultados qualitativos vs. resultados quantitativos. De facto, verifica-se neste estudo aquilo com que já outros autores se confrontaram (por exemplo, Lameiras, Rodríguez & Carrera, 2005), ou seja, os resultados quantitativos não confirmam totalmente os resultados qualitativos, não reflectindo a percepção construída através da observação da realidade. É evidente que os resultados quantitativos são mais do campo da ciência, do que é objectivo, replicável e de aplicação generalizada, e que com os resultados qualitativos se entra no

terreno da subjectividade, do que é difícil de replicar e generalizar. Mas também é evidente que a aplicação do método experimental a certas variáveis do comportamento humano levanta tremendas dificuldades. Desde logo porque, como refere Weeks (2003), "Infelizmente para a simplicidade da investigação, os seres humanos são criaturas complexas, arbitrárias e mutáveis..." (p. 42). De facto, os instrumentos de avaliação que temos disponíveis dificilmente apreendem essa complexidade. Especificamente no caso das escalas de atitudes (tais como as que foram utilizadas no presente estudo), Silverman (2000) questiona: "Será que temos todos atitudes coerentes em relação a qualquer tópico à espera das questões do investigador? E como é que as atitudes se relacionam com o que de facto fazemos na nossa prática?" (p. 8). Relativamente a certas áreas das ciências sociais, podem fazer-se críticas e pôr em causa quer os resultados quantitativos quer os resultados qualitativos. Aos resultados quantitativos pode apontar-se um certo artificialismo, "pouco condicente com a complexidade, a dinâmica e a natureza interactiva dos fenómenos psicológicos" (Almeida & Freire, 2003, p. 27), enquanto que aos resultados qualitativos se pode criticar a excessiva subjectividade. Em relação à subjectividade, resta questionar se não será todo o conhecimento subjectivo e se ser subjectivo lhe retira valor. Desde que a perspectiva do investigador seja assumida e o leitor tenha suficiente sentido crítico, importantes contributos podem resultar de investigações mais qualitativas. Poderão não ser "verdadeiras" mas serão certamente interpretações "úteis" da realidade, para usar a expressão de Crotty (1998 *cit. in* Quartilho, 2003).

Voltando à dicotomia resultados quantitativos vs. resultados qualitativos, é preciso também referir que haverá certamente instrumentos de avaliação bem mais robustos e fiáveis do que aquele que se construiu para este estudo. Ainda assim parece difícil criar uma escala ou questionário suficientemente sensível ao ponto de reflectir certos aspectos da realidade e/ou discriminar algumas das mudanças que a intervenção gerou. De facto, com o decorrer das sessões foi perceptível por parte dos elementos do grupo um maior domínio das temáticas abordadas, um esforço para utilizar uma linguagem adequada e uma atitude global mais aberta em relação às questões sexuais. Mesmo se, relativamente a algumas temáticas, houve elementos que mantiveram alguns preconceitos, mudou a perspectiva em relação a atitudes diferentes da sua, revelando maior tolerância e respeito pela diferença. Essas mudanças eram facilmente reconhecíveis na interacção entre elementos do grupo, que se caracterizou cada vez

mais pela tolerância e respeito, e reflectiam-se também claramente no comportamento que se foi pautando por uma naturalidade, à-vontade e confiança cada vez maiores, aumentando a participação e envolvimento nas sessões. À medida que a intervenção foi avançando, notou-se ainda uma maior maturidade perante as questões abordadas (veja-se o exemplo da reacção à demonstração da utilização do preservativo).

O que se acaba de descrever não foi possível verificar na sessão expositiva, embora seja inegável que as temáticas suscitaram grande interesse nos participantes, que a participação foi elevada, tendo sido colocadas muitas dúvidas e que, de modo geral, a apreciação da sessão foi muito positiva.

O facto de não existirem propriamente diferenças entre as intervenções em termos quantitativos, indica que os resultados qualitativos parecem revelar um impacto muito mais significativo e abrangente do que os resultados quantitativos (fragilidades metodológicas dos instrumentos utilizados à parte). A percepção de todos os envolvidos (adolescentes, pais, professora coordenadora) parece ser coincidente com os resultados qualitativos, já que todos fizeram uma apreciação muito positiva da intervenção.

Independentemente da questão dos resultados, os dados qualitativos permitem também fazer uma reflexão sobre o processo de implementação de uma intervenção de promoção do desenvolvimento psicossexual em meio escolar. Dessa reflexão resultaram um conjunto de considerações, nomeadamente sobre as actividades e o papel do facilitador, que poderão ser úteis para o planeamento de intervenções no âmbito da educação sexual.

Uma primeira consideração prende-se com a importância de realizar um cuidadoso planeamento da intervenção, partindo de uma avaliação de necessidades e levando em conta o que já é conhecido. Um planeamento cuidadoso não significa rígido, sendo a flexibilidade desejável. Em função do desenvolvimento das sessões deve ser possível enfatizar ou ignorar certas temáticas, alterar actividades, mostrar disponibilidade para responder às necessidades dos adolescentes. Além disso, as actividades devem ser planeadas em função dos objectivos das sessões e também do nível de desenvolvimento dos destinatários. No caso do *Sexualidade: Vamos conversar sobre isso?* houve algumas actividades que não resultaram bem na prática por serem demasiado exigentes (as actividades devem ter algum nível de estruturação para serem mais facilmente realizadas pelos adolescentes). Ainda em relação às actividades, de referir que quanto mais dinâmicas e interactivas melhor a adesão à sua realização. Actividades com uma forte

componente lúdica têm um imenso potencial, em termos de consolidação de conhecimentos, questionamento de atitudes, treino de competências e também em termos relacionais. Sempre que possível devem utilizar-se situações quotidianas ou hipotéticas mas com as quais os destinatários facilmente se possam identificar, o que melhora a adesão à actividade e contribui para a sua eficácia, nomeadamente em termos de generalização.

Uma outra consideração tem a ver, mais do que com as actividades, com a estrutura das sessões. Antes demais, deve haver um equilíbrio entre momentos mais expositivos e actividades mais dinâmicas, entre a acção e a reflexão. A estrutura básica de cada sessão pode passar por um primeiro momento de integração da sessão anterior, seguida da realização das actividades (eventualmente com um momento expositivo, seguido de uma actividade mais dinâmica) e finalizar com a avaliação do que foi feito (promovendo o debate e clarificação de dúvidas). A importância da integração da sessão anterior deve-se ao facto desta permitir perceber o que foi apreendido e interiorizado e, se necessário, clarificar alguns aspectos; consolidar conceitos, reforçar atitudes; tornar evidente o fio condutor da intervenção e incentivar a partilha e discussão de situações do quotidiano relacionadas com a temática em questão, promovendo assim uma maior proximidade à realidade e a generalização das atitudes e competências ensaiadas nas sessões.

Se bem que todas estas questões são importantes, os aspectos relacionais são os que parecem ser mais relevantes no que diz respeito ao desenvolvimento e qualidade da intervenção. Em primeiro lugar, em termos de construção da relação, faz toda a diferença assumir uma postura de especialista, que distancia e cria obstáculos, ou de mero facilitador da dinâmica do grupo, que aproxima e abre os canais de comunicação. O facilitador deve ser apenas isso, ou seja, um facilitador da dinâmica do grupo, incentivando a participação e o debate das diferentes temáticas e ajudando o grupo a chegar às suas próprias conclusões.

As características relacionais como a empatia, o humor, a flexibilidade e a abertura revelaram-se fundamentais. Estas características condicionam toda a intervenção, facilitando o assumir das diferentes funções do facilitador: a gestão da dinâmica do grupo, a construção da relação, a partilha de conhecimentos, a promoção da reflexão e pensamento crítico e o apoio à realização das actividades.

A flexibilidade (na gestão das actividades, na constante disponibilidade para esclarecer dúvidas, na introdução de novas actividades ou temáticas em função da observação das necessidades do grupo e no aproveitamento de situações quotidianas) e a abertura (para responder a quaisquer dúvidas com naturalidade e para se envolver na realização das actividades) são simultaneamente importantes características relacionais e pedagógicas.

Uma última consideração relativamente ao envolvimento dos pais. No âmbito da intervenção *Sexualidade: Vamos conversar sobre isso?* realizaram-se também reuniões com os pais dos elementos do grupo. Para além de permitirem perceber que os pais faziam uma apreciação global muito positiva da intervenção, estas reuniões confirmaram algo que já transparecia nalguns comentários que os adolescentes iam fazendo: as intervenções de educação sexual em meio escolar não invalidam nem colidem com o papel da família enquanto agente de educação sexual. Antes pelo contrário, favorecem até a comunicação pais-filhos sobre as questões sexuais. Vários adolescentes referiram terem falado com os pais sobre certas temáticas ou actividades das sessões e os pais confirmaram isso mesmo, aspecto que foi muito valorizado.

CONCLUSÕES

Nada do que ficou dito ao longo destas páginas é uma evidência científica, no sentido clássico do termo. No entanto, num posicionamento pós-moderno, a natureza da realidade é questionada, assim como a neutralidade da investigação, valoriza-se a importância da linguagem e uma multiplicidade de vozes e perspectivas são permitidas. Este trabalho reflecte, precisamente, uma determinada voz, uma determinada perspectiva e o seu contributo é modesto mas ainda assim válido e até importante. Vejam-se, pois, os principais resultados deste estudo e as suas eventuais implicações práticas.

A realização de grupos de discussão focalizada, primeira fase da investigação, permitiu chegar a duas conclusões: a) reforçou a pertinência de se realizarem estudos preliminares, no sentido de proceder a uma avaliação de necessidades que irá condicionar o planeamento das intervenções, dotando-as de validade ecológica, e de se aprofundar o conhecimento sobre os contextos em que essas serão implementadas; e b) evidenciou o facto de existir uma atitude positiva face à educação sexual, principalmente da parte dos adolescentes, já que os professores a valorizam mas preferiam que fossem outros profissionais a assumir essa responsabilidade. Parece, pois, que em relação à educação sexual em meio escolar ainda há um longo caminho a percorrer. Os professores precisam de se sentir seguros e de reconhecer o seu papel na abordagem destas temáticas e em termos sociais têm que ser desenvolvidos esforços para que prevaleça uma atitude positiva face à sexualidade.

Os resultados da fase experimental propriamente dita não foram exactamente os esperados. Tal como já antes foi referido, confirmou-se que as intervenções têm impacto sobre as atitudes sexuais e que não alteram o comportamento sexual, ou seja, não promovem o início da actividade sexual nem aumentam a sua frequência. No entanto, não foi possível confirmar as hipóteses segundo as quais o modelo dinâmico e interactivo de desenvolvimento psicossexual teria maior impacto do que a sessão expositiva e que os seus efeitos seriam mais duradouros. Quanto ao facto de não se terem confirmado estas duas hipóteses, parece pertinente tecer algumas considerações. Por um lado, é preciso assumir que o presente estudo tem algumas limitações, nomeadamente no que diz respeito ao tamanho da amostra. Por outro lado, a opção de construir um instrumento de avaliação de raiz foi, provavelmente, como já antes se tinha referido, demasiado

ambiciosa. A construção de instrumentos de avaliação é uma tarefa tão complexa, que poderia corresponder a toda uma investigação por si só. Esta afirmação parece ainda mais pertinente quando estão em questão variáveis tão difíceis de quantificar quanto as atitudes sexuais. A ECAS tem potencialidades mas reconhece-se que é preciso testá-la em amostras maiores e, eventualmente, compará-la com outros instrumentos já existentes.

Voltando aos resultados encontrados, se ambas as intervenções têm impacto em termos de atitudes sexuais, não havendo diferenças significativas entre elas, então pode concluir-se que intervenções breves, pontuais podem ter efeitos promissores. Esta conclusão tem grandes implicações práticas. Atente-se, por exemplo, na discussão sobre a criação de uma disciplina específica de educação sexual ou a sua inclusão nas áreas disciplinares não curriculares. A educação sexual poderia então implementar-se através de seminários (aliás, como foi sugerido pelos professores do grupo de discussão focalizada), a desenvolver ao longo de um período. No entanto, é preciso acautelar vários aspectos:

- já foi sobejamente demonstrado que a transdisciplinaridade resulta em difusão de responsabilidade e numa permanente inacção, pelo que teria de estar claramente definido à partida quem levaria a cabo esses seminários, quando e em que moldes;
- esses seminários teriam de ter objectivos, conteúdos e estratégias claramente definidos, de forma a que esses aspectos não ficassem dependentes do bom senso dos professores e da sua vontade ou falta dela;
- mais do que ocorrer apenas num determinado ano de escolaridade, deveriam acontecer em todos os anos do ensino básico, com conteúdos diferenciados em função do nível desenvolvimental dos alunos. Se assim fosse, o impacto desses seminários seria consolidado, generalizado e mantido através do tempo. Esta é também uma implicação prática que advém dos resultados encontrados no presente estudo, pois se os efeitos das intervenções não resistem à passagem do tempo, é necessário que a abordagem das questões sexuais se faça de forma continuada;
- os responsáveis pela implementação desses seminários deveriam ter características relacionais específicas, já que a qualidade da relação construída tem grande influência no desenvolvimento das intervenções, conclusão que os resultados qualitativos do presente estudo parecem confirmar;

- tendo em conta que os professores afirmam que, na sua maioria não se sentem preparados para implementar acções no âmbito da educação sexual porque consideram ser necessário um perfil e formação específicos para abordar estas temáticas, então deveria ser proporcionada formação nos programas específicos a serem implementados em cada ano de escolaridade e só os professores com essa formação os poderiam implementar;
- dada a natureza das temáticas que a educação sexual inclui, as questões éticas que levanta e as incontornáveis ideologias que tem subjacente, deveriam ser criados grupos de supervisão, nos quais os professores responsáveis por essa área pudessem partihar experiências, dificuldades, debater ideias, clarificar valores;
- se bem que criar uma disciplina específica de educação sexual possa ser excessivo, os seminários deveriam ser específicos e provavelmente seria benéfico haver professores apenas para essa área.

Esta proposta de implementar a educação sexual através de seminários vai para além dos resultados encontrados relativamente ao impacto de intervenções muito pontuais. Isso deve-se ao facto de, tal como foi referido, levar em conta e tentar ultrapassar a questão levantada por outro resultado: o da não resistência desses resultados à passagem do tempo.

Ainda em relação à educação sexual em meio escolar e ao envolvimento dos professores, julga-se pertinente uma outra consideração. Tendo em conta o modelo teórico da presente investigação, que realça o facto da educação sexual ser influenciada pelo contexto socio-económico, histórico e cultural, pelos outros agentes de socialização e até pelas características individuais de quem dela beneficia mas poder também contribuir para a sua mudança, então defende-se firmemente a inclusão da educação sexual como conteúdo obrigatório da formação inicial de todos os professores. Não é possível, de facto, os professores descartarem-se do seu papel de agentes de educação sexual, mesmo que não o assumam formalmente, pois, como foi referido anteriormente, não haver educação sexual também é educação sexual... Considera-se que se essa medida fosse implementada na prática, as próximas gerações de professores teriam uma postura e uma preparação diferentes em relação à abordagem das questões sexuais. Essa mudança reflectir-se-ia inevitavelmente para além da escola, podendo contribuir para uma atitude mais positiva face à sexualidade na sociedade em geral.

Passando agora para os resultados da análise qualitativa de dados, como já foi discutido anteriormente, constata-se uma certa incongruência entre os resultados quantitativos e a percepção construída através da observação da realidade. De facto, a avaliação do processo de implementação de um modelo de intervenção dinâmico e interactivo realça o grande potencial desse tipo de intervenções, gerando mudanças em termos de comportamentos e atitudes perceptíveis no decorrer das sessões. Reconhece-se, no entanto, que esta percepção da prática é difícil de quantificar, objectivar. O que leva a três conclusões que são simultaneamente sugestões para futuras investigações:

- é necessário, se bem que difícil, criarem-se instrumentos de avaliação suficientemente sensíveis e discriminativos ao ponto de revelarem de forma mais objectiva o que em termos qualitativos é evidente;
- é necessário implementar a intervenção *Sexualidade: Vamos conversar sobre isso?* a amostras maiores e com diferentes facilitadores para confirmar ou não os resultados encontrados no presente estudo, nomeadamente no que diz respeito à adesão e implementação das actividades e aos indicadores do impacto das sessões;
- é necessário realizar avaliações de follow-up mais longas no tempo (por exemplo, cinco anos depois), a fim de que possam ser observadas algumas mudanças nos comportamentos sexuais dos adolescentes que são objecto da intervenção.

Independentemente da comparação entre resultados quantitativos e resultados qualitativos, a análise qualitativa permitiu identificar um conjunto de considerações úteis para o planeamento e implementação de intervenções no âmbito da educação sexual, o que por si só é um resultado importante, dada a sua relevância prática. Além disso, a análise qualitativa realça uma questão fundamental: a importância da relação, quer em termos da implementação da intervenção quer dos seus resultados. Considera-se mesmo que esta é a derradeira conclusão deste estudo: <u>não pode haver educação sexual num vazio relacional</u>. Seja qual for o tipo de intervenção que se adopte, terá sempre que haver um investimento na construção de uma relação empática, segura e aceitante. Assim sendo, certas actividades realizadas para escolas inteiras, sem o devido enquadramento e limitadas à abordagem redutora de apenas alguns aspectos específicos não são educação sexual. Se a sessão expositiva que se levou a cabo nesta investigação obteve os resultados referidos foi, certamente, porque apesar de ser uma intervenção pontual foi cuidadosamente planeada, incluiu a abordagem de um grande número de temáticas, foi realizada com um grupo de dimensões relativamente reduzidas e houve a preocupação

de criar uma relação (ainda que, obviamente, não se possa comparar com a relação construída com o grupo da intervenção dinâmica e interactiva).

Por fim, uma última reflexão: a Lei da Educação Sexual e Planeamento Familiar fez recentemente 25 anos, um quarto de século à espera de ser implementada... Este simples facto já revela muito do quanto esta temática continua a suscitar receios políticos, associando-lhe os mais diversos e infundados problemas como forma de justificar que nada se faça ou que se utilize a educação sexual apenas para fomentar uma visão negativa da sexualidade. A implementação da educação sexual tem sido constantemente adiada, em parte porque perigos diversos lhe têm sido apontados, desde a hipótese de incentivar comportamentos sexuais até à possibilidade de ser mero instrumento da regulação social da sexualidade. Cabe aqui perguntar se os perigos das ideologias não são ultrapassados pelos perigos da inacção.

Parece, pois, que há sempre algo que falta. Depois das leis, mais leis. Depois de mais leis, linhas orientadoras. Depois de linhas orientadoras, grupos de trabalho. Talvez porque "é preciso que algo mude para que tudo fique igual"... Quando finalmente se vencer a inércia e se ultrapassarem as profundas resistências e os inúmeros problemas infundados que a educação sexual gera, quando finalmente a educação sexual deixar de ser um assunto de "toca e foge" que a todos incomoda e ninguém quer assumir, então efeitos muito positivos daí virão em termos de socialização sexual. Quando a educação sexual for apenas mais um assunto, natural, quotidiano, fácil, então haverá, socialmente, uma atitude global mais aberta face às questões sexuais e isso será sentido por todos, contribuindo para uma vivência da sexualidade responsável mas sem medos nem culpas, mais saudável e mais satisfatória.

Principais **conclusões** deste estudo:

- A relevância de realizar estudos de avaliação de necessidades e de dotar as intervenções de maior validade ecológica;

- A possibilidade de intervenções breves no âmbito da educação sexual, mediante a verificação de determinadas características, poderem ter um impacto promissor em termos de atitudes sexuais;

- A riqueza da experiência de uma intervenção mais longa, através da qual se podem obter efeitos significativos e coerentes com o papel nuclear da sexualidade na estruturação da identidade sexual do adolescente;

- A importância da relação, quer em termos da implementação da intervenção quer dos seus resultados;

- O interesse em desenvolver instrumentos de avaliação suficientemente sensíveis e discriminativos, capazes de fazer a prova quantitativa (mensurável, objectiva) daquilo que é observável através de instrumentos qualitativos (e subjectivamente experienciável);

- A pertinência de um conjunto de considerações úteis, resultantes da avaliação do processo, para o planeamento e implementação de intervenções eficazes no âmbito da educação sexual;

- O imenso potencial do modelo dinâmico e interactivo construído no âmbito deste estudo, no que diz respeito a facilitar a adesão por parte dos participantes, a favorecer a construção de uma relação empática, a promover o desenvolvimento psicossexual e a produzir mudanças em termos de conhecimentos, atitudes e comportamentos.

BIBLIOGRAFIA

Ackerman, M.D. (1995). Introduction to the Special Section on Contemporary Issues in Human Sexuality: Research and Practice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63 (6), 859-861.

Advocates for Youth (2003). Sex Education and Other Programs That Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV & Sexually Transmitted Infections. Disponível em www.advocatesforyouth.org/programsthatwork

Agha, S. (2002). An evaluation of the effectiveness of a peer sexual health intervention among secondary-school students in Zambia. *AIDS Education & Prevention*, 14 (4), 269-281.

Agius, P.A. et al (2006). Two steps forward and one step back ? Australian secondary student's sexual health knowledge and behaviours, 1992-2002. *Journal of Adolescent Health*, 38 (3), 247-252.

Alberto, I.M.M. (2002). "Feios, porcos e maus": Do "erro fundamental" à abordagem sistémica/ecológica na avaliação das situações de abuso sexual. *Psychologica*, 30, 69-77.

Alcobia, H.; Mendes, A.R. & Serôdio, H.M. (2003). *Educar para a Sexualidade*. Porto: Porto Editora.

Alferes, V.R. (1996). A Pedagogização do Sexo. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 30 (1), 91-96.

Alferes, V.R. (1997). *Encenações e Comportamentos Sexuais: Para uma Psicologia Social da Sexualidade*. Porto: Edições Afrontamento.

Alferes, V.R. (2002). Sexologia e Desenvolvimento: A Persistência do postulado Biológico. *Psychologica*, 30, 95-109.

Allen, L. (2004). Beyond the birds and the bees: constituting a discourse of erotics in sexuality education. *Gender and Education*, 16, 2, 151-167.

Allen Gomes, A.M. & Miguel, N. (2000). *Educação Sexual: Só para Jovens!* Lisboa: Texto Editora.

Allen Gomes, F. et al (1987). *Sexologia em Portugal. 2º Vol. A Sexologia Clínica*. Lisboa: Texto Editora.

Allen Gomes, F. (2004). *Paixão, Amor e Sexo*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.

Amâncio, L. (1994). *Masculino e Feminino: A Construção Social da Diferença*. Porto: Edições Afrontamento.

Amaral Dias, C. (1993). A Psicanálise e a coisa sexual: De Baco a Platão. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, VI, 2, 15-23.

Amaral Dias, C. & Bravo, A. (2002). *O Inferno Somos Nós: Conversas sobre crianças e adolescentes*. Lisboa: Quetzal Editores.

Antunes, M.C. et al (2002). Differences in AIDS prevention among young men and women of public schools in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4), 88-95.

Ashworth, P.D.; Giorgi, A. & de Koning, A. J.J. (1986). *Qualitative Research in Psychology*. Pittsburgh: Duquesne University Press.

Atanasov, R.I. (1995). Country watch: Bulgaria. *AIDS and STD Health Promotion Exchange*, 3, 9.

Batár, I. (2003). Sex education in Hungary. Entre Nous - The European Magazine for Sexual and Reproductive Health, 56, 19-21.

Bantman, B. (1997). *Breve História do Sexo*. Lisboa: Terramar.

Bardin, L. (2006). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Basnayake, S. (1993). Starting a programme in Sri Lanka. *Planned Parenthood Challenges*, 2, 43-45.

Bastos, A. P. (2001). *Afectividade na Adolescência: Sexualidade e Educação para os Valores.* Lisboa: Edições Paulinas.

Bay-Cheng, L.Y. (2001). SexEd.com: Values and norms in web-based sexuality education. *Journal of Sex Research*, 38, 3, 241-251.

Bjekic, M. et al (2004). Characteristics of sexual behaviour among teenagers in Belgrade. *Med Pregl*, 57 (11-12), 592-596.

Belhadj, H. (2002). Integrating Reproductive Health in the Health Reform Process in Bosnia and Herzegovina. *Entre Nous - The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, 54, 13-16.

Bennett, S.E. & Assefi, N.P. (2005). School-based teenage pregnancy prevention programs: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Adolescent Health*, 36, 72-80.

Berdún, L. (2000). *Na tua casa ou na minha: Tudo o que os jovens querem saber para uma sexualidade sem dúvidas*. Lisboa: Areal Editora.

Bhalerao, V.R. et al (1980). Sex Education : to be or not to be. *Journal of Postgraduate Medicine*, 26, 253-256.

Boehm, K.E. et al. (1999). Teen's concerns: A natural evaluation. *Adolescence*, 34, 135, 523-528.

Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi.

Breakwell, G.M. & Millward, L.J. (1997). Sexual self-concept and sexual risk-taking. *Journal of Adolescence*, 20, 29-41.

Brieger, W.R. et al (2001). West African Youth Initiative: outcome of a reproductive health education program. *Journal of Adolescent Health*, 29 (6), 436-446.

Brown, J.D. & Keller, S.N. (2000). Can Mass Media be Healthy Sex Educators? *Family Planning Perspectives*, 32 (5), 255-259.

Bucardo, J. et al (2004). A Qualitative Exploration of Female Sex Work in Tijuana, México. *Archives of Sexual Behaviour*, 33 (4), 343-351.

Buga, G.A.; Amoko, D.H. & Ncayiyana, D.J. (1999). Adolescent sexual behaviour, knowlwdge among school girls in Transkei, South Africa. *East Africa Medical Journal*, 73 (2), 95-100.

Cabezon, C. et al (2005). Adolescent pregnancy prevention: An abstinence-centered randomised controlled intervention in a Chilean public high school. *Journal of Adolescent Health*, 36 (1), 64-69.

Cadete, J. (2003). Help... I need somebody... Help ou Socorro... Estou apaixonado ou Sexualidade em "revista". *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 36, 7-11.

Canavarro, M.C.S. (1999). *Relações Afectivas e Saúde Mental*. Coimbra: Quarteto Editora.

Canavarro, M.C.S. e al (2002). A adolescência, a mulher e a SIDA. Disponível em www.aidscongress.net

Carey, M.P. e tal. (2000). Using Information, Motivational Enhancement and Skills Training to reduce the Risk of HIV Infection for Low- Income Urban Women: A second randomized clinical trial. *Health Psychology*, 19, 1, 3-11.

Carneiro de Sousa, I. (1993). Quantas histórias tem a sexualidade? *Revista Portuguesa de Psicanálise*, VI, 2, 35-45.

Chandeying, V. (2005). Sexual health promotion in Thailand. *Sexual Health*, 2 (3), 129-134.

Cheers, G. (Ed.) (2005). *Geographica: Atlas Ilustrado do Mundo*. Lisboa: Dinalivro.

Chen, B. et al (2005). Survey on reproductive health status of Shanghai college students. *Zhinghua Nan Ke Xue*, 11 (10), 744-747.

Chervyakove, V. (1997). Survey supports arguments to start sexuality education in Russia. SIECUS Report, 25 (2), 8-9.

Claeys, V. (2002). New EU Resolution on Sexual and Reproductive Health and Rights. *Entre Nous - The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, 54, 17.

Cláudio, M. (1993). Sexualidade e Criatividade. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, VI, 2, 47-53.

Coimbra, J.L. (1991). Estratégias cognitivo-desenvolvimentais em consulta psicológica interpessoal. Prova complementar para prestação de provas de Doutoramento em Psicologia. Porto: FPCE-UP.

Coimbra de Matos, A. (2000). Construção da Identidade Sexual. In Barbosa, A. & Gomes-Pedro, J. (Eds.) (2000). *Sexualidade*. Lisboa: Departamento de Educação Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Cordeiro, M. (2003). Sexualidade. Algumas questões. In Sá, E. (Coord.) (2003). *Quero-te! Psicologia da Sexualidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Cortesão, I. e al (2005). *Educação para uma sexualidade humanizada: Guia para professores e pais* (2ª Ed.). Porto: Edições Afrontamento.

Costa, M.E. (1998). *Novos Encontros de Amor: Amizade, Amor e Sexualidade na Adolescência.* Porto: Edinter.

Courtois, R.; Mullet, E. & Malvy, D. (2001). Approach to sexuality in an AIDS contest in Congo. *Santé*, 11(1), 43-48.

Cravo-Saúde, A.S. & Almeida, R.F. (2001). *Educação Sexual na Escola.* Lisboa: Universitária Editora.

Cruz, J.F.A. & Vilaça, M.T. (1996). Prevenção da SIDA/VIH nos adolescentes e jovens adultos: Contribuições da Psicologia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 219-242.

Cyranowski, J.M. & Andersen, B.L. (1998). Schemes, sexuality and romantic attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 5, 1364-1379.

Darroch, J.E.; Landry, D.J. & Singh, S. (2000). Changing Emphases in Sexuality Education in U.S. Public Secondary Schools, 1988-1999. *Family Planning Perspectives*, 32 (5), 204-212.

DeHart, D. & Birkimer, J. (1997). Trying to Practice Safer Sex: Development of Sexual Risks Scale. *The Journal of Sexual Research*, 34 (1), 11-25.

DeJong, J. et al (2005). The sexual and reproductive health of young people in the Arab countries and Iran. *Reproductive Health Matters*, 13 (25), 49-59.

DeLamater, J. et al (2002). Human Sexual Development. *The Journal of Sex Research*, 39, 10-14.

Devaney, B. & Rossi, P. (1997). Thinking Through Evaluation Design Options. *Children and Youth Services Review*, 19 (7), 587-606.

Diamond, J. (1997). *Why sex is fun? The Evolution of Human Sexuality*. New York: Basic Books.

Dias, A.M. (2002). *Educação da Sexualidade no dia-a-dia da Prática Educativa*. Braga: Edições Casa do Professor.

Díaz, M. et al (2005). Outcomes of Three different models for sex education and citizenship programs concerning knowledge, attitudes and behaviour of Brazilian adolescents. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (2), 589-597.

DiCenso, A.; Guyatt, G.; Willan, A. & Griffith, L. (2002). Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomized controlled trials. *British Medical Journal*, 321, 1-9.

Diéguez Ruibal et al. (2005). Propiedades psicométricas de la escala de actitudes hacia la sexualidad (ATSS) ampliada. *Cuadernos de Medicina Psicossomática y Psiquiatria de Enlace*, 74, 46-56.

Donati, S. et al (2000). Sex education in secondary schools: an Italian experience. *Journal of Adolescent Health*, 26 (4), 303-308.

Donovan, P. (1998). School-Based Sexuality Education: The Issues and Challenges. *Family Planning Perspectives*, 30 (4), 188- 193.

Duby, G. (1991). *Amor e Sexualidade no Ocidente*. Lisboa: Terramar.

Dunn, L.; Ross, B.C. & Howorth, P.T. (1998). A school-based HIV-AIDS prevention education program: Outcomes of peer-led versus community health nurse-led interventions. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 7, 4, 339-344.

Eastman, K.L. et al (2005). Worksite-Based Parenting Programs to Promote Healthy Adolescent Sexual Development: A qualitative study of feasibility and potential content. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37 (2), 62-69.

Edgardh, K. (2002). Adolescent Sexual Health in Sweden. *Sex. Transm. Inf.*, 78, 352-356.

Egeland, I. (1978). Sex education in Norway. *IPPF European Region Information*, 7 (4), 3-4.

Egypto, A.C.; Pinto, M.C. & Bock, S.D. (1996). Brazilian organization develops "sexual guidance" programs defined by long-term communication. *SIECUS Report*, 24 (3), 16-17.

Ehrhardt, A.A. (1996). Our point of view of adolescent sexuality: A focus on risk behaviour without the development context. *American Journal of Public Health*, 86, 11, 1523-1525.

Escobar-Chaves, S.L.; Tortolero, S.R.; Markham, C.M.; Low, B.J.; Eitel, P. & Thickstun, P. (2005). Impact of the Media on Adolescent Sexual Attitudes and Behaviours. *Pediatrics*, 116 (1), 303-326.

Everett, K. & Schaay, N. (1994). Country watch: South Africa. *AIDS Health Promotion Exchange*, 1, 7-8.

Feeney, J.A. et al (2000). Attachment Style as a Predictor of Sexual Attitudes and Behaviour in Late Adolescence. *Psychology and Health*, 14, 1105-1122.

Ferreira, V.S. (2003). Atitudes dos Jovens Portugueses perante o Corpo. In Villaverde, M. & Machado Pais, J. (Coord.) (2003). *Condutas de Risco, Práticas Culturais e Atitudes perante o Corpo*. Oeiras: Celta Editora.

Figueiredo, V. & Diniz, A.M. (1999). Análise de Conteúdo de Revistas para Adolescentes. In Soares, A.P.; Araújo, S. & Caires, S. (Orgs). *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Volume VI). Braga: APPORT.

Filgueiras, A. (1992). Country watch: Brazil. *AIDS Health Promotion Exchange*, 2, 7-8.

Fisher, W.A.; Fisher, J.D. & Rye, B.J. (1995). Understanding and Promoting AIDS Preventive Behaviour: Insights from the Theory of Reasoned Action. *Health Psychology*, 14, 3, 255-264.

Fleming, M. (1993). O encontro amoroso ou a regra de não ter regra nenhuma… *Revista Portuguesa de Psicanálise*, VI, 2, 91-98.

Fleming, M. (2005). *Entre o medo e o desejo de crescer: Psicologia da adolescência*. Porto: Edições Afrontamento.

Fortin, M.F. (1999). O Processo de Investigação. Loures: Lusociência.

Foucault, M. (1976/1994). *História da Sexualidade I: A Vontade de Saber*. Lisboa: Relógio d'Água Editores.

Foucault, M. (1984/1994). *História da Sexualidade II: O Uso dos Prazeres*. Lisboa: Relógio d'Água Editores.

Foucault, M. (1984/1994). *História da Sexualidade III: O Cuidado de Si.* Lisboa: Relógio d'Água Editores.

Frade, A. et al. (1999). *Educação Sexual na Escola: Guia para Professores, Formadores e Animadores.* Lisboa: Texto Editora.

Franklin, C. & Corcoran, J. (2000). Preventing Adolescent Pregnancy: A review of programs and practices. *Social Work*, 45, (1), 40-52.

Fraser, S.E. (1983). Sex Education? Population education? A new school programme for China's adolescents. *British Journal of Sexual Medicine*, 10 (97), 27-32.

Freud, S. (1905/2001). *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade*. Lisboa: Livros do Horizonte.

Fuertes, A. et al (2002). Factores asociados a las condutas sexuales de riesgo en la asdolescencia. Infancia y Aprendzaje, 25 (3), 347-361.

Gallard, C. (1991). Sex education in France. *Planned Parenthood in Europe*, 20 (1), 11-12.

Gao, Y. et al (2001). AIDS and sex education for young people in China. *Reproduction and Fertility Development*, 13 (7-8), 729-737.

Gaspar de Matos, M. & Gaspar, T. (2005). Adolescentes Portugueses: Risco e Protecção. Disponível em www.aidscongress.net

Giddens, (1992). Transformações da Intimidade: Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. Oeiras: Celta Editora.

Gomez Zapian (2002). Educação afectivo-sexual. Sexualidade & Planeamento Familiar, 35, 33-38.

Gonçalves, M.J. (1993). Será menino ou menina? Ou a génese da identidade sexual. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, VI, 2, 71-77.

Goold, P.C. et al (2006). Pilot study in the development of an Interactive Multimedia Learning Environment for sexual health interventions: a focus group approach. *Health Education Research*, 21 (1), 15-25.

Gordon, C.P. (1996). Adolescent decision making: A broadly based theory and its application to the prevention of early pregnancy. *Adolescence*, 31, 123, 561-584.

Grant, E. et al (2004). «Seizing the Day»: Right time, right place and right message for adolescent male reproductive sexual health: Lessons from Meru of Eastern Province Kenya. *International Journal of Men's Health*, 3 (3), 189-196.

Greenberg, B.S. & Woods, M.G. (1999). The Soaps: Their Sex, Gratifications and Outcomes. *The Journal of Sex Research*, 36 (3), 250-257.

Grunseit, A.; Kippax, S.; Aggleton, P.; Baldo, M. & Slutkin, G. (1997). Sexuality Education and Young People's Sexual Behavior. *Journal of Adolescent Research*, 12 (4), 421-453.

Güell, M.B. & Muñoz, J.R. (1999). Desconócete a ti mismo: Programa de alfabetización emocional. Barcelona: Paidós.

Gerra, M.P. & Lima, L. (2005). *Intervenção Psicológica em Grupos em Contextos de Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Guttmacher Institute (2001). Can More Progress Be Made? Teenage Sexual and Reproductive Behaviour in Developed Countries.

Guttmacher Institute (2002). Sexuality Education. *Facts in Brief.*

Guttmacher Institute (2002). Teenager's Sexual and Reproductive Health. *Facts in Brief.*

Guttmacher Institute (2004). Les Adolescents au Burkina Faso. *Facts in Brief.*

Guttmacher Institute (2004). Adolescents in Ghana. *Facts in Brief.*

Guttmacher Institute (2004). Adolescents in Malawi. *Facts in Brief.*

Guttmacher Institute (2004). Adolescents in Uganda. *Facts in Brief.*

Haffner, D.W. (2005). *A criança e a educação sexual.* Lisboa: Editorial Presença.

Haignere, C.S.; Gold, R.M. & Heather, J. (1999). Adolescent abstinence and condom use: Are we sure we are really teaching what is safe? *Health Education & Behaviour*, 26, 1, 43-54.

Hall, L. (2004). Eyes Tightly Shut, Lying Rigidly Still, and Thinking of England? British Women and Sex from Marie Stopes to Hite 2000. In Nelson, C. & Martin, M. (2004). *Sexual Pedagogies: Sex Education in Britain, Australia and America, 1879-2000*. Nova Iorque: Palgrave MacMillan.

Haque, M.E. (1998). Country watch : Bangladesh. *Sexual Health Exchange*, 3, 6-7.

Hardee, K.; Xie, Z. & Gu, B. (2004). Family Planning and Women's Lives in Rural China. International Family Planning Perspectives, 30 (2), 68-76.

Harper, C. & Ellertson, C. (1995). Knowledge and Perceptions of Emergency Contraceptive Pills Among a College-Age Population: A Qualitative Approach. *Family Planning Perspectives*, 27 (4), 149-154.

Hayes, R.J. et al (2005). The MEMA kwa Vijana project: Design of a community randomised trial of an innovative adolescent sexual health intervention in rural Tanzania. *Contemporary Clinical Trials*, 26 (4), 430-442.

Hillier, L.: Harrison, L. & Warr, D. (1998). "When you carry condoms all the boys think you want it": negotiating competing discourses about safe sex. *Journal of Adolescence*, 21, 15-29.

Hogmark, S. (2002). Love is no emergency for Kärleksakuten. *Entre Nous - The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, 52, 10-11.

Holmbeck, G.N. et al. (1994). Cognitive development, egocentrism, self-esteem and adolescent contraceptive knowledge, attitudes and behaviour. *Journal of Youth and Adolescence*, 23, 2, 169-193.

Inglés Saura, C.J. (2003). *Programa PEHIA: Enseñanza de habilidades interpersonales para adolescentes.* Madrid : Ediciones Pirámide.

International Planned Parenthood Federation (2006). IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education. Disponível em www.ippf.org

IPPF European Network (2005). Sexuality education (1998-2003): Sweeping away the taboos – reinstating reproductive rights. Disponível em www.ippf.org

Kalmush, D. et al (2003). Preventing Sexual Risk Behaviours and Pregnancy Among Teenagers : Linking Research and Programs. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35 (2), 87, 93.

Kangas, I. et al (2004). A Comparison of Sexual Behaviour and Attitudes of Healthy Adolescents in Danish High School in 1982, 1996 and 2001. *Population Health Metrics*, 2:5.

Kavlak, O. et al (2006). Preventing and terminating unwanted pregnancies in Turkey. *Journal of Nursing Scholarship*, 38 (1), 6-10.

Keller, S.N. & Brown, J.D. (2002). Media interventions to promote responsible sexual behaviour. *The Journal of Sex Research*, 39, 1, 67-72.

Kelly, J.A. & Kalichman, S.C. (1995). Increased Attention to Human Sexuality can Improve HIV-AISD Prevention Efforts: Key research issues and directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 6, 907-918.

Ketting, E.; Dmitrieva, E. & Averin, Y. (2002). Being young and in love in Russia. *Entre Nous - The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, 52, 12-13.

Kinsman, J. et al (2001). Evaluation of a comprehensive school-based AIDS education programme in rural Masaka, Uganda. *Health and Education Research*, 16 (1), 85-100.

Kinsman, S.B. et al (1998). Early Sexual Initiation: The role of peer norms. *Pediatrics*, 102, 1185-1192.

Kirby, D. (1995). Sex and HIV/AIDS education in schools: Have a modest but important impact on sexual behaviour. *British Medical Journal*, 311, 403-405.

Kirby, D. (2001). Understanding What Works and What Doesn't in Reducing Adolescent Sexual Risk-Taking. *Family Planning Perspectives*, 33 (6), 276-281.

Kirby, D. (2002a). Effective approaches to reducing adolescent unprotected sex, pregnancy, and childbearing - Statistical data included. *The Journal of Sex Research*, 39, 1, 27-33.

Kirby, D. (2002b). The Impact of School and School Programs upon Adolescent Sexual Behaviour. *The Journal of Sex Research*, 39, 1, 27-33.

Kirby, D. et al (2004). The «Safer Choices » intervention: its impact on the sexual behaviours of different subgroups of high school students. *Journal of Adolescent Health*, 35 (6), 422-452.

Kirby, D.B.; Laris, B.A. & Rolleri, L.A. (2007). Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviours of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, 40 (3), 206-217.

Kishe, F. & Mtwevw, S.P. (1995). Country watch: Tanzania. *AIDS and STD Health Promotion Exchange*, 3, 8-9.

Krich, A.M. (Ed.) (s/d). *Anatomia do Amor*. Rio de Janeiro: Editorial Bruguera.

Lameiras, M.F. et al. (2004). Programa AGARIMOS : Programa coeducativo de desarrollo psicoafectivo y sexual. Madrid: Ediciones Pirámide.

Lameiras, M.F. et al. (2005). Evaluación cuantitativa de un programa de educación afectivo-sexual. *Cuadernos de Medicina Psicossomática y Psiquiatria de Enlace, 73, 48-58.*

Lameiras, M.F. et al. (2005). Determinantes del inicio de las relaciones sexuales en adolescentes españoles. *Cuadernos de Medicina Psicossomática y Psiquiatria de Enlace,* 71/72, 67-75.

Landry, D.J. et al (2003). Factors Associated with the Content of Sex Education in U.S. Public Secondary Schools. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35 (6), 261-269.

Larsson, M. et al (2006). Evaluation of a sexual education intervention among Swedish high school students. Scandinavian Public Health, 34 (2), 124-131.

Lasheras Pérez et al (2005). Hábitos sexuales en jóvenes universitarios. *Cuadernos de Medicina Psicossomática y Psiquiatria de Enlace,* 74, 57-63.

Lederman, R.P. & Mian, T.S. (2003). The Parent-Adolescent Relationship Education (PARE) Program: A curriculum for prevention of STDs and pregnancy in middle school youth. *Behavioural Medicine*, 29, 33-41.

Lederman, R.P., Chan, W. & Roberts-Gray, C. (2004). Sexual risk attitudes and intentions of youth aged 12-14 years: survey comparisons of parent-teen prevention and control groups. *Behavioural Medicine*, 29 (4), 155-163.

Lehr, S. et al (2005). Predictors of Father-Son Communication About Sexuality. *The Journal of Sex Research*, 42, (2), 119-129.

Leitão, L.M. (2002). Sexualidade e Afectividade. *Psychologica*, 30, 229-240.

Lejeune, C. (1980). *A Educação Sexual na Escola*. Lisboa: Editorial Estampa.

Lemos, M.E. (2002). O papel dos conhecimentos sobre sexualidade como pré-requisitos para comportamentos saudáveis. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 33, 43-50.

Li, Y. et al (2004). Needs and preferences regarding sex education among Chinese college students : a preliminary study. *International Family Planned Perspectives*, 30 (3), 128-133.

Lieberman, L.D. (2006). Early Predictors of Sexual Behaviour: Implications for Young Adolescents and Their Parents. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health,* 38 (2), 112-114.

Lindberg, L.D.; Santelli, J.S. & Singh, S. (2006). Changes in Formal Sex Education: 1995-2002. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38 (4), 182-189.

Lopes, N.A. (2003). História da Medicina – Saúde Sexual e Reprodutiva: A História do Preservativo. Sexualidade & Planeamento Familiar, 37, 31-33.

López, F. (1990). *Educación Sexual*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

López, F. & Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: Associação para o Planeamento Familiar.

López, F. (2000). *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. Salamanca: Amarú Ediciones.

López, F. (2005a). Educação Sexual em Espanha. *Educação Sexual em Rede*, 1, 21-24.

López, F. (2005b). *Educación Sexual*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

López, F. et al. (2003). *Desarrollo Afectivo y Social*. Madrid : Ediciones Pirámide.

Loyola, M.A. (2003). Sexualidade e medicina: A revolução do século XX. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (4), 875-884.

Machado Caetano, J.A. et al (2002). Uma experiência… de diálogos contagiantes. Disponível em www.aidscongress.net

Machado Caetano, J.A. et al (2005). Uma experiência de educação pelos pares na área da educação para a saúde. Disponível em www.aidscongress.net

MacHale, E. & Newell, J. (1997). Sexual behaviour and sex education in Irish school-going teenagers. *International Journal of STD & AIDS*, 8, 196-200.

MacKay, J. (2001a). Global Sex: Sexuality and sexual practices around the world. *Sexual and Relationship Therapy*, 16 (1), 71-82.

MacKay, J. (2001b). Adolescent Sexual Health Education: Does it work? Can it work better? An analysis of recent research and media reports. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 10 (3-4), 127-135.

Malpique, C. (1993). Sexualidade e Narcisismo ou a Capacidade de Amar. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, VI, 2, 25-33.

Manuel, S. (2005). Obstacles to condom use among secondary school students in Maputo city, Mozambique. *Culture, Health and Sexuality*, 7 (3), 293-302.

Marques, A. M. & Prazeres, V. (Coord.) (2000). *Educação Sexual em Meio Escolar: Linhas orientadoras*. Ministério da Educação e Ministério da Saúde.

Marques, E.M.B.G. & Silva, M.L.F.C. (1999). Educação para a Saúde/Sexualidade… Uma experiência a partilhar… In Precioso, J. et al. (Orgs.) (1999). *Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação – Universidade do Minho.

Martinez Mendez, Z. (1996). Colombia's "National Project for Sex Education". *SIECUS Report*, 24 (3), 13.

Martiniuk, A.L.C; O'Connor, K.S. & King, W.D. (2003). A cluster randomised trial of a sex education programme in Belize, Central America. *International Journal of Epidemiology*, 32, 131-136.

Matos, M.G. & Gaspar, T. (2005). Adolescentes Portugueses: Risco e Protecção. Disponível em www.aidscongress.net

Mbizvo, M.T. et al (1997). Effects of a randomized health education intervention on aspects of reproductive health knowledge and reported behaviour among adolescents in Zimbabwe. *Social Sciences & Medicine*, 44 (5), 573-577.

McCree, D.H. et al (2003). Religiosity and Risk Sexual Behaviour in African-American Adolescent Females. *Journal of Adolescent Health*, 33, 2-8.

McIntyre, T. & Araújo, S. (1999). Programa de Promoção da Saúde: Avaliação da Eficácia de um Programa de Promoção da Saúde Psicossexual para Adolescentes (PPSPA). In Soares, A.P.; Araújo, S. & Caires, S. (Orgs.) (1999). *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos (Vol. VI).* Braga: APPORT.

McKay, A. et al (2001). Adolescent sexual health education does it work? Can it work better? An analysis of recent research and media reports. Canadian Journal of Human Sexuality, 10 (3/4), 127-135.

Mdluli, N. (1996). Iniciatives: Swaziland. *African Link*, 13-4.

Mellanby, A.R. et al (1995). School Sex education: an experimental programme with educational and medical benefit. *British Medical Journal*, 311, 414-417.

Mellanby, A.R.; Newcombe, R.G.; Rees, J. & Tripp, J.H. (2001). A comparative study of peer-led and adult-led school sex education. *Health Education Research*, 16(4), 481-492.

Menezes, I. (1990). O Desenvolvimento Psicossexual. In Campos, B.P. (Coord.) (1990) *Psicologia do Desenvolvimento e Educação de Jovens* (Vol. II). Lisboa: Universidade Aberta.

Menezes, I. (1999). *Desenvolvimento Psicológico na Formação Pessoal e Social*. Porto: Asa.

Miguel, N.S. (1995). *Os Jovens e a Sexualidade*. Lisboa: Projecto VIDA.

Milheiro, J. (1993). O que é feito da sexualidade? *Revista Portuguesa de Psicanálise*, VI, 2, 5-13.

Milheiro, J. (2000). Sexualidade e Ciclo de Vida: Introdução. In Barbosa, A. & Gomes-Pedro, J. (Eds.) (2000). *Sexualidade*. Lisboa: Departamento de Educação Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Minne, B. (1995). Educação Sexual com perguntas e respostas. Lisboa: Editorial Estampa.

Moita, G. & Ribeiro dos Santos, M. (s/d). *Falemos de Sexualidade: Um guia para pais e educadores*. Lisboa: Associação para o Planeamento Familiar.

Moore, S. & Rosenthal, D. (1991). Adolescents' Perceptions of Friends' and Parents' Attitudes of Sex and Sexual Risk-Taking. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1, 189-200.

Moore, S. & Rosenthal, D. (1992). The Social Context of Sexual Adolescent Sexuality. *Journal of Adolescence*, 15 (4), 415-435.

Moore, S. & Rosenthal, D. (1993). *Sexuality in Adolescence*. London: Routledge.

Moreira, D.A. (2002). *O Método Fenomenológico na Pesquisa*. São Paulo: Thomson.

Moreira, P. (2001). *Para uma prevenção que previna*. Coimbra: Quarteto Editora.

Moreira, P. (2003). *A Aventura dos Sentimentos e dos Pensamentos – Diferenciação Emocional, Cognitiva e Comportamental*. Porto: Porto Editora.

Moreira, P. & Melo, A. (Org.) (2005). *Saúde Mental: Do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.

Moreno, B. (1990). *La Sexualidad Humana: Estudio y perspectiva histórica*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Morgan, D. (1997). *Focus Group as Qualitative Research*. Londres: Sage Publications.

Moura Ferreira, P. (2003). Comportamento de Risco dos Jovens. In Villaverde, M. & Machado Pais, J. (Coord.) (2003). *Condutas de Risco, Práticas Culturais e Atitudes perante o Corpo*. Oeiras: Celta Editora.

Munodawafa, D. (1991). Attitudes of teachers toward implementing AIDS prevention education programmes in secondary schools of Zimbabwe. *Central African Journal of Medicine*, 37 (12), 390-393.

Nagy, S.; Watts, G.F.D. & Nagy, C. (2002). Coital Status and Perceptions About Sexual Abstinence Refusal Skills. *Journal of Adolescent Health*, 31, 79-83.

Nemcic, N. et al (2005). Development and Validation of Questionnaire Measuring Attitudes towards Sexual Health among University Students. *Croat Medical Journal*, 46 (1), 52-57.

Nelson, C. & Martin, M. (2004). *Sexual Pedagogies: Sex Education in Britain, Australia and America, 1879-2000*. Nova Iorque: Palgrave MacMillan.

Nodin, N. (2000). A Saúde Sexual e Reprodutiva: Um novo enfoque sobre a sexualidade. In Pais Ribeiro, J.L. *et al*. (Eds). (2000). *Psicologia da Saúde nas Doenças Crónicas: Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.

Nodin, N. (2001a). *Os Jovens portugueses e a Sexualidade nos finais do século XX*. Lisboa: Associação para o Planeamento Familiar.

Nodin, N. (2001b). Avaliação da Eficácia da Educação Sexual em Meio Escolar. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 32, 43-44.

Nyindo, M. (2005). Complementary factors contributing to the rapid spread of HIV-I in sub-Saharan Africa: a review. *East African Medical Journal*, 82 (1), 40-46.

Oakley, A. et al (1995). Sexual Health Education Interventions for Young People: A methodological review. *British Medical Journal*, 310, 158-172.

Okami, P. et al. (1998). Early childhood exposure to parental nudity scenes of parental sexuality ("primal scenes"): An 18-year longitudinal study of outcome. *Archives of Sexual Behaviour*, 27, 4, 361-384.

Oliver, M.B. & Hyde, J.S. (1993). Gender Differences in Sexuality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 1, 29-51.

O.M.S. (2001). *Relatório Mundial da Saúde - Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança.* Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

O.M.S. (2002). *Growing in Confidence: Programming for Adolescent health and Development – Lessons from eight countries.* Department of Child and Adolescent Health and Development.

Orji, E.O. & Esimai, O.A. (2005). Sexual behaviour and contraceptive use among secondary school students in Ilesha, south west Nigeria. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 25 (3), 269-272.

Ott. M.A. & Santelli, J.S. (2007). Abstinence and abstinence-only education. Current opinion in obstetrics and gynecology, 19(5), 446-452.

Owen, M. (1997). The bottom line: Mozambique. *Planned Parenthood Challenge*, 1-2, 45-7.

Oz, S. (1996). Teaching sex education in the Arab sector in Israel: An approach for working with a traditional population. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 22 (1), 54-62.

Pacheco, J. (2000). *O Sexo por Cá.* Lisboa: Livros do Horizonte.

Pacifici, C.; Stoolmiller, M. & Nelson, C. (2001). Evaluating a Prevention Program for Teenagers on Sexual Coercion: A Differential Effectiveness Approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (3), 552-559.

Paiva, J. & Paiva, J. (2002). *Sexualidade e Afectos*. Lisboa: Plátano Editora.

Pereira, M.M. & Freitas, F. (2001). *Educação Sexual: Contextos de Sexualidade e Adolescência.* Porto: Asa Editores.

Perez, F. & Dabis, F. (2003). HIV Prevention in Latin America: Reaching youth in Colombia. *AIDS Care*, 15 (1), 77-87.

Philpott, A. (2004). Can safe sex be good sex? Mixing pleasure and prevention. *Choices-Sexual and Reproductive Health and Rights in Europe*, 18-19.

Pimentel, I.F. (2002). Natalismo e política materno-infantil no Estado Novo. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 34, 15-24.

Pinto de Almeida, B. (1993). Como única acção/comunicação. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, VI, 2, 99-101.

Piscalho, I.; Serafim, I. & Leal, I. (2000). Representações sociais da educação sexual em adolescentes. In Pais Ribeiro, J.L. *et al*. (Eds). (2000). *Psicologia da Saúde nas Doenças Crónicas: Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.

Piscalho, I. & Leal, I. (2002). Promoção e educação para a saúde: Educação da sexualidade nas escolas – Um projecto de investigação-acção com adolescentes que frequentam o 10º ano de escolaridade. In Leal, I. et al. (Eds.) (2002). *Actas do 4º Congresso de Psicologia da Saúde: A Saúde numa Perspectiva de Ciclo de Vida.* Lisboa: ISPA.

Poeschl, G. (2001/2002). Práticas Familiares e Representações das Diferenças entre os Sexos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 17/18, 145-152.

Poeschl, G. (2001/2002). Representações das Tarefas Familiares. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 17/18, 161-170.

Popova, V.J. (1996). Sexuality education moves forward in Russia. *SIECUS Report*, 24 (3), 14-15.

Prazeres, V. (2002). Saúde dos Adolescentes. In Silva, L.F. (Org.) (2002). *Promoção da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

Prazeres, V. (2003). A Sexualidade e a Escola. In Sá, E. (Coord.) (2003). *Quero-te! Psicologia da Sexualidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Quartilho, M.J. (2003). Sexualidade e Construcionismo Social. In Fonseca, L.; Soares, C. & Vaz, J.M. (Coord.) (2003). *A Sexologia: Perspectiva Multidisciplinar II*. Coimbra: Quarteto Editora.

Reis, M.H. & Vilar, D. (2004). A implementação da educação sexual na escola: Atitudes dos professores. *Análise Psicológica*, 4 (XXII), 737-745.

Ribeiro dos Santos, M. (2002). Família e sexualidade – Narrativas e quotidianos. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 35, 16-19.

Richardson, J.T.E. (1996). *Handbook of Qualitative Research Methods for Psychology and the Social Science*. Leicester: The British Psychological Society Books.

Richters, J; Hendry, O. & Kippax, S. (2003). When safe sex isn´t safe. *Culture, Health & Sexuality*, 5 (1), 37-52.

Risor, H. (1991). Sex education in schools in Denmark. Does Foreningen for Familieplanlaegning (the Danish PPA) have a role to play? *Planned Parenthood in Europe*, 20 (1), 18-19.

Roberts, J. et al (2000). Health Care Service Use and Sexual Communication: Past Experience and Future Intention of High-Risk Male Adolescent. *Journal of Adolescent Health*, 27, 298-301.

Robinson, B. et al (1999). Therapeutic Uses of Sexuality Explicit Materials in the Czech and Slovak Republics: A qualitative study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 25, 103-119.

Rodrigues, C.J.M. (1999). Falar de Sexualidade na Escola: Uma prevenção fundamental na luta contra a SIDA. In Precioso, J. et al. (Orgs.) (1999). *Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação – Universidade do Minho.

Sá, E. (2000). Psicologia e Educação Emocional. In Barbosa, A. & Gomes-Pedro, J. (Eds.) (2000). *Sexualidade*. Lisboa: Departamento de Educação Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Sá, E. & Lúcio, L. (2003). Morrer de Amor. In Sá, E. (Coord.) (2003). *Quero-te! Psicologia da Sexualidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Salgueiro, E. (2000). Algumas reflexões sobre a sexualidade infantil. In Barbosa, A. & Gomes-Pedro, J. (Eds.) (2000). *Sexualidade*. Lisboa: Departamento de Educação Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Sampaio, D. (2000). Sexualidade na Adolescência. In Barbosa, A. & Gomes-Pedro, J. (Eds.) (2000). *Sexualidade*. Lisboa: Departamento de Educação Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Sampaio, D. et al. (2005). Relatório Preliminar. Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Ministério da Educação: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.

Sampaio, D. et al. (2007a). Relatório de Progresso. Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Ministério da Educação: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.

Sampaio, D. et al. (2007b). Relatório Final. Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Ministério da Educação: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.

Sampaio, M.M.A. (1987). *Escola e Educação Sexual*. Lisboa: Livros Horizonte.

Sanders, P. & Swinden, L. (1995). *Para me conhecer, para te conhecer… Estratégias de Educação Sexual para o 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico*. Lisboa: APF.

Sanderson, C.A. (2000). The effectiveness of a sexuality education newsletter in influencing teenages' knowledge and attitudes about sexual involvement and drug use. *Journal of Adolescent Research*, 15, 6, 674-681.

Sanna, L. (2002). Promoting Sexual and Reproductive Health Services and Human Rights for Youth and Adolescents in the Balkan Region. *Entre Nous - The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, 53, 10-11.

Santos, A.; Gomes, F.R. & Carvalho, M.M.P. (2000). *Sexualidades: Riscos e Partilhas*. Porto: Público Comunicação Social, S.A.

Santos, A.C. (2003). Entre natureza e (re)construção: da sexualidade reprodutiva às sexualidades emancipatórias. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (4), 885-886.

St. Lawrence, J.C. et al (1992). Cognitive-behavioural intervention to reduce African-American adolescents' risk for HIV infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 63 (2), 221-237.

Scharff, D.E. (1990). Sexual Development and Sexual Psychopathology: An object relations point of view. In Lewis, M. & Miller, S.M. (1990). *Handbook of Developmental Psychopathology.* New York: Plenum Press.

Schnarch, D.M. (1991). *Constructing the sexual crucible: An integration of sexual and marital therapy*. Nova Iorque: Norton.

Schuster, M.A. et al (1998). Impact of a High School Condom Availability Program on Sexual Attitudes and Behaviours. *Family Planning Perspectives*, 30 (2), 67-88.

Seabra Diniz, J. (1993). A Humana Sexualidade: Reflexão Psicanalítica sobre a Sexualidade na Clínica. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, VI, 2, 55-62.

Secretaria de Educación Pública (2000). *Sexualidad infantil y juvenil: Nociones introductorias para maestras y maestros de Educación Básica*. México.

Sedlecki, K. (2002). Sexual activity among young people is on the rise in Serbia. *Entre Nous - The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, 52, 4-5.

Selverstone, R. (1991). Sexuality Education can Strengthen Democracy. *Educational Leadership*, 58-60.

Senanayake, P. (1992). Positive approaches to education for sexual health with examples from Asia and Africa. *Journal of Adolescent Health*, 13 (5), 351-354.

Sequeira, F. (1993). A Sexualidade na Clínica Psicanalítica: Comunicação da Sexualidade ou Sexualidade da Comunicação? *Revista Portuguesa de Psicanálise*, VI, 2, 79-90.

Sherman, J.B. & Bassett, M.T. (1999). Adolescents and AIDS prevention: a school-based approach in Zimbabwe. *Applied Psychology*, 48 (2), 109-124.

Shortridge, J.L. (1997). Nigerian guidelines for sexuality education introduced at ceremony in Lagos. *SIECUS Report*, 25 (2), 4-7.

Silva, A. & Poeschl, G. (2001/2002). Representações das Semelhanças e Diferenças entre os Sexos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 17/18, 153-159.

Silva, L.F. (2002). Saúde/Doença, Realidade Cultural e Social. In Silva, L.F. (Org.) (2002). *Promoção da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

Silverman, D. (2000). *Doing Qualitative Research: A Practical Handbook*. Londres: Sage Publications.

Simbar, M; Tehrani, F.R. & Hashemi, Z. (2005). Reproductive health knowledge, attitudes and practices of Iranian college students. *East Mediterranean Health Journal*, 11 (5-6), 888-897.

Smith, B.A. (1999). Ethical and methodological benefits of using a reflexive journal in hermeneutic-phenomenologic research. *Journal of Nursing Scholarship*, 31, 359-363.

Smith, G.E.; Gerrard, M. & Gibbons, F.X. (1997). Self-esteem and the relation between risk behaviour and perceptions of vulnerability to unplanned pregnancy in college women. *Health Psychology*, 16, 2, 137-146.

Smith, M.U. (2000). STAND: A Peer Educator Training Curriculum for Sexual Risk Reduction in the Rural South. *Preventive Medicine*, 30, 441-449.

Snegroff, S. (2000). No sexuality education is sexuality education. Family Planning Perspectives, 32 (5), 257-259.

Soares, I. & Campos, B.P. (1986). Educação Sexual e Desenvolvimento Psicossexual. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 2, 71-79.

Soczka, L. (1988). Representações sociais, relações intergrupos e identidades profissionais dos psicólogos. *Psicologia*, 22, 253-275.

Soczka, L. (2000). Contextos territoriais e a perspectiva ecológica em psicologia social. In Vala, J. & Monteiro, M.B. (Coords.). *Psicologia Social* (5ª Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Somers, C.L.; Johnson, S.A. & Sawilowsky, S.S. (2002). A Measure for Evaluation the Efectiveness of Teen Pregnancy Prevention Programs. *Psychology in the School*, 39 (3), 337-342.

Somers, C.L. & Canivez, G.L. (2003). The Sexual Communication Scale: A measure of frequency of sexual communication between parents and adolescents. *Adolescence*, 38, 149, 43-56.

Sonenstein, F.L. (1997). Using Self Reports to Measure Program Impact. *Children and Youth Services Review*, 19 (7), 567-585.

Song, E.Y.; Pruitt, B.E.; McNamara, J. & Colwell, B. (2000). A meta-analysis examining effects of school sexuality education programs on adolescents' sexual knowledge, 1960-1997. *Journal of School Health,* 70 (10), 413-416.

Stephenson, J.M. et al (2004). Pupil-led sex education in England (RIPPLE study): cluster-randomised intervention trial. *Lancet,* 364, 338-346.

Stettini, P. (2006). A Educação Sexual na Europa: A situação em Itália. Comunicação apresentada no 4º Simpósio de Sexologia da Universidade Lusófona, Lisboa, 19 a 21 de Janeiro.

Stevens-Simon, C. & Kaplan, D. (1998). Teen Childbearing: Which tide turned when and why? *Pediatrics*, 102, 1205-1207.

Stone, N. et al (2006). Oral Sex and Condom Use Among Young People in the United Kingdom. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38 (1), 6-12.

Suplicy, M. (1995). *Sexo para Adolescentes*. Porto: Edições Afrontamento.

Swain, S.; Warne, E. & Hillel, M. (2004). Ignorance is not innocence: Sex education in Australia, 1980-1939. In Nelson, C. & Martin, M. (2004). *Sexual Pedagogies: Sex Education in Britain, Australia and America, 1879-2000*. Nova Iorque: Palgrave MacMillan.

Tabachnick, B., Fidell, L. (1996) *Using Multivariate Statistics*. New York: HarperCollins College Publishers

Taylor, W.E. (1996). Initiatives: Sierra Leone. *African Link*, 10-11.

Tetteh, N. (1996). Initiatives: Ghana. *African Link*, 8-9.

Timmer, V. (2002). The Netherlands: A model country? *Entre Nous - The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, 52, 6.

Tingle, L.R. (2002). Evaluation of North Carolina “Baby Think It Over” project. *Journal of School Health*, 72 (5), 178-183.

Trafimow, D. (2001). Condom use among U.S. students: The importance of confidence in normative and attitudinal perceptions. *Journal of Social Psychology*, 14, 1, 49-59.

UNAIDS (2006). Global facts and figures. Disponível em www.unaids.org

UNESCO (2004). Characteristics of Successful Health Education Programmes to Prevent HIV/AIDS. Disponível em www.unesco.org/education/fresh

Utriainen, S. (1989). Adolescent pregnancy: standards and services in Finland. *Child Welfare*, 68 (2), 167-182.

Vasconcelos, T. (2000). Sexualidade e Educação: Desafios para a Educação. In Barbosa, A. & Gomes-Pedro, J. (Eds.) (2000). *Sexualidade*. Lisboa: Departamento de Educação Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Vaz, J.M. (1993). Psicanálise e Educação Sexual: O Divórcio Inexistente. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, VI, 2, 103-107.

Vaz, J.M. (Coord.) (1996). *Educação Sexual na Escola*. Lisboa: Universidade Aberta.

Vaz, J.M. (2000). Antropologia Médica, Sexualidade e Clínica. In Barbosa, A. & Gomes-Pedro, J. (Eds.) (2000). *Sexualidade*. Lisboa: Departamento de Educação Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Vaz, J.M. (2003). Sexualidade e História. In Fonseca, L.; Soares, C. & Vaz, J.M. (Coord.) (2003). *A Sexologia: Perspectiva Multidisciplinar II*. Coimbra: Quarteto Editora.

Vernell, M.; Berhane, Y. & Wendte, J.F. (2002). Sexuality and contraception among never married high school students in Butajira, Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal*, 40 (1), 41-51.

Viana, M.C. (2001). Promoção da Saúde na Escola: Perspectivas Teóricas e Opiniões de Profissionais de Educação e de Saúde, Um Estudo Exploratório. Universidade do Minho: Dissertação de Mestrado.

Vilar, D. (1987). Aprendizagem Sexual e Educação Sexual. In Allen, F.G. e al (1987). *Sexologia em Portugal. 2º Vol. A Sexologia Clínica*. Lisboa: Texto Editora.

Vilar, D. (2003a). Falar disso: A Educação Sexual nas Famílias de Adolescentes. Porto: Edições Afrontamento.

Vilar, D. (2003b). Questões Actuais sobre a Educação Sexual num Contexto de Mudança. In Fonseca, L.; Soares, C. & Vaz, J.M. (Coord.) (2003). *A Sexologia: Perspectiva Multidisciplinar II*. Coimbra: Quarteto Editora.

Vilar, D. (2005). A Educação sexual faz sentido no actual contexto de mudança? *Educação Sexual em Rede*, 1, 8-24.

Walker, D. et al (2006). HIV prevention in Mexican schools: prospective randomised evaluation of intervention. *British Medical Journal,* 332, 1189-1194.

Ward, L.M. (1995). Talking about sex: Common themes about sexuality in the prime-time television programs children and adolescents view most. *Journal of Youth & Adolescence*, 24, 5, 595-615.

Weeks, J. (1992). The body and sexuality. In Bocock, R. & Thompson, K. (Eds.). *Social and Cultural Forms of Modernity*. Polity Press.

Weeks, J. (2003). *Sexuality*. Nova Iorque: Routledge.

Werner-Wilson, R.J. (1998). Gender Differences in Adolescent Sexual Attitudes: The influence of individual and family factors. *Adolescence*, 33, 131, 519-531.

Whatley, M.H. & Trudell, B.K. (1993). Teen-Aid: Another Problematic Sexuality Curriculum. *Journal of Sex Education and Therapy*, 19(4), 251-271.

Whitaker, D. J.; Miller, K.S. & Clark, L.F. (2000). Reconceptualising Adolescent Sexual Behaviour: Beyond did they or didn´t they? *Family Planning Perspectives*, 32 (3), 111-117.

Wight. D. et al (2002). Limits of teacher delivered sex education: interim behavioural outcomes from randomised trial. *British Medical Journal*, 324, 1430-1436.

Winkel, G.H. (1991). Implications of environmental context for validity assessment. In Stokols, D. & Altman, I. (Eds.). *Handbook of Environmental Psychology.* Florida: Krieger Publishing Company.

Yankah, E. & Aggleton, P. (2008). Effects and effectiveness of life skills education for HIV prevention in young people. *AIDS Education and Prevention*, 20 (6), 465-485.

Yoo, S. et al (2004). A Qualitative Evaluation of the Students of Service (SOS) Program for Sexual Abstinence in Louisiana. *Journal of School Health*, 74 (8), 329-334.

Yowell, C.M. (1997). Risks of Communication: Early adolescent girls' conversations with mothers and friends about sexuality. *Journal of Early Adolescence*, 17, 2, 172-196.

Zhang, Z. (1997). Sex education vital for Chinese adolescents. *China Popular Today*, 14 (1), 13-14.

Legislação:

Despacho n.º 106/98 – Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar

Lei n.º 3/84 – Educação Sexual e Planeamento Familiar

Lei n.º 120/99 – Reforça as garantias do direito ao planeamento familiar

Lei n.º 259/2000 – Regulamentação da lei 120/99

Lei n.º 12/2001 – Contracepção de emergência

Lei n.º 90/97 – Altera os prazos de exclusão nos casos de interrupção voluntária da gravidez

Portaria n.º 52/85 – Regulamento das consultas de Planeamento Familiar e Centros de Atendimento a Jovens