



FMUP

BIOÉTICA

CRISTIANA AZEVEDO ALVES

**O IMPACTO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO
SEXUAL NOS COMPORTAMENTOS PROTECTORES DOS
ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada na Faculdade de Medicina da
Universidade do Porto, para obtenção do grau de
Mestre em Bioética sob a orientação da Professora
Doutora Carla Serrão.

6º CURSO DE MESTRADO EM BIOÉTICA

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

PORTO, 2010

AGRADECIMENTOS

Tendo em consideração que é sempre ingrata a tarefa de um agradecimento quando se sente que este corre o risco de conter omissões, quero, no entanto, expressar o meu reconhecimento a todos aqueles que, de forma directa ou indirecta, contribuíram para a realização deste trabalho.

À Professora Doutora Carla Serrão, orientadora desta Dissertação de Mestrado, pelo incentivo constante com que sempre me acompanhou, pela sua amizade e sugestões;

Ao Professor Doutor Rui Nunes, Director do Serviço de Bioética e Ética Médica e Coordenador do Curso de Mestrado, pelos ensinamentos que me forneceu ao longo deste percurso;

Aos Mestres Miguel Ricou e Ivone Duarte, pelo apoio, estímulo e amizade demonstrados ao longo destes anos;

Aos meus amigos, pela compreensão manifestada, mesmo nos momentos mais difíceis;

E, finalmente, aos meus pais, ao meu irmão e ao Miguel sem os quais não teria sido possível a prossecução deste trabalho.

RESUMO

A sexualidade é uma das componentes essenciais do corpo, da vida e das relações interpessoais dos seres humanos, sendo, por isso, uma das componentes do crescimento humano, das aprendizagens, ou seja, da socialização. Oferece possibilidades maravilhosas, mas em alguns casos pode ser fonte de riscos. E se existe uma fase da vida em que esses riscos são particularmente preocupantes, é a adolescência. Talvez por isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considere os adolescentes como sendo um “grupo de risco”.

Assim, a faixa etária abrangida pelo 2.º e 3.º ciclos do ensino básico e pelo ensino secundário é caracterizada por todo um processo de alterações biopsicossociais, que situam o adolescente perante uma nova forma de se encarar a si próprio e a tudo o que o rodeia, frequentemente geradora de ansiedades e dificuldades ao nível da auto-estima, aliadas às primeiras experiências sexuais. A este processo segue-se uma fase de consolidação das componentes físico-psíquico e social, envolvendo a descoberta, a adaptação a novos sistemas de valores, atitudes e sentimentos, bem como a emergência de um novo estilo de relacionamento amoroso.

Por estes aspectos, é premente desenvolver, nos adolescentes, competências e conhecimentos promotores de atitudes positivas e responsáveis face à sexualidade, prevenindo comportamentos que possam conduzir a situação de risco na esfera da saúde sexual e reprodutiva (SSR).

Actualmente, considera-se que a educação para a saúde constitui um importante veículo no que se refere aos cuidados de saúde. Assim, acaba por ser também um veículo importante na prossecução de um dever ético por parte dos profissionais, pelo que se constitui como um processo fundamental para que seja respeitado o quadro valorativo inerente à E.S.

Quando reflectimos sobre as finalidades da escola e da educação, nem sempre é consensual que ela seja o local onde se promove a capacidade de pensamento racional e crítico, nomeadamente no campo da sexualidade humana e que tenha como objectivo primordial a educação para os valores. No entanto, apesar dos normativos legais (LBSE, 1986) apontarem para a necessidade de a escola assegurar a formação cívica e moral dos alunos (artigo 3º) e de levar a cabo, entre outras áreas, a educação sexual dos alunos tal não se tem vindo a verificar.

Na quase totalidade das escolas portuguesas, a Educação Sexual (E.S.) não se encontra implementada de forma intencional e sistemática (Serrão, 2009).

No que se refere à avaliação de programas de E.S. existentes noutros países, a literatura científica sustenta, por um lado, que estes programas contribuem para reduzir comportamentos de risco e para aumentar comportamentos protectores e, por outro lado, que os jovens que frequentam este tipo de acções iniciam a actividade sexual um pouco mais tarde (Kirby & Brown, 1996, cit M.E. et al, 2000).

Neste sentido, o estudo aqui apresentado pretende avaliar o impacto de um programa de E.S. dirigido a adolescentes do 6.º ano de escolaridade. O período de realização do programa decorrerá durante um ano lectivo, sendo dinamizado no âmbito das Áreas Curriculares Não Disciplinares (ACND), nomeadamente nas disciplinas de Formação Cívica e Área de projecto.

ABSTRACT

Sexuality is an essential component of the body, life and interpersonal relationships of humans, and is consequently a component of human growth, learning and socialization in general. It offers wonderful possibilities, but in some cases can be a source of risk. And if there is a stage in life where such risks are of particular concern it is the adolescence. Perhaps this is why the World Health Organization (WHO) considers adolescents as a "risk group".

So, the age range covered by the second and third cycles of primary and secondary education is characterized by a whole process of biopsychosocial changes that place the teenager in a new way of looking at himself and everything that surrounds him. This often generates anxieties and difficulties in terms of self-esteem, related to the first sexual experiences. This process is followed by a phase of consolidation of the physical, mental and social elements, involving the discovery, adaptation to new systems of values, attitudes and feelings, as well as the emergence of a new style of loving relationships.

For these aspects, it is urgent to develop in adolescents skills and positive, responsible knowledge-enhancing attitudes towards sexuality, preventing behaviors that may lead to a risk situation in the sphere of sexual and reproductive health.

Currently, it is considered that health education is an important vehicle in relation to health care. Furthermore, it is also an important way of pursuing an ethical duty on the part of the professionals, and therefore it is a fundamental process concerning the evaluative framework inherent to sexual education.

When we think about the propose of school and education it is not always consensual that it is the place where the ability of rational, critical thinking is promoted, particularly in the field of human sexuality, and that has the primary objective of an education for values. However, despite the legal regulations (the Education Act, 1986) point to the need of school to ensure civic and moral development of children (Article 3) and to carry out, among other areas, sexual education of the students, that hasn't been observed so far.

In almost all Portuguese schools, Sexual Education is not implemented intentionally and systematically (Serrão, 2009).

With regard to the program evaluation of Sexual Education in other countries, the scientific literature supports, on one hand, that these programs contribute to reduce risk behaviors and increase protective behaviors and, on the other hand, that young people who

attend this type of action initiate sexual activity a little later (Kirby & Brown, 1996, cit ME et al, 2000).

In this sense, the study presented here aims to evaluate the impact of a Sexual Education program directed to adolescents from the sixth grade. The program will last for one academic year, and integrated in the scope of cross-curricular areas, particularly in the disciplines of Civic Formation and Project Area.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACND – Áreas Curriculares Não Disciplinares

APF – Associação para o Planeamento da Família

C.A.N. – Centro de Apoio Nacional

C.C.P.E.S. – Comissão Coordenadora da Promoção e Educação para a Saúde

CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

D.G.I.D.C. – Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular

D.G.S. – Direcção Geral de Saúde

E.A.S. – Escala de Atitudes Sexuais

E.A.S.-A – Escala de Atitudes Sexuais – Versão Adolescentes

E.S. – Educação Sexual

GTES – Grupo de Trabalho da Educação Sexual

IST's – Infecções Sexualmente Transmissíveis

M.E. – Ministério da Educação

M.S. – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

R.N.E.P.S. – Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde

SIECUS – Sexuality Information and Education Council of the United States

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO – World Health Organization

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição dos objectivos, estratégias e áreas trabalhadas em cada sessão	66
---	----

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO	3
II. ESTADO DA ARTE	8
1. CONCEPTUALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO SEXUAL E DA SEXUALIDADE	8
1.1. Tipos De Educação Sexual	11
1.1.1. Educação Sexual Implícita E Seus Agentes	13
1.1.2. Educação Sexual Explícita E Seus Agentes	16
2. A ADOLESCÊNCIA	19
2.1. Perspectiva Desenvolvimental	19
2.2. Factores De Risco E Factores De Protecção	22
3. A BIOÉTICA NA EDUCAÇÃO PARA UMA SEXUALIDADE RESPONSÁVEL	29
3.1. Bioética: Da Origem Aos Actuais Fundamentos E Princípios	29
3.2. O Modelo De Educação Sexual Existente Em Portugal	31
3.3. O Quadro Valorativo Da Educação Sexual	34
3.3.1. A Igualdade De Oportunidades E A Educação Sexual	34
3.3.2. Os Valores, A Escola E A Educação Sexual	36
3.3.3. O Exercício Da Autonomia E A Sexualidade	40
3.3.4. O Desenvolvimento Ético Do Indivíduo E A Educação Sexual	44
4. PROGRAMAS PREVENTIVOS	47
4.1. Aspectos Relevantes No Desenvolvimento De Um Programa De Educação Sexual	49
4.2. Técnicas De Educação Sexual	50
4.2.1. Técnicas De Partilha De Informação	51
4.2.2. Técnicas De Clarificação De Valores E Atitudes	52
4.2.3. Técnicas De Treino De Competências	53
III. HIPÓTESE DE TRABALHO	55
IV. MATERIAIS E MÉTODOS	57
1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	57
2. INSTRUMENTOS	57
2.1. Declaração De Consentimento Informado	58
2.2. Questionário Sócio-Demográfico	58

2.3.Escala De Atitudes Sexuais – Versão Adolescentes	58
2.4.“CABS” - Children’s Assertive Behavior Scale	59
2.5.Escala De Conhecimentos	60
2.6.Instrumento De Avaliação De Competências – Dilemas	61
3. PROGRAMA E OBJECTIVOS	61
3.1.Plano De Intervenção	61
4. PROCEDIMENTOS	67
4.1.Recolha Dos Dados	67
4.2.Análise Dos Dados	68
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	83
ANEXO I - Consentimento Informado Aplicado aos Encarregados de Educação	84
ANEXO II - Consentimento Informado Aplicado aos Alunos	86
ANEXO III - Questionário Sócio-demográfico	88
ANEXO IV - Escala de Atitudes Sexuais – Versão Adolescentes (EAS-A)	89
ANEXO V – “CABS”-Children’s Assertive Behavior Scale	91
ANEXO VI - Questionário de Conhecimentos	97
ANEXO VII - Discussão de Casos – Dilemas	98

I. INTRODUÇÃO

A sexualidade tem sido, ao longo do tempo, objecto de diversas abordagens do ponto de vista moral e filosófico, estético, literário e artístico. Mais recentemente, a sexualidade passou a ser também um objecto de estudo científico e uma componente das políticas de saúde e da intervenção técnico-profissional. Até há poucas décadas, era sobretudo ocultada ou apresentada de forma negativa, como uma componente perigosa da condição humana, dos seus comportamentos e do seu crescimento.

No entanto, o estudo científico da sexualidade que se foi realizando ao longo de todo o século XX, o desenvolvimento e prevalência de valores democráticos e humanísticos, sobretudo na segunda metade do mesmo, as profundas transformações na condição feminina e nos papéis de género e a revolução contraceptiva contribuíram para a emergência e afirmação de uma visão da sexualidade, na qual se valoriza essencialmente uma componente positiva da condição humana, ligada ao bem-estar e realização pessoal, à intimidade e às relações amorosas.

Apesar de todas as mudanças que se fizeram sentir ao longo das últimas décadas, as famílias continuam a ter acentuadas dificuldades em abordar estas questões com os jovens e a informação veiculada pelos *media* é, por natureza, insuficiente e, muitas vezes, confusa.

Durante a adolescência ocorrem alterações quer a nível físico, quer a nível cognitivo e sócio-emocional, o que implica um desenvolvimento da autonomia e a aquisição de competências necessárias para funcionarem efectivamente no mundo adulto. Caracteriza-se também por um progressivo declínio do impacto da influência dos pais e um correspondente aumento da influência do grupo de pares. Além disso, é também notável um aumento da percepção de invulnerabilidade face a comportamentos comprometedores de saúde (Sprinthall, 1993).

A saúde dos jovens depende do nível de conhecimentos que os jovens detêm sobre a sexualidade. Assim sendo, a ausência de conhecimentos nesta área pode levar a situações de gravidez indesejada, ao aumento da taxa de maternidade adolescente, a situações de abortamento, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), ao abuso sexual, ao assédio e à violação. Por isso, Masters e Johnson (1966, cit Sprinthall, 1993) realçam a necessidade da criação de programas educativos eficazes para ajudar a reduzir os “sentimentos de incompetência” e eliminar as crenças populares erradas sobre a sexualidade humana.

Nesse sentido, os programas de Educação para a Saúde visam a aquisição de hábitos saudáveis entre os adolescentes, constituindo formas de prevenção primária da saúde e tentando diminuir os comportamentos de risco e promover estilos de vida saudáveis. No que diz respeito à área da Educação Sexual (E.S.), os programas de educação para a saúde, definem os seguintes objectivos: “promover a saúde através da educação para uma sexualidade responsável; desenvolver atitudes responsáveis num relacionamento afectivo/sexual; desenvolver capacidades individuais de autonomia; e prevenir IST’s e gravidez não desejada, através da dinamização do acesso à informação e à aquisição de conhecimentos por parte dos alunos sobre as várias dimensões da sexualidade” (Lemos, 2001, p. 3).

Vários estudos (e.g., Ekstrand, Siegel & Nido, 1996, cit Collins et al., 2002) comprovam que a E.S. promove a opção por uma sexualidade responsável, estando associada a um início mais tardio da actividade sexual e não à sua antecipação como é muitas vezes considerado.

A prevenção assume, assim, um papel de protagonismo, sendo as crianças e os jovens o público principal de intervenção. Segundo a Decisão n.º 647/96/CE do Parlamento Europeu e do Conselho da Europa, “a informação dada às crianças e aos jovens deve começar desde cedo no contexto geral da informação sobre higiene, sexualidade e educação para a saúde” (Nunes & Rego, 2006, p. 16), principalmente se considerarmos que cada vez mais os adolescentes iniciam a sua vida sexual mais precocemente (Roque, 2001).

Por isso, o objectivo explícito da educação para a saúde, pela primeira vez expresso na Carta de *Ottawa* no conceito de promoção da saúde, é o de capacitar “as pessoas para aumentar o conhecimento sobre a sua saúde e a melhorar” (WHO, 1986).

Por outras palavras, pode dizer-se que a educação para a saúde constitui-se como uma “prática que implica um conjunto de conhecimentos, aptidões e competências de vários domínios: educativo, psicológico, médico, ético, sociológico, antropológico, comunicacional, que se vai ocupar do reconhecimento dos recursos disponíveis para a protecção e promoção da saúde dos indivíduos e da comunidade, com vista à construção de um ambiente de bem-estar para todos” (Gonzaga & Nunes, 2006, p. 56).

Também o relatório “Reduzindo riscos e promovendo uma vida saudável” da responsabilidade da OMS (2002) sublinha a importância da promoção dos comportamentos ligados à saúde e a importância da identificação e prevenção de factores de risco. Neste sentido, a OMS aponta dez factores que contribuem para o risco na Saúde Global e que incluem as relações sexuais não protegidas e o consumo de substâncias, situações estas muitas

vezes associadas a acidentes, violência social e doméstica, abusos de carácter sexual, o suicídio e outras agressões auto-infligidas, a alienação escolar, profissional e social (Grupo de Trabalho da Educação Sexual, 2007a).

O aumento das ISTs, nomeadamente da infecção do VIH/SIDA, em associação a outros riscos ligados à actividade sexual, como a gravidez não desejada, fez com que a sexualidade passasse a ser considerada como uma questão de urgência social epidemiológica e como um factor que pode ter um impacto negativo relevante na saúde. Estes problemas têm por base, muitas vezes, uma grande dose de iliteracia em questões básicas ligadas à sexualidade e à vida reprodutiva (Reis & Matos, 2008).

Tendo como pressuposto o movimento mundial de promover um maior nível de saúde sexual na população e de se considerar os jovens como um grupo social vulnerável, torna-se fundamental, por um lado, “compreender os comportamentos sexuais de risco dos jovens, uma vez que estes podem originar graves consequências ao nível pessoal e ao nível sócio-económico e, por outro lado, compreender a importância dos diferentes agentes de socialização na E.S. dos jovens” (Reis & Matos, 2008, p. 22).

É, por isso, hoje reconhecida a necessidade da importância da E.S. em meio escolar e noutros contextos formais de aprendizagem. A Lei 3/84¹ compromete o Estado português na promoção da E.S. das crianças e jovens. Este envolvimento foi reafirmado pela Lei 120/99, assim como na sua regulamentação através do Decreto-Lei 259/2000². O Plano Nacional de

¹ A Lei n.º 3/84 incide, além das condições inerentes ao planeamento familiar, na educação sexual. No Artigo 1.º, no ponto 1 está escrito que “O estado garante o direito à educação sexual, como componente do direito fundamental à educação.” (p. 981). No Artigo 2.º, os seus quatro pontos contemplam a garantia do estado, os programas escolares, a formação de docentes e o apoio aos pais em matéria de educação sexual, nomeadamente: “1 – O dever fundamental de proteger a família e o desempenho da incumbência de cooperar com os pais na educação dos filhos cometem ao Estado a garantia da educação sexual dos jovens através da escola, das organizações sanitárias e dos meios de comunicação social. 2 – Os programas escolares incluirão, de acordo com os diferentes níveis de ensino, conhecimentos científicos sobre anatomia, fisiologia, genética e sexualidade humanas, devendo contribuir para a superação das discriminações em razão do sexo e da divisão tradicional de funções entre mulher e homem. 3 – Será dispensada particular atenção à formação inicial e permanente dos docentes, de forma a dotá-los do conhecimento e da compreensão da problemática da educação sexual, em particular no que diz respeito aos jovens. 4 – Serão criadas também condições adequadas de apoio aos pais no que diz respeito à educação dos seus filhos.” (p. 981-982)

Está explícita, neste documento legal, a responsabilidade que o governo pretende tomar sobre este tema, difundindo estratégias para a sua implementação, estruturadas a partir da formação docente e apoiadas socialmente.

² O Decreto-Lei n.º 259/2000 especifica a integração e a interdisciplinaridade da ES: “1 – A organização curricular dos ensinos básico e secundário contempla obrigatoriamente a abordagem da promoção da saúde sexual e da sexualidade humana, quer numa perspectiva interdisciplinar, quer integrada em disciplinas curriculares cujos programas incluem a temática. 2 – O projecto educativo de cada escola, (...) deve integrar estratégias de promoção da saúde sexual, tanto no desenvolvimento do

Saúde contempla, igualmente, a necessidade de desenvolver estratégias de promoção da saúde sexual e reprodutiva nas populações jovens. Apesar disso, a E.S. nas escolas portuguesas tem sido um processo difícil de concretizar.

Um estudo realizado por Ramiro e Matos (2008) sugere que os professores, apesar de serem maioritariamente favoráveis à E.S. em meio escolar, revelam uma atitude pouco positiva face a este tema. Outro estudo, realizado por Serrão (2006), demonstra que a maioria (94%) dos professores incluídos na amostra, concorda com a promoção da E.S. em contexto escolar e considera que a formação do educando sobre este assunto deve ser partilhada entre pais e comunidade educativa.

Apesar dos normativos legais (e.g., Lei de Bases do Sistema Educativo, 1986³; Decreto-Lei 259/2000; Lei n.º 3/84) apontarem para a necessidade de a escola assegurar a formação cívica e moral dos alunos e de levar a cabo, entre outras áreas, a E.S. dos mesmos, tal não se tem vindo a verificar, uma vez que a E.S. não se encontra implementada de forma intencional e sistemática na quase totalidade das escolas portuguesas.

currículo, como na organização de actividades de enriquecimento curricular, favorecendo a articulação escola-família, fomentar a participação da comunidade escolar e dinamizar parcerias com entidades externas à escola, nomeadamente com o centro de saúde da respectiva área, de acordo com o disposto no n.º4 do artigo 2.º da Lei n.º 120/99, de 11 de Agosto. 3 – O plano de trabalho da turma (...) deve ser harmonizado com os objectivos do projecto educativo da escola e compreender uma abordagem interdisciplinar da promoção da saúde sexual, de forma a garantir uma intervenção educativa integrada.” (p. 5784). A legislação em vigor, referente a esta matéria, considera ainda a criação de condições favoráveis nas escolas, a intervenção da família e a intervenção da comunidade, sobretudo ao nível do estabelecimento de parcerias, especialmente com o centro de saúde da área geográfica. Desta forma, constata-se que os objectivos e os níveis de intervenção enunciados na Carta de *Ottawa* parecem adquirir aplicabilidade na sociedade portuguesa. Todavia, as dificuldades de implementação da ES parecem resistir às várias disposições legais.

³ A lei de bases do sistema educativo ajudou a concretizar nas escolas a lei 3/84 ao atribuir ao sistema educativo a responsabilidade de incluir nos currículos escolares a abordagem de conteúdos relacionados com o processo pessoal e desenvolvimental das crianças e jovens (Artigo 2.º- Princípios Gerais, pontos 4 e 5).

No artigo 3º, esta lei definiu que o sistema educativo organiza-se de forma a:

b) contribuir para a realização do educando, através do pleno desenvolvimento da personalidade, da formação e do carácter e da cidadania, preparando-o para uma reflexão consciente sobre os valores espirituais, estéticos, morais e cívicos e proporcionando-lhes um equilibrado desenvolvimento físico;
c) assegurar a formação cívica e moral dos jovens; d) assegurar o direito à diferença, mercê do respeito pelas personalidades e pelos projectos individuais da existência, bem como da consideração e valorização dos diferentes saberes e culturas.

No Artigo 47.º, a E.S. é situada numa área educativa de cariz transdisciplinar: “2 – 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, prevenção de acidentes, a educação para a saúde e a educação para a participação nas instituições, serviços cívicos e outros do mesmo âmbito.” (LBSE, 1986, p.39)

Segundo o Grupo de Trabalho da Educação Sexual (GTES, 2007b), apesar da E.S. na escola ser imprescindível, esta deverá ser aliada à promoção da saúde, passando, por isso, a ser parte integrante da educação para a saúde.

Assim, esta dissertação tem como finalidade a promoção da E.S. em contexto escolar, sendo o seu objectivo central analisar o impacto de um programa de E.S. dirigido a adolescentes do 6.º Ano de Escolaridade.

No que se refere à escolha do tema, o interesse por esta temática encontra-se relacionado com o facto de ter participado anteriormente no projecto “A sexualidade e os (des)afectos: A educação para a saúde como contributo para uma ética social”, dirigido à comunidade escolar de cinco escolas do ensino secundário público, abrangendo alunos, professores e pais/encarregados de educação, na área do grande Porto. Este projecto centrou-se na prevenção primária e teve como principais objectivos a promoção da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos, assim como a diminuição dos comportamentos de risco associados à transmissão do VIH, tendo sido desenvolvido pelo Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Para tal, este trabalho encontra-se dividido em quatro partes distintas.

Assim, após a introdução, no segundo capítulo, é abordado o estado da arte, nomeadamente a conceptualização da educação sexual e da sexualidade, a adolescência, a bioética na educação para uma sexualidade responsável e, por fim, os programas preventivos no âmbito da E.S.

O terceiro capítulo refere-se à definição da hipótese de trabalho.

O capítulo seguinte, capítulo IV, diz respeito à abordagem dos materiais e métodos, em particular a caracterização da amostra, os instrumentos e os procedimentos a utilizar.

Por fim, o capítulo V, descreve as considerações finais, retiradas após o término do trabalho.

Espera-se desta forma contribuir para o conhecimento mais profundo do impacto de um programa de E.S. e da sua importância, tendo em conta que esta pode proporcionar aos jovens um desenvolvimento mais equilibrado da sua personalidade, possibilitando-lhes opções responsáveis e livres sobre a sua própria sexualidade. A par da discussão ética sobre os aspectos relacionados com a E.S., considera-se que este trabalho pode surtir um importante contributo não só ao nível da compreensão, mas também da intervenção com os adolescentes que frequentam os programas de E.S. no 6.º Ano de Escolaridade.

II. ESTADO DA ARTE

1. CONCEPTUALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO SEXUAL E DA SEXUALIDADE

De acordo com a Carta de *Ottawa* (1986), a “Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida; a saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Em consequência, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar” (p. 1).

No que se refere à sexualidade, o seu conceito deriva necessariamente de um conjunto de aproximações feitas a partir de várias ciências, pois, dada a sua complexidade, não se pode definir a partir de um único ponto de vista.

Assim sendo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a sexualidade 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, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental” (Frade et al., 1999, cit Anastácio, 2007).

Em 2002, a OMS reformulou este conceito, denominando-a como "um aspecto central do ser humano, que acompanha toda a vida e que envolve o sexo, a identidade, os papéis de género, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações. Se a sexualidade pode incluir todas estas dimensões, nem sempre todas elas são experienciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interacção de factores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais” (p. 3).

É, assim, uma dimensão fundamental da vida humana, caracterizando-se pelas práticas e desejos relacionados com a afectividade, o prazer, os sentimentos e o exercício da liberdade e da saúde. É evidenciada não apenas por aquilo que fazemos, como também pelo que somos, logo não pode ser entendida como uma proposta individual, mas construída através da influência de vários factores, nomeadamente factores históricos, culturais e sociais, que levam à existência de limites, preconceitos, mitos e tabus (Neto & L'abbate, 2007).

Pode, então, considerar-se que a sexualidade tem uma vertente emocional e constitui-se como fundamental na formação da identidade, do auto-conceito, da auto-estima, do relacionamento com os outros e, conseqüentemente, do bem-estar geral do indivíduo (M.E., C.C.P.E.S., A.P.F., M.S., D.G.S., C.A.N. & R.N.E.P.S., 2000).

Acima de tudo, a sexualidade é considerada como uma construção pessoal (Vaz et al., 1996).

Assim sendo, é fundamental a compreensão da dimensão sócio-cultural da sexualidade na adolescência, tendo em conta que a condição mínima para que um adolescente se previna é que este assuma uma postura activa de tornar-se sujeito da sua própria saúde (Neto & L'abbate, 2007).

O sistema de crenças, a organização social e a própria capacidade de controlo da pulsão ou a habilidade para encontrar companheiro sexual definem o comportamento sexual das pessoas (López & Fuertes, 1999).

Deste modo, a vivência da sexualidade implica sempre uma tomada de posição quanto a determinados valores éticos, nomeadamente as tomadas de posição sociais sobre assuntos relacionados com a sexualidade (Renaud, 1999).

Apesar da proposta, por parte da OMS (2002), para a utilização do termo “sexualidade” quando menciona a função educativa, a maioria das obras relativas às questões da sexualidade no sistema educativo optam pela designação “Educação Sexual”. Assim sendo, pode considerar-se que estes conceitos se apresentam como indissociáveis (Serrão, 2009).

De acordo com a Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS, 1996), a E.S. define-se como “um processo ao longo da vida de aquisição de informação e formação de atitudes e valores sobre a identidade, relações interpessoais e intimidade. Envolve o desenvolvimento sexual, a saúde reprodutiva, as relações interpessoais, afecto, intimidade, imagem corporal e papéis de género. A E.S. engloba as dimensões biológica, sócio-cultural, psicológica e espiritual da sexualidade integrando um domínio cognitivo (informação), um domínio afectivo (sentimentos, valores e atitudes) e um domínio

comportamental (comunicação, tomada de decisões e outras competências pessoais relevantes)”.

Apesar das múltiplas tentativas de definição de E.S. e de Sexualidade, estes conceitos são construídos e reconstruídos tendo em conta determinados padrões culturais específicos de cada sociedade, ou seja, “a própria sexualidade é a expressão de cada cultura e de cada época” (Freitas, 1993, cit Lemos, 2001, p. 17).

Assim sendo, a E.S. consiste num processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual. Tem como objectivo fundamental o desenvolvimento de competências nos jovens, de modo a possibilitar-lhes escolhas informadas nos seus comportamentos na área da sexualidade, permitindo que se sintam informados e seguros nas suas opções (GTES, 2005). Ou seja, a E.S. deve permitir o desenvolvimento de atitudes positivas e assertivas para que a sexualidade seja responsável, orientando e conduzindo à realização plena dos indivíduos e contribuindo para a adopção de uma postura activa e adequada na prevenção de riscos (Roque, 2001).

Em contexto português, a E.S. é definida pelas orientações ministeriais como uma “abordagem formal, estruturada, intencional e adequada, de um conjunto de questões relacionadas com a sexualidade humana” (M.E. et al., 2000, p. 26).

Pode considerar-se que a E.S. é tão necessária quanto útil. Assim, por E.S. entende-se a tarefa de educar os outros, devendo ser reservada, em primeiro lugar, à família e à escola e, em seguida, às instituições. Trata-se de um processo contínuo que não termina nos conhecimentos fornecidos no contexto escolar. Da mesma forma que na escola não se ensinam todos os aspectos da vida, a educação para a sexualidade não poderá ser, nem é, assegurada unicamente pela escola (CNECV, 1999).

Quanto aos objectivos da E.S., vários autores pronunciaram-se relativamente aos mesmos. A título exemplificativo, Ehrhardt (1993, cit Moore, Rosenthal & Mitchel, 1996) sugeriu a existência de três grandes objectivos da E.S. nos últimos anos: o planeamento familiar e a prevenção da gravidez não desejada, a prevenção de IST's e, finalmente, a preparação para uma vida sexual saudável e gratificante.

Já Sanchez (1990) refere que a E.S. tem como objectivos fornecer informação actual e completa acerca dos aspectos biológicos da sexualidade, procurando substituir crenças infundadas por conhecimentos correctos; promover um diálogo franco em todas as faixas etárias da sociedade sobre temas relacionados com a sexualidade; sentir a sexualidade como uma certeza positiva daquilo que emocionalmente se é e como fonte de saúde, prazer, ternura

e amor; e favorecer a tomada de consciência da necessidade de situar os comportamentos sexuais num contexto ético. Assim, como conteúdos da educação sexual estão os conhecimentos, a aceitação, o diálogo e a ética nos comportamentos.

Desta forma, a E.S. procura não só diminuir os comportamentos de risco, tais como a gravidez adolescente não desejada e as IST's, mas também promover a qualidade das relações interpessoais, a qualidade da vivência da intimidade e a contextualização destas na sua raiz cultural e socio-histórica (GTES, 2007a).

Neste âmbito, é necessário ter em conta que a sociedade actual pode fornecer informação contraditória sobre as questões da sexualidade, por exemplo salientando os seus riscos, ao mesmo tempo que promove a ligação entre o sucesso e o desempenho sexual. A E.S. deve, por isso, promover espaços/contextos de reflexão onde crianças e jovens possam compreender a complexidade das mensagens, potenciando a discussão do quadro ético dos seus comportamentos, numa perspectiva de respeito pelas diversas opiniões, conforme sugere o GTES (2005).

Segundo Duarte Vilar (1987, cit Loureiro, 1990), pode falar-se em E.S. e em informação sexual. O primeiro termo refere-se a uma formação de base, pressupondo a transmissão de normas, comportamentos, atitudes e valores morais e religiosos. O segundo pressupõe uma transmissão de conhecimentos, sendo um processo objectivo, científico e racional (Almeida, 1987), logo desejavelmente neutro e não associado a quaisquer valores.

A E.S. vai além da transmissão de informação, na medida em que visa, enquanto processo educativo, o desenvolvimento da personalidade do indivíduo e enquanto Educação para a Relação, o desenvolvimento de aptidões para o estabelecimento de relações significativas do indivíduo com o outro (Leitão, 1984).

Assim sendo, de seguida serão abordados os diferentes tipos de E.S. existentes.

1.1. Tipos De Educação Sexual

A E.S. pode ser classificada como implícita ou explícita. A E.S. implícita é aquela que acontece através da convivência com os pais, os irmãos, os amigos e os mass-media em geral; a E.S. explícita é aquela que acontece através de processos estruturados e dirigidos, que não se limitam à escola, mas que possuem acções programadas e objectivos definidos (Vilar, 1987).

Assim, e de acordo com o GTES (2005), a E.S. implícita “deve ser completada por intervenções estruturadas e sistematizadas, com o objectivo de possibilitar aos jovens um conjunto organizado de conhecimentos” (p. 7), tornando-se evidente a importância da E.S. explícita como complemento da E.S. implícita.

Nesse sentido, e como referem Gonzaga & Nunes (2006) compete à sociedade, através do sistema educativo, a tarefa não só de ensinar, como também de educar e instruir para uma cidadania autónoma e responsável⁴ na qual a saúde reprodutiva e a sexualidade humana assumem um papel fundamental.

Em suma, não só à escola compete o dever da E.S., como também a todos os agentes de socialização, de forma multidisciplinar, proporcionarem este tipo de informação/educação aos jovens, tendo em atenção que estes alteram os seus comportamentos de acordo com a sua percepção de vulnerabilidade (Matos, 2003).

Na nossa sociedade, o comportamento sexual dos jovens adquire um carácter quase furtivo. Trata-se de uma realidade que é simultaneamente permitida e negada, dado que nem os pais, nem o sistema educativo, nem o sistema de saúde oferecem aos jovens condições para que vivam uma sexualidade sem risco (Roque, 2001). Torna-se, por isso, indispensável a implementação de uma E.S. explícita e formal, oferecendo também o apoio técnico necessário.

Para que os programas sejam eficazes, é necessário que estejam enquadrados numa perspectiva de educação global do indivíduo. A capacidade de ouvir, de negociar, de respeitar o outro, de tomar decisões, de reconhecer pressões, ou de destacar a informação pertinente são algumas das competências que podem ser desenvolvidas. É essencial, também, discutir e compreender as diversas perspectivas morais e sociais sobre a sexualidade, numa posição de respeito pelas diferenças culturais existentes (GTES, 2005).

Como defendem López e Fuertes (1999), a vivência satisfatória da sexualidade facilita a compreensão dos outros, a eliminação da rigidez e o moralismo, sendo também uma fonte de equilíbrio e harmonia para o indivíduo. Constitui uma fonte de amor à vida, de atitude positiva em relação a si mesmo e aos outros.

⁴ “A cidadania não pode ser vista como uma obrigação”, mas sim como um objectivo a alcançar. “Em cidadania as pessoas comprometem-se”, o que pressupõe o “respeito pela dignidade de cada ser humano” e a “dinâmica da relação humana enriquecida até à sua expressão máxima, supõe ainda o empenhamento na actividade humana, sempre eficaz na medida da competência de cada um. Dignidade, relação e actividade, garantidos a cada ser humano, constituem o fundamento de uma sã cidadania” (Pinto, cit. Nunes & Rego, 2006, p. 26).

1.1.1. Educação Sexual Implícita E Seus Agentes

No que se refere à E.S. implícita, ou informal, esta consiste no “processo mais básico de aprendizagem da sexualidade” (Vaz, Vilar & Cardoso, 1996, p. 16), pois decorre das vivências do quotidiano de forma natural, sem que as pessoas tenham consciência que fazem e recebem E.S. ao longo da vida (Machado, 1988).

A aprendizagem da E.S. faz-se também por modelagem⁵, através da “aprendizagem pela observação de comportamentos e pela integração de modelos, que incorporam tanto o fazer, como o pensar e o julgar, vem reforçar a inevitabilidade da participação da família na E.S. das crianças e jovens” (M.E. et al., 2000, p. 49).

Um complemento deste tipo de aprendizagens do foro afectivo-sexual é a inserção dos jovens na sociedade, que poderá reforçar, questionar e até mesmo destruir o anteriormente aprendido (M.E. et al., 2000).

Apesar de ser inquestionável o valor atribuído à E.S. no seio familiar, “a liberalização das normas sociais relativas à sexualidade das últimas décadas, nomeadamente em relação à sexualidade dos jovens, traduziu-se (...) mais em ambientes familiares permissivos e menos em práticas educativas parentais que apoiem efectivamente os jovens nas suas dúvidas ou problemas concretos relativos à sexualidade ou às suas vivências sexuais” (Vilar, 2003, p.173, cit. Serrão, 2009).

No que toca à influência e importância da família nos comportamentos sexuais dos jovens, vários estudos demonstram que estes dependem das atitudes e valores que os modelos parentais têm relativamente ao sexo (Diclemente et al, 2001; Nodin, 2001; Roque, 2001 cit. Reis & Matos, 2008).

Desde muito cedo, as crianças vão confrontando a família com questões relacionadas com a sexualidade, que deverão ser aproveitadas para dar respostas numa fase mais precoce do desenvolvimento e não apenas na adolescência, uma vez que os adolescentes, muitas vezes, se afastam dos adultos, vivendo no seu próprio mundo (Moore et al., 1996).

⁵ O conceito de Modelagem foi introduzido por Bandura (1961), no âmbito do Paradigma da Aprendizagem Social, salientando-se que, “embora uma grande quantidade de aprendizagens tenha lugar através do treino e reforço directo, grande parte do repertório comportamental da pessoa pode ser adquirido através da imitação ou daquilo que a pessoa observa nos outros” (p. 151).

Assim, a disponibilidade para responder às questões que as crianças vão fazendo em idades precoces pode manter em aberto canais de comunicação que poderão ser fundamentais aquando da entrada na adolescência (Moore et al., 1996).

No entanto, a família sente também uma grande apreensão relativamente às transformações que as crianças sofrem até à entrada na adolescência, surgindo medo relativo à sua segurança física e emocional, que se irá agudizar à medida que o adolescente se vai afastando do seio familiar para se juntar ao grupo de pares e o seu desenvolvimento cognitivo lhe permite a tomada de decisões (Moore et al., 1996).

Assim sendo, a família poderá ter um papel mais ou menos activo na E.S. implícita dos jovens, já que existem diversas barreiras, nomeadamente o facto de não se sentirem confortáveis para abordar as questões da sexualidade, por pensarem que os filhos já possuem todo o conhecimento acerca do tema, por receio de estarem a incentivar comportamentos sexuais e a sua experimentação, bem como o receio do confronto de valores. Além disso, à medida que os jovens entram na adolescência começam a sentir uma maior necessidade de privacidade, onde se inclui a sua sexualidade, causando também um outro tipo de embaraço, diferente do desconforto sentido pela família. Por outro lado, a família, ao aperceber-se da grande quantidade de informação das várias fontes a que os jovens estão expostos, pode pensar que os filhos já possuem os conhecimentos necessários, diminuindo assim a confiança que têm na sua própria capacidade de transmitir informação actualizada (Moore et al., 1996).

Apesar de as famílias terem múltiplos constrangimentos quanto à abordagem da E.S., alguns estudos (e.g. Rosenthal & Smith, 1994, cit Moore et al., 1996) mostram que os jovens desejam que as famílias sejam as suas principais fontes de informação, sendo em alguns casos as fontes principais de informação sexual (e.g. Pereira⁶).

Apesar de tudo, os pais permanecem como fonte de influência fundamental no desenvolvimento, tendo a possibilidade de os influenciarem como seres sexuados, que não deve ser menosprezada (Moore et al., 1996).

Além da família ser a fonte desejável ou a fonte real de informação sexual, ela constitui também um espaço emocional privilegiado no que se refere à promoção de atitudes e comportamentos saudáveis na área da sexualidade (GTES, 2007b). Neste sentido, é importante que a família entenda que, embora tenha direito ao seu ponto de vista e à

⁶ Pereira (1993), num estudo realizado em contexto português concluiu que 48% dos rapazes e 66% das raparigas referem os pais como fonte de informação sexual, surgindo em segundo lugar, logo a seguir ao grupo de pares.

expressão dos seus valores, se os tentarem impor aos seus filhos estarão a limitar as oportunidades dos jovens desenvolverem os seus próprios códigos morais (Moore et al., 1996).

Outro contexto de aprendizagem da sexualidade é o grupo de pares. Este desempenha um papel importante, na medida em que é uma das formas mais comuns de aquisição de informação acerca da sexualidade (Reis & Matos, 2008).

De facto, os jovens são especialmente sensíveis às influências dos pares, normas partilhadas pelo grupo e cultura que lhe está subjacente, pelo que estes aspectos moldam as respostas individuais também em termos de sexualidade.

O estudo realizado por Pereira (1993) permitiu, ainda, concluir que os amigos são a fonte de informação sobre sexualidade mais referenciada, sendo apontada por 88% dos rapazes e 84% das raparigas.

Assim, e pelo seu valor e poder, a educação pelos pares tem sido utilizada no âmbito da promoção da saúde, em diversos programas. Estes programas têm subjacente a tomada de consciência do potencial da pressão dos pares e das suas normas para implementar comportamentos de saúde. Por isso, Moore e colaboradores (1996) defendem que este tipo de programas deverão receber uma maior atenção, quer ao nível do planeamento, quer ao nível da implementação e avaliação, de forma a aproveitar todas as suas potencialidades.

A Carta de Ottawa (WHO, 1986) levou a primeira consciencialização do valor das acções a um nível comunitário e a primeira compreensão do nível de dependência entre a saúde individual e o bem-estar comunitário. A educação pelos pares constituía uma estratégia que promovia a mudança de comportamento no próprio grupo de pertença, sendo considerada como a mais útil abordagem em comunidades de baixos recursos.

Assim, os pares constituem um importante recurso na área da E.S., desde que sejam devidamente formados e supervisionados. Torna-se, ainda, importante a definição do grau de autonomia e participação e a sua aceitação por parte dos restantes elementos (M.E. et al., 2000).

Da mesma forma, os meios de comunicação exercem também um inegável poder sobre os jovens, constituindo-se como poderosos meios educativos para o indivíduo em desenvolvimento.

Vários autores documentaram o recurso aos meios de comunicação para obter informação no âmbito da sexualidade. A título de exemplo, Rosenthal e Smith (1994, cit Moore et al., 1996) revelaram que a televisão era o meio de comunicação mais utilizado pelos jovens, logo seguido da rádio. Também Pereira (1993) concluiu que a televisão, os livros e as revistas eram considerados como fontes de informação sobre sexualidade por 44% dos rapazes e 34% (televisão) e 59% (livros e revistas) das raparigas, sendo a terceira fonte de informação mais referida.

Reis e Matos (2008), num estudo realizado junto de uma amostra de 436 jovens universitários, com uma média de idade de 20 anos, comprovaram também a importância atribuída a esta fonte de informação, uma vez que a maioria dos jovens considera os meios de comunicação como fonte preferencial de informação sobre sexualidade.

No entanto, esta fonte de informação poderá constituir uma influência tanto positiva como negativa na E.S. dos jovens, dado que “delegar nos *mass media* o papel principal na socialização sexual das crianças e jovens é altamente redutor e perigoso”, pois estes meios “influenciam muito pouco o domínio dos conhecimentos, da literacia e das competências” (Vilar, 2003, p. 168).

1.1.2. Educação Sexual Explícita E Seus Agentes

De acordo com o anteriormente referido, a E.S. explícita é encarada como um complemento da E.S. implícita, de forma a superar as possíveis falhas desta última.

A E.S. explícita pode ser designada de E.S. explícita formal e de E.S. explícita não formal. Esta diferença reside nos agentes educativos que desenvolvem a E.S., ou seja, é considerada formal a E.S. realizada pelo professor em contexto de sala de aula, de forma programada; a E.S. não formal refere-se àquela que é desenvolvida por profissionais externos que realizam acções extracurriculares na escola. A promoção da E.S. formal deve ser fundamentada a nível sociológico, psicológico, epistemológico e pedagógico. Assim, implica um processo de apuramento de conteúdos na área da sexualidade, de forma sequencial e de integração de acções, tendo em conta os objectivos definidos de acordo com as fases de desenvolvimento dos adolescentes (Sánchez, 1990).

As IST's e a gravidez na adolescência têm sido uma preocupação de muitos investigadores estrangeiros e portugueses. Estas problemáticas alertaram para a necessidade de

existir um espaço formal onde os alunos tivessem oportunidade de colocar as suas questões, pois constata-se na literatura existente sobre o assunto que cada vez mais os jovens iniciam a vida sexual mais cedo (e.g. Lopez et al., 1986; Rodrigues e Fontes, 1998; Ruela, 1999; Sampaio, 1987).

No que se refere à E.S. explícita, a escola desempenha um papel essencial na abordagem formal, estruturada, intencional e adequada deste domínio (M.E. et al, 2000). A escola é, assim, “um lugar de construção de saberes, que suscita vivências ao nível afectivo-sexual” (M.E. et al., 2000, p. 25).

A escola tem, assim, “a função de suscitar o ensaio de competências essenciais ao pleno desenvolvimento da pessoa, tendo a seu favor, para esta missão, o facto de ser um espaço de uma grande permanência temporal nas idades em que se realiza uma boa parte das aprendizagens básicas de todos os indivíduos” (M.E. et al., 2000, p. 26).

Por este motivo, a escola constitui uma oportunidade única de chegar à população mais jovem, possibilitando a criação de um ambiente de suporte onde o compromisso com a saúde sexual é visto como positivo. Oferece, também, a oportunidade da comunidade envolvente participar nesses programas, estendendo os seus benefícios para fora das fronteiras da sala de aula.

Num estudo realizado em Portugal, com 2417 rapazes e 2460 raparigas, que frequentavam o 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade, em 136 escolas públicas de ensino regular, de norte a sul do país, concluiu-se que os jovens gostariam de debater temas relacionados com a saúde, tais como a sexualidade (46,1%), o desporto (29,8%), a droga (28,6%), o álcool (26,8%) e a violência (26,4%) (Matos, Simões, Tomé, Gaspar & Camacho, 2008).

No entanto, Abreu (2001, cit. Grácio, 2006) considera que sendo a escola um espaço de educação formal, onde os jovens passam um grande número de horas por dia, onde convivem com os seus pares, onde iniciam muitas vezes as suas relações afectivas e onde esta temática tem um espaço curricular formal, os dados mostram que a escola está longe de cumprir o seu papel, pois, e como refere Abreu "a escola, concebida como espaço de transmissão de conhecimentos e de classificação dos níveis da sua reprodução, raramente se preocupa em descobrir, valorizar e desenvolver as aptidões e potencialidades que passam à margem do seu modelo de funcionamento", constituindo-se somente como um espaço de aquisição de conhecimento (p.13). Neste sentido, parece-nos que a escola ainda não atribuiu a importância devida à E.S.

Nesta óptica, Rodrigues e Fontes (2002) são da opinião que é urgente que a escola implemente uma educação sexual autêntica, cujos objectivos não se restrinjam apenas à comunicação de informação, mas prossiga objectivos mais vastos e mais integrados de preparação do jovem para a vida adulta.

Contudo, e para que as potencialidades dos programas de E.S. sejam maximizadas, é essencial formar os professores neste domínio, pois, e apesar do enquadramento legal exigir que os professores sejam promotores de E.S. (e.g., Lei 120/99⁷; Decreto-Lei 259/2000), nem sempre será fácil para um professor assumir este papel, devido a factores como a insegurança pessoal, o receio de incompreensão por parte dos colegas, dos alunos e das famílias destes, bem como a ausência de formação na área.

Em suma, e apesar dos resultados das investigações permitirem concluir que a E.S. bem planeada e efectiva com uma estreita colaboração entre escola e pais pode ajudar os adolescentes e jovens a fazerem escolhas informadas e responsáveis relativamente à sua Saúde Sexual (Baldwin, Whitely, & Baldwin, 1990; Mackie & Oickle, 1996, cit. Serrão et al, 2006), a instituição escolar continua, por um lado, a manter-se à margem deste papel e, por outro, a não facilitar os processos de colaboração entre ambos os agentes de socialização dos seus jovens.

⁷ A Lei n.º 120/99 veio reforçar a consagração de medidas de E.S., assim como de acesso ao planeamento familiar e de prevenção da gravidez indesejada e das doenças sexualmente transmissíveis. Deste documento importa realçar o Artigo 2º do capítulo II, sobre Promoção da saúde sexual, que a explicita em 5 pontos: “1 – Nos estabelecimentos de ensino básico e secundário será implementado um programa de promoção da saúde e da sexualidade humana, no qual será proporcionada adequada informação sobre a sexualidade humana, o aparelho reprodutivo e a fisiologia da reprodução, SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis, os métodos contraceptivos e o planeamento da família, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidades e a igualdade entre os géneros. 2 – Os conteúdos referidos no número anterior serão incluídos de forma harmonizada nas diferentes disciplinas vocacionadas para a abordagem interdisciplinar desta matéria, no sentido de promover condições para uma melhor saúde, particularmente pelo desenvolvimento de uma atitude individual responsável quanto à sexualidade e a uma futura maternidade e paternidade conscientes. 3 – A educação para a saúde sexual e reprodutiva deverá adequar-se aos diferentes níveis etários, consideradas as suas especificidades biológicas, psicológicas e sociais, e envolvendo os agentes educativos. 4 – Na aplicação do estipulado nos números anteriores deverá existir uma colaboração estreita com os serviços de saúde da respectiva área e os seus profissionais, bem como com as associações de pais e encarregados de educação. 5 – Nos planos de formação de docentes, nomeadamente os aprovados pelos centros de formação de associações de escolas dos ensinos básico e secundário, deverão constar acções específicas sobre educação sexual e reprodutiva.” (p. 5233)

A presente lei foi regulamentada catorze meses após a sua publicação pelo Decreto-Lei n.º 259/2000 que dá relevância, entre outros aspectos, a uma abordagem integrada e transversal da E.S., bem como à formação de docentes.

2. A ADOLESCÊNCIA

2.1. Perspectiva Desenvolvimental

Como o objectivo central deste trabalho é analisar o impacto de um programa de E.S. dirigido a adolescentes a frequentarem o 6.º Ano de Escolaridade, torna-se fundamental reflectir sobre as transformações biopsicossociais que emergem nesta fase do ciclo vital.

Assim e orientados pelo modelo de E.S. vigente em Portugal e pelas áreas (conhecimentos, competências e atitudes) que se pretendem desenvolver no contexto de um programa de E.S., é essencial ter-se em consideração as características próprias desta faixa etária.

Segundo a OMS, a adolescência⁸ é o período da vida que ocorre entre os dez e os dezanove anos de idade, sendo muitas vezes confundida com a juventude, que se situa entre os quinze e os vinte e quatro anos (Prazeres, 1998). Segundo López & Fuertes (1999), a sua vivência é determinada por mudanças biofisiológicas e psicossociais, sendo estes factores que permitem distinguir a sexualidade do período prépubertário da sexualidade da adolescência, vida adulta e velhice.

À medida que a criança entra na puberdade e integra o seu Eu sexuado emergente, no seu desenvolvimento até à fase adulta, começa a ser mais sensível às mensagens que a sociedade emite relativamente às questões da sexualidade. Por isto, é importante que a sociedade tenha consciência do papel que desempenha na E.S. dos jovens, através dos seus diversos contextos, que criam oportunidades, barreiras, modelos e reforços (Perry, Kelder & Komro, 1993, cit. Moore et al., 1996).

A evolução dos comportamentos sexuais dos adolescentes encontra-se directamente relacionada com a forma como a criança vivenciou a infância, assim como com a forma como os pais lidaram com as questões relacionadas com estes aspectos.

A puberdade dá início ao processo de desenvolvimento da adolescência e estende-se durante dois ou três anos. Neste período são produzidas as hormonas sexuais e dá-se o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. Em consequência, há uma intensificação

⁸ O termo adolescência deriva da palavra que, em latim, significa “tornar-se adulto”. É um período de transição em que o indivíduo muda do estado infantil para o estado adulto (Gleitman, 1999).

da curiosidade sexual. Nesta fase, “as fantasias sexuais, os impulsos desconhecidos e a possibilidade de concretização física do acto sexual invadem o imaginário do adolescente” (p. 14), sendo, por isso, fundamental que os pais estejam disponíveis para esclarecer algumas dúvidas, tendo em conta o respeito pela privacidade do adolescente (GTES, 2007b).

Embora o corpo já se encontre preparado para iniciar a sua vida sexual, as restrições familiares e sociais provocam uma tensão sexual fisiológica, sendo a masturbação a forma mais habitual de fazer face a esta situação (GTES, 2007b).

O surto de crescimento, em consequência das alterações hormonais, ocorre mais cedo nas raparigas do que nos rapazes. Nesta fase, existem mudanças biológicas, como um crescimento físico repentino, uma alteração das proporções corporais e o atingir da maturidade sexual. A maturidade biológica determina também mudanças sociais e económicas. Além disso, existem mudanças psicológicas que abrangem a maturação progressiva das atitudes e comportamento sexuais que permitem ao adolescente constituir a sua própria família e adquirir várias competências que lhe permitirão tornar-se um membro activo da sociedade adulta (Gleitman, 1999). Assim, do ponto de vista psicológico, o adolescente adquire a capacidade de elaborar o pensamento operativo formal, o pensamento abstracto, a conquista da autonomia e da identidade, a redefinição da imagem corporal e da orientação sexual e a formação e estruturação dos valores, atitudes e comportamentos (Vasquez, 1996).

Nas raparigas, a adolescência é sinalizada pela ocorrência da menarca, que acontece simultaneamente com o desenvolvimento das mamas, geralmente por volta dos treze anos. A menarca pode ser um acontecimento traumático na vida de uma rapariga que não esteja psicologicamente preparada. Contudo, a rapariga que está segura da sua identificação sexual e que teve apoio e informação por parte de um adulto, poderá sentir-se orgulhosa da sua primeira menstruação (Sprinthall, 1993).

Nos rapazes, a adolescência não se apresenta com um critério tão definido. Se utilizarmos como indicadores o aparecimento dos pêlos púbicos, a primeira ejaculação ou o aumento do tamanho do pénis e dos testículos, inicia-se normalmente entre os onze e os dezassete anos de idade (Sprinthall, 1993).

Nesta etapa surge, também, o desejo sexual e as sensações eróticas. Apesar de o desejo estar ainda centrado na descoberta do corpo e dos objectos de desejo serem frequentemente ídolos ou outros adultos, nesta fase completa-se a possibilidade da resposta sexual adulta (Frade, Marques, Alverca & Vilar, 2001).

Outro comportamento importante, e como já foi referido anteriormente, é a masturbação⁹, que funciona como uma possibilidade de descoberta das sensações de prazer associadas ao corpo. No entanto, existem influências sociais e culturais que interferem na forma como cada um dos géneros actua relativamente a esta questão, ou seja, as raparigas são educadas para uma desvalorização do prazer e do desejo sexual, havendo uma sobrevalorização dos aspectos afectivos; por outro lado, os rapazes são educados no sentido de menosprezarem as manifestações de afectividade, vivendo a sexualidade como um motivo de orgulho (Miguel, 1987).

Assim, pode dizer-se que, na adolescência, a sexualidade vai evoluindo das experiências de auto-erotismo, como é o caso da masturbação, até à interacção com colegas e amigos.

A primeira relação sexual com penetração acontece, em regra, mais precocemente nos rapazes, constituindo, no entanto, um ritual de passagem para ambos os sexos. Muitas vezes, o início da actividade sexual nos adolescentes surge devido à pressão dos pares, sendo, por isso, fundamental o papel desempenhado pela família e escola, no sentido de fornecerem informação e mostrarem disponibilidade para ouvir os adolescentes (GTES, 2007b).

No entanto, a abordagem destes aspectos em contexto escolar não deverá esquecer as diferenças de género existentes. Os rapazes sentem-se muitas vezes intimidados no que toca ao seu desempenho sexual e à opinião que os outros rapazes têm acerca da sua masculinidade. Já as raparigas inquietam-se com questões culturais e familiares associadas à perda da virgindade e com o risco de uma gravidez indesejada (GTES, 2007b).

⁹ Antes do século XIX, o comportamento sexual era considerado como preocupação religiosa ou espiritual. Já durante o século XIX, tentou desenvolver-se critérios para descrever a normalidade e a anormalidade sexuais. Em regra, os comportamentos ligados à reprodução eram considerados normais, enquanto comportamentos como a masturbação e a homossexualidade eram vistos como anormais. O sexo era visto como um impulso biológico que precisava de ser expresso, mas apenas dentro dos limites das suas funções, ou seja, a reprodução. Desde o início do século XX, houve uma mudança de perspectiva, ou seja, apesar do sexo ser ainda considerado como algo biológico, é dada uma maior relevância ao comportamento sexual enquanto actividade e não apenas aos seus resultados. Assim, um estudo levado a cabo por Masters e Johnson (1966, cit Ogden, 1999), com uma amostra de 694 heterossexuais de raça branca e pertencentes à classe média, utilizando técnicas laboratoriais para analisar mais de 10 000 orgasmos femininos e masculinos, concluiu que o ciclo de resposta sexual se desenvolve em quatro fases distintas: excitação, patamar, orgasmo e resolução. Estes autores referiram ainda que o prazer sexual podia ser melhorado através da educação e sugeriram que a masturbação era um componente essencial da sexualidade, isto é, o sexo tinha como objectivo o prazer e não a reprodução.

Na fase seguinte, entre os 15 e os 17 anos de idade aproximadamente, os jovens entram num período em que as transformações físicas se processam de forma mais lenta. No que se refere às relações com os adultos, e segundo López e Fuertes (1999), estas tornam-se mais conflituosas e difíceis de gerir. Além disso, começam a explicitar-se as preferências sexuais, quer em termos de orientação do desejo, quer em termos de escolha do parceiro. Nesta idade começam a surgir as primeiras relações amorosas, de carácter mais ou menos experimentalista e pouco duradouras, mas que englobam uma série de comportamentos que podem incluir contactos sexuais sem protecção ou até relações sexuais completas. Apesar destes serem normalmente não programados, já exigem do adolescente um conjunto de competências, nomeadamente competências de assertividade (López & Fuertes, 1999).

Tudo isto leva a uma consolidação de sentimentos e valores pessoais em relação à sexualidade e a uma atitude de conforto ou desconforto relativamente ao corpo, às fantasias, aos comportamentos sexuais e às formas de relacionamento¹⁰ (López & Fuertes, 1999).

Na fase tardia da adolescência surge o momento de consolidação de todas as componentes do desenvolvimento. Aqui, os jovens formam o seu quadro de valores e adquirem capacidade de decisão e autonomia relativamente aos diferentes aspectos da sua vida. Nesta altura, os relacionamentos amorosos tornam-se mais duradouros e inicia-se a aprendizagem erótica, que poderá ter uma conotação positiva ou negativa.

Relativamente à orientação sexual, nesta fase, está já consolidada, levando, por vezes, a dificuldades de aceitação por parte da moral social vigente (Frade et al., 2001).

2.2.Factores De Risco E Factores De Protecção

A educação para a saúde constitui, actualmente, um importante veículo no que se refere aos cuidados de saúde. Se hoje quase se eliminou uma série de patologias que noutros tempos eram mortais, tal não se deveu apenas ao aparecimento de novas vacinas, mas também ao conhecimento de formas de contágio, bem como de formas de prevenção. Já na Antiga Grécia, Hygeia, a Deusa da Saúde e da Prevenção, ensinou aos Gregos que seria mais saudável se fossem moderados em todas as formas de comportamento (Ricou et al., 2004).

¹⁰ Esta consolidação pode originar uma aceitação positiva (erotofilia) ou a rejeição (erotofobia) da sexualidade e das suas expressões (López & Fuertes, 1999).

Muitos dos comportamentos relacionados com a promoção da saúde e protecção face a factores adversos são aprendidos no contexto familiar durante os primeiros anos de vida (Kim, Zane & Hong, 2002, cit Matos, 2008).

Assim, os factores de risco são entendidos como as circunstâncias que podem aumentar a probabilidade dos jovens se implicarem em comportamentos de risco, enquanto os factores protectores constituem-se como quaisquer circunstâncias que promovem comportamentos saudáveis e diminuem a possibilidade dos jovens se envolverem em comportamentos de risco (Grácio, 2006).

O conceito de factores de risco surge nos anos 80, baseado nas condições subjacentes a diversos comportamentos considerados socialmente problemáticos, nomeadamente o uso de drogas e álcool, a gravidez precoce, a delinquência, a violência e o abandono escolar. Numa perspectiva sistémica, tais condições não são entendidas em termos de causa-efeito, mas sim como algo que potencia que os indivíduos se envolvam em tais comportamentos. Os factores de risco existem a nível individual e a nível dos sistemas de que o sujeito faz parte, tais como o grupo de pares, a família, a escola e a comunidade (Hawkins, Lishner & Catalano, 1985). Assim, são as características de cada um destes sistemas que moldam as experiências de vida da pessoa e influenciam os seus comportamentos, tornando-se importante que tais características se revistam de aspectos positivos, de forma a constituir-se como factores protectores, facilitadores do desenvolvimento saudável dos indivíduos.

De facto, enquanto uma focalização nos riscos arrasta consigo uma postura reactiva, uma focalização nos factores protectores permite a mudança de foco do que está mal para o que pode ser feito para facilitar o desenvolvimento de comportamentos e atitudes saudáveis.

Quanto aos factores protectores, estes são entendidos como recursos pessoais, sociais e institucionais que, promovendo formas de resiliência na juventude, facilitam o desenvolvimento bem sucedido do adolescente atenuando os factores de risco que podem comprometer esse desenvolvimento (Bernard, 1991; Garmezy & Rutter, 1985). Por outro lado, a resiliência é considerada como a capacidade para sair ou para resistir a múltiplas condições adversas ou para ultrapassar desvantagens (Garmezy, 1985; Rutter, 1987; Seligman, 1995; Werner, 1988; Wolin, 1993). A resiliência pode, pois, ser considerada como a capacidade para atingir uma saudável competência emocional e social, apesar de um historial de adversidade ou stress (Anthony & Cohler, 1987; Garmezy, 1985; Werner & Smith, 1982).

Em suma, os factores protectores e os factores de risco constituem-se enquanto variáveis pessoais e contextuais que influenciam padrões de desenvolvimento, transformando-

os em resultados positivos ou negativos para o indivíduo. Enquanto os factores de risco aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos, os factores protectores, ao invés, actuam protegendo-os do impacto negativo de determinadas experiências.

Um estudo levado a cabo por Nodin (2001), com jovens adultos, em Portugal, apontou a existência de diferenças entre os valores das crenças comportamentais, no âmbito sexual, das raparigas para os rapazes, verificando-se que as raparigas estão mais conscientes face ao risco sexual do que os rapazes. Logo, as raparigas desta amostra terão maior probabilidade de ter comportamentos saudáveis no que diz respeito à sua saúde sexual e reprodutiva (SSR).

Em termos familiares, a existência de conflitos, de problemas de gestão da família e de um historial ligado a comportamentos problemáticos são alguns dos riscos a que o jovem pode estar exposto. De forma inversa, a existência de uma ligação afectiva segura, de crenças familiares saudáveis e de normas de comportamento claras irão actuar como factores protectores (Grácio, 2006). Pode, por isso, considerar-se que a família influencia o adolescente de diversas formas, funcionando como modelo, comunicando com este ou oferecendo informações e apoio social e emocional (Matos, 2008).

Da mesma forma, na escola, o insucesso académico e problemas de comportamento precoces, a falta de afiliação e envolvimento na vida institucional, as baixas expectativas do professor, a ausência de orientações claras e um clima negativo, desordenado e inseguro constituem-se como os principais factores de risco para os jovens. Por seu turno, a existência de oportunidades ao nível da tomada de decisões, da participação em actividades, bem como o reconhecimento e recompensa de crenças saudáveis, um ambiente interessado e apoiante, altas expectativas face ao jovem e padrões claros de normas e de comportamentos adequados, revelam-se como factores protectores no meio escolar (Grácio, 2006). Assim, e uma vez mais se acentua o papel da escola como um ambiente privilegiado para a realização de aprendizagens que promovam a saúde. Uma escola promotora de saúde deve ser considerada uma fonte de desenvolvimento de comportamentos orientados para a promoção da saúde e bem-estar (WHO, 2000, cit Matos, 2008).

Como já tivemos oportunidade de referir, a escola desempenha um papel fundamental na abordagem formal, estruturada e adequada da E.S. (M.E. et al., 2000), assim como na prevenção de comportamentos sexuais de risco, uma vez que a participação em programas de E.S. pode diminuir a frequência de comportamentos de risco nos jovens, como demonstraram alguns estudos (e.g. Matos, 2003).

No que diz respeito à comunidade envolvente, encontram-se identificados factores de risco e factores protectores. A existência/inexistência de drogas de fácil alcance, o fácil acesso a armas, o tipo de leis, normas e organização da comunidade e as condições económicas podem actuar num ou noutro sentido (Grácio, 2006).

Além disso, ainda que a comunicação social possua grandes potencialidades pelo acesso e impacto produzido junto da população em geral, não substitui a necessidade de, enquanto pessoas, entrarmos em contacto com o outro, ou seja, de informações relevantes se associarem a pessoas e a interações significativas. Assim, a confrontação do indivíduo poderá ser um processo de contrariar a minimização dos riscos, promovendo a adopção de comportamentos mais adequados. Quando a informação surge de uma fonte que não confronta o indivíduo com os seus comportamentos, como acontece no caso da comunicação social, ainda que esta seja adequada e completa, a sua aplicabilidade no sentido de uma mudança real será menos provável. Uma relação interpessoal que permita o estabelecimento de um processo comunicacional parece fundamental para uma efectiva adopção de comportamentos mais saudáveis (Ricou et al., 2004).

Também o grupo de pares tem uma influência considerável no comportamento de muitos adolescentes e os que têm uma relação estreita com o grupo têm tendência para procurar estar sintonizados com as atitudes e actos do grupo, ou segundo outros autores, seleccionam os seus pares de modo a estes estarem em sintonia consigo, com as suas preferências e actos (Michael & Ben-Zur, 2007, cit. Matos, 2008).

Assim, pode dizer-se que quanto maior o número de factores protectores existente nos diversos sistemas que afectam os jovens, mais provável se torna que eles desenvolvam resiliência; a promoção dos factores protectores reduz os riscos de uso de drogas, suicídio, insucesso ou abandono escolar (Adelman, 2005), comportamento violento ou disruptivo (Borowsky, Ireland, Resnik, 2002) e gravidez precoce. A escola tem um importante papel no desenvolvimento das crianças e jovens, pois proporciona a criação de um conjunto de valores, atitudes e comportamentos que se traduzem em traços particulares da sua organização e funcionamento criando um determinado clima ou cultura que favorece resultados mais ou menos positivos para os jovens que a frequentam (Rutter, 1982, cit. Grácio, 2006).

A capacidade de resiliência é directamente proporcional à satisfação das necessidades básicas, tais como: a necessidade de competência, a necessidade de autonomia e a necessidade de relação ou ligação, que reflecte a necessidade de nos sentirmos ligados a outrem de forma segura, experienciando-nos como seres portadores de valor simultaneamente amados e

capazes de amar. Os factores protectores constituem-se, deste modo, como aspectos que aumentam a resiliência do jovem face a factores stressores (Grácio, 2006).

Têm sido apontadas algumas características comuns aos indivíduos considerados resilientes, tais como expectativas saudáveis, sentido de optimismo, locus de controlo interno, capacidade de resolução de problemas, auto-disciplina e sentido de humor (Garmezy, 1985, Rutter, 1979; Seligman, 1992; Werner, 1988; Wolin, 1993), competência social, autonomia e independência e sentido de objectivo e de futuro (Benard, 1991).

Relativamente ao âmbito das competências sociais, a sensibilidade, a compreensão, a flexibilidade, a empatia, o interesse pelos outros e as competências de comunicação desenvolvidas parecem ser factores protectores cruciais. No que concerne a competências de resolução de problemas, parece ser fundamental desenvolver a capacidade de pensar abstractamente, de forma reflexiva e flexível, dirigida para a procura de soluções alternativas de problemas cognitivos e sociais (Grácio, 2006).

Quanto à autonomia e independência, esta passa pelo sentido da própria identidade e pelo desenvolvimento da capacidade para agir de forma independente exercendo algum controlo sobre o meio (Grácio, 2006).

Não é possível, porém, afirmar que os factores de risco causem comportamentos negativos e que os factores protectores os previnam. Mesmo assim, pode dizer-se que factores de risco e factores protectores se encontram relacionados e que múltiplos factores ambientais estão relacionados com os comportamentos dos jovens, actuando sobre eles de uma forma sistémica (Adelman, Harrison, & Hedger, 2000). Desta forma, para que aumente a eficácia das intervenções, estas devem ter como alvo diferentes sistemas e utilizar diferentes estratégias. Além disso, nem os factores de risco nem os factores protectores devem ser examinados de forma isolada, uma vez que grande parte dos indivíduos sente o efeito de ambos na sua vida (Grácio, 2006).

De uma maneira geral, pode afirmar-se que um estudante com elevados riscos apresenta menos probabilidades de ter comportamentos negativos se também puder sentir a influência de alguns factores protectores, o que significa que estes últimos devem ser fortalecidos, de forma a diminuir ou neutralizar os efeitos dos factores de risco. A escola ao intervir não só de forma reactiva perante os problemas já declarados, mas também de forma preventiva, no sentido da diminuição dos factores de risco e da promoção de comportamentos positivos, está a fortalecer os factores protectores dentro do contexto escolar. Tal implica

acreditar que a escola pode ser um contexto protector de saúde dos jovens, assim como um contexto potenciador de capacidade de resiliência desses mesmos jovens (Grácio, 2006).

Ao nível sexual, é de salientar a importância dos comportamentos protectores de saúde, como a abstinência sexual, a monogamia, o não consumo de substâncias que comprometam o juízo crítico, o ter um estilo de vida saudável e a frequência regular das visitas ao médico (O'Donnell, 1996 cit. Nodin, 2001), principalmente porque as tentativas de alterar os comportamentos sexuais através da prevenção são difíceis de alcançar.

É importante ter uma visão integrada da saúde dos jovens, e para efeitos de intervenção preventiva, protectora e promocional, torna-se necessário que, nas escolas, se localizem os factores determinantes na saúde desses jovens, e de entender quais os factores associados ao seu bem-estar e os mecanismos que o proporcionam (GTES, 2007b). Quando existe um comportamento habitual que é lesivo para a saúde torna-se necessário identificar estratégias para lidar com os acontecimentos de vida, sem recurso a condutas lesivas para a saúde.

Cláudio e Sousa (2003) efectuaram um estudo, em contexto português, com o objectivo de comparar as crenças e atitudes perante o VIH/SIDA, entre jovens do sexo feminino e do sexo masculino. A amostra compreendeu 1000 estudantes (506 do sexo feminino e 494 do sexo masculino), sendo que 36,8% pertenciam ao ensino secundário e 63,2% ao ensino superior. Relativamente à idade, 55,8% dos elementos da amostra tinham idades compreendidas entre os 16 e os 19 anos e 26,3% tinham idades compreendidas entre os 20 e os 23 anos. O estudo permitiu concluir que os jovens apresentaram crenças que podem conduzir a comportamentos de risco em relação ao Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), tais como considerarem a existência de grupos mais propensos à infecção¹¹.

Assim, podemos dizer que a percepção da vulnerabilidade assume uma importância fundamental na avaliação de comportamentos de risco ao nível da S.S.R., sendo considerada como a principal responsável pelo evitamento de comportamentos de risco e pela iniciação de comportamentos protectores (Gerrard, Gibbons & Bushman, 1996 cit. Nodin, 2001).

A vulnerabilidade percebida face a um determinado acontecimento conjugada com outros factores, como a avaliação da sua severidade ou a eficácia percebida do comportamento protector, podem determinar o comportamento final do indivíduo (Nodin,

¹¹ Aqueles que, de forma errónea e continuada, foram considerados «grupos de risco», consideraram de forma massiva que os outros mudaram os comportamentos, sem contudo eles próprios os terem alterado, entre outros, o que, segundo os autores, revela que as campanhas de prevenção estão a ter um efeito reduzido na mudança comportamental dos jovens.

2001). Assim, se a percepção da vulnerabilidade pessoal constitui um iniciador importante dos comportamentos preventivos, será fundamental aumentar a consciência individual dos riscos para a saúde associados a determinados comportamentos (Bennet & Murphy, 1999).

Por outro lado, a percepção do risco pode ser vista como a avaliação do indivíduo face à possibilidade de colocar em causa a sua saúde. Assim sendo, constata-se que a vulnerabilidade percebida é um reflexo dos comportamentos preventivos. Desta forma, percebe-se qual o motivo que leva os indivíduos que se envolvem em comportamentos de risco a referir uma maior probabilidade de contraírem determinadas infecções ou mesmo uma gravidez indesejada (Nodin, 2001).

Parece, então, que a E.S. e o aconselhamento podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos jovens, proporcionando alguns dos recursos necessários para que vivam a sua sexualidade como componente da sua vida quotidiana, adequadamente, exercendo os seus direitos de escolha, no respeito por si próprios e por aqueles com quem se relacionam. No entanto, estes parecem não ser determinantes na alteração dos comportamentos, uma vez que esta alteração se torna difícil de alcançar unicamente através da prevenção. É, por isso, necessário que a intervenção se baseie também na alteração de crenças relativamente a determinados comportamentos e sobre a vulnerabilidade percebida, pois estas desempenham um importante papel na adopção de estilos de vida saudáveis.

Apesar do desenvolvimento sexual dos jovens não carecer de uma intervenção dos adultos para se realizar, o assumir de uma sexualidade saudável e sem comportamentos de risco ao VIH e outras IST's requer uma intervenção efectiva e precoce (Cláudio & Sousa, 2003). Assim sendo, a questão da sexualidade na adolescência é um desafio para a saúde pública, havendo necessidade de desenvolvimento de programas mais efectivos. Para tal, deve compreender-se a dimensão sócio-cultural do tema, observando a especificidade dos diferentes contextos nos quais os jovens estão inseridos e que os têm tornado vulneráveis (Neto & L'abbate, 2007).

Assim, a promoção da S.S.R. dos adolescentes constitui-se como um importante contributo para a sua formação pessoal e social e tem ganho um protagonismo crescente ao nível da Educação e da Saúde. A sensibilização para a importância da E.S. como meio de promoção da saúde nas escolas tem aumentado significativamente, dando origem à criação de um modelo de intervenção para as escolas. É essencial que este modelo se desenvolva, tendo em conta as características próprias da adolescência e que se generalize às escolas de todo o

país, permitindo que se consigam obter ganhos na saúde dos nossos adolescentes (Matos, 2008).

É neste sentido que iremos, de seguida, abordar o modelo de E.S. existente em Portugal, bem como o quadro valorativo a ele inerente.

3. A BIOÉTICA NA EDUCAÇÃO PARA UMA SEXUALIDADE RESPONSÁVEL

3.1. Bioética: Da Origem Aos Actuais Fundamentos E Princípios

Segundo Francesc Abel (1988, cit. Nunes, 2002), o termo bioética refere-se ao “estudo interdisciplinar dos problemas criados pelo progresso médico e biológico, tanto a nível micro como macro social, bem como às repercussões sociais no seu sistema próprio de valores no presente e no futuro”(p. 8).

Inicialmente, o termo “bioética” foi proposto pelo médico oncologista Van Rensselaer Potter (1971). Contudo, no desenvolvimento do conjunto de preocupações, discursos e práticas que viriam posteriormente a considerar a bioética como um saber, de acordo com Garcia (2001), teve também particular relevância o trabalho de André Hellegers.

Assim, para Potter (1971), a bioética constituía-se numa ética que englobava conceitos médicos conjuntamente com conceitos ecológicos, incluindo todos os aspectos naturais e sociais que permitissem a sobrevivência do Homem, principalmente no que dizia respeito à preservação da Terra como um ecossistema habitável. Potter considerava que a bioética médica e a bioética ecológica deveriam relacionar-se no âmbito da saúde, considerando, então, a bioética como a análise do equilíbrio na Terra, o presente e o futuro da qualidade de vida.

Relativamente a Hellegers, este médico tinha uma visão menos compreensiva e global, perspectivando a bioética como uma forma de encarar e resolver problemas morais inerentes às novas práticas da medicina (Garcia, 2001). Por outro lado, o autor demonstrava também interesse pelos recursos naturais, pelo futuro da humanidade, pelo diálogo com o terceiro mundo, pelos problemas mais vastos do ambiente, pelas relações entre países ricos e pobres e também pela legislação internacional sobre problemas biomédicos, tendo em consideração estudos realizados na área das ciências sociais e humanas (Archer, 1996).

Foram vários os factores que contribuíram para o desenvolvimento da bioética como uma disciplina. Archer (1996) propõe os aspectos relacionados com a experimentação em seres humanos, nomeadamente práticas abusivas nesse sentido, o desenvolvimento biotecnológico que possibilitou o surgimento de novas técnicas no domínio da medicina e também a percepção de insuficiência dos referenciais éticos tradicionais. Por sua vez, Garcia (2001) considera ainda como factores a emancipação dos doentes, a diminuição da assimetria na relação médico-doente em virtude do desenvolvimento biomédico e, também, o desenvolvimento da medicina como uma organização social que pretende delegar igual acesso aos serviços de saúde e uma distribuição equitativa de limitados recursos económicos.

A bioética desenvolveu-se, então, como uma nova forma de pensar e de trabalhar, uma nova sensibilidade de respeito pelos seres vivos no seu todo, uma nova forma de vida, uma análise da realidade com o objectivo da promoção de uma ética do respeito não apenas pelos seres humanos, mas também pela natureza e da vida em geral (Ten Have, 2001).

Como já foi anteriormente referido, a bioética engloba não só áreas médicas, mas também se preocupa com o ambiente, com a biodiversidade e a sua protecção, como aliás é referido na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005). Caracterizada também por uma dimensão social, a bioética situa-se numa zona de intersecção dos vários saberes assentando num diálogo transdisciplinar que lhe permite manter a autonomia e a independência tanto das áreas científicas como das humanistas. Esta natureza plural e transdisciplinar aliada à abertura, à participação do público e ao assessoramento de políticas nacionais num esforço de harmonização internacional são, segundo Hottois e Parizeu (1998), os elementos que constituem a sua dimensão social.

Na sua real aceção, a bioética consiste num fenómeno cultural, isto é, na exigência da sociedade contemporânea dever melhorar a posição moral das suas estruturas ou reformular determinados aspectos, sempre com base em reais fundamentos éticos, uma vez que esta disciplina concerne a problemas de enorme relevância para a pessoa humana, de forma individual, e para a Humanidade (Privitera, 2001).

O carácter interdisciplinar da bioética é fundamental e decisivo na formulação de qualquer problema normativo. E isto torna-se ainda mais evidente sabendo que os problemas normativos por ela tratados têm sempre um único denominador comum, na relação que a pessoa humana e a sociedade estabelecem com a vida física, com a esfera biológica da realidade pessoal.

Assim, a Bioética atravessa todos os níveis da vida e sectores mais distintos da sociedade, constituindo-se como uma dinâmica reflexiva que procura fortalecer convicções sobre os direitos fundamentais dos seres humanos, desenvolver a autonomia das pessoas e grupos, bem como promover a cidadania e a sua participação (Duarte, Canário, Serrão & Ricou, 2007).

A bioética apresenta-se hoje como um grande desafio que o Homem faz a si próprio, à sua capacidade de programar tecnologicamente, e também eticamente, o seu futuro e o futuro das gerações que virão a suceder-lhe. Este desafio consiste, de acordo com Privitera (2001), em não se deixar intimidar pelas dificuldades que vão surgindo devido ao progresso científico e tecnológico, em não esmorecer perante tantos riscos presumíveis e visíveis, que o próprio progresso claramente coloca em relação à vida enquanto tal e à sua qualidade, à Humanidade actual e futura.

3.2.O Modelo De Educação Sexual Existente Em Portugal

Em Portugal, o modelo considerado como o mais adequado para a promoção da E.S. é o modelo de desenvolvimento pessoal. Este modelo surgiu através do debate ideológico levado a cabo pelos movimentos sociais, a partir do final dos anos 60, e do desenvolvimento do estudo científico dos comportamentos humanos e sexuais. O estudo dos comportamentos sexuais tem também “acentuado a “certeza das incertezas” e os aspectos fortemente individualizados dos sentimentos, comportamentos e tipos de relacionamento que existem nesta área” (Vaz et al., 1996, p. 42).

Podemos, então, considerar que o modelo de desenvolvimento pessoal integra as componentes de natureza biológica com outros de tipo psicossocial (Vaz et al., 1996). Neste modelo parte-se do conceito abrangente de sexualidade, existindo uma valorização positiva da mesma e das suas várias expressões, incluindo-a no contexto mais vasto da construção da identidade pessoal, no âmbito das relações interpessoais que são estabelecidas, bem como das relações e papéis sociais e do exercício da cidadania (Marques et al., 2002).

Segundo Meredith (1990), que designa este modelo de modelo biográfico, a E.S. deve centrar-se na pessoa, levando os adolescentes a aprenderem através da sua própria experiência do mundo, entendendo-se a sexualidade como uma experiência individual.

Assim, os objectivos deste modelo são promover a construção de atitudes erotofílicas face à sexualidade, oferecer informação científica e promover a aprendizagem de conhecimentos na esfera da sexualidade (Serrão, 2009).

Alguns exemplos da aplicação deste modelo são a Suécia, a Dinamarca, a França¹² e, mais próximos da nossa realidade, a Espanha.

Na perspectiva de Sánchez (2002), este é o único modelo que se mostra adequado, na medida em que não instrumentaliza a E.S. numa dimensão moral ou política, apontando para o desenvolvimento de uma literacia de saúde sexual crítica e para a aprendizagem e construção da sexualidade orientada para a acção e a participação de todos.

A E.S. traduz-se, então, na abordagem de temas como o corpo, os comportamentos sexuais, a orientação sexual, a sexualidade ao longo da vida, a sexualidade nas relações afectivas, a discussão e a clarificação de valores e atitudes face à sexualidade, aspectos sociais da sexualidade, doenças relacionadas com a sexualidade e formas de prevenção existentes (Vaz et al., 1996).

De acordo com esta perspectiva, os programas preventivos devem contribuir para a melhoria da “saúde mental, das aptidões sociais e das capacidades relacionais dos jovens, favorecer o reforço da sua auto-estima e reduzir eventuais sentimentos de alienação; permitir-

¹² O ministério da educação francês disponibilizou em 2005 o guia *Éducation à la Sexualité – Guide d'intervention pour les collèges et les lycées* (MENESR-DES, 2005). Este guia de intervenção apresenta: a) uma nota introdutória onde contextualiza a educação sexual como componente da educação do cidadão, o carácter de intimidade da sexualidade a que estão subjacentes o respeito e os valores culturais, o quadro de referência comum a todos os intervenientes e apoio dos professores; b) uma primeira parte onde faz um enquadramento metodológico das sessões de educação sexual, desde a construção do projecto educativo em equipa, passando pelos princípios éticos da intervenção, pelas pistas de reflexão e pelas técnicas de animação; c) uma segunda parte onde constam fichas de actividades adaptáveis por níveis de ensino, com objectivos definidos e estratégias planificadas para cada um dos módulos; d) a terceira parte onde são fornecidos dados epidemiológicos sobre os comportamentos sexuais dos jovens e é apresentada a evolução das leis francesas sobre sexualidade; e, por fim, os anexos que incluem dois exemplos de protocolos de parcerias académicas, uma listagem de bibliografia e de materiais didácticos, endereços úteis e uma listagem de textos de referência incluindo na íntegra a circular nº 2003-027.

Comparando a evolução do contexto da educação sexual em Portugal e em França, parece ressaltar que, apesar do processo em Portugal se ter iniciado mais tarde, foi seguindo um sentido *top-down*, na medida em que foram sendo publicados documentos legais, geradores de oposição e contestação social por parte de algumas associações e movimentos de grupos conservadores (Vaz et al., 1996), enquanto que em França o processo parece tender para um sentido *bottom-up*, uma vez que foram as reivindicações sociais que sucessivamente foram conduzindo à sua legalização. Todavia, actualmente assiste-se a uma convergência de objectivos e estratégias de implementação da educação sexual nos dois países, integrada na área da educação para a saúde e influenciada pela abrangente Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (OMS, CE, CCE, 1995, cit Anastácio, 2007).

lhes, enfim, que tomem consciência dos seus valores, mostrando-lhes em que medida estes valores podem entrar em conflito com a realidade e encorajar, ao mesmo tempo, a tomada de decisões, a aprendizagem activa e a escolha deliberada de um modo de vida são” (Kokevvi, 1988, cit. Moreira, 2001, p. 103). Apesar dos objectivos traçados no que diz respeito aos programas preventivos, na generalidade, as aptidões sociais e emocionais acabam por não ser elementos centrais na intervenção (Burkhart, 2000, cit. Moreira, 2001).

De facto, os estudos demonstraram que os programas mais eficazes são os integradores (eg., Becona, 1999; Hansen, 1992) ou os multimodais (eg., Tobler, 1985), o que indica que os programas que considerem a pessoa numa perspectiva holística, potenciando o seu desenvolvimento num sentido integral, deverão considerar estratégias preventivas dirigidas a várias dimensões do sujeito (cit. Moreira, 2001).

Assim, as estratégias de prevenção deverão dirigir-se ao sujeito, como um ser complexo, tendo em conta a interacção de várias dimensões e não apenas parcelas isoladas tomadas pelo ser completo (Moreira, 2001). A par disso, é também necessário desenvolver estratégias adequadas que promovam um envolvimento positivo da comunidade escolar e das famílias nos programas de E.S. (Vaz, Vilar & Cardoso, 1996).

Além disso, e como já tivemos oportunidade de referir, a escola tem sido o contexto sugerido como um espaço formal, onde a sexualidade pode ser objecto de reflexão e a E.S. abordada nas suas múltiplas áreas: conhecimentos, competências e atitudes (Serrão, Barbosa-Ducharne & Vilar, 2006). Relativamente à primeira área, a E.S. permite a aquisição de conhecimentos relativamente às dimensões da sexualidade, à diversidade de comportamentos sexuais, aos aspectos biológicos da sexualidade, às ideias e valores relativos a cada sociedade e cultura, aos problemas de saúde e formas de prevenção, bem como à legislação existente acerca desta matéria. No que se refere às atitudes, a E.S. deverá contribuir para a aceitação do corpo, do prazer e da afectividade, bem como para a existência de comportamentos protectores e de uma atitude não discriminatória e não sexista, promovendo, desta forma, uma atitude positiva relativamente à sexualidade. Por último, a E.S. deverá contribuir para a aquisição de competências ao nível da tomada de decisões responsáveis, da utilização de meios de prevenção de IST's, da aquisição de vocabulário adequado e do desenvolvimento de competências para recusar comportamentos não desejados e de pedido de auxílio quando necessário (M.E. et al., 2000).

Assim sendo, em seguida serão abordados os valores inerentes à E.S. e à sexualidade.

3.3.O Quadro Valorativo Da Educação Sexual

Uma das principais dificuldades das escolas e dos seus profissionais que pretendem desenvolver programas de E.S. prende-se, por um lado, com a desorientação face aos valores e conteúdos da E.S. e, por outro lado, com o receio de entrar em conflito com os valores das famílias e dos adolescentes. De facto, a E.S., assim como outras áreas da educação, não é desprovida de um quadro ético.

De acordo com o Artigo 3.º da Lei n.º 3/84 da Constituição da República Portuguesa, “o direito de se informar e de ser informado sem impedimentos nem discriminações inclui o livre acesso aos conhecimentos científicos e sociológicos necessários à prática de métodos salutareos de planeamento familiar e ao exercício de uma maternidade e paternidade responsáveis”.

Podemos, por isso, considerar que o direito à educação é um direito fundamental do indivíduo, encarado como indispensável para o seu desenvolvimento, pois é através dele que se formam cidadãos conscientes dos seus direitos e deveres, dispostos para o exercício livre da cidadania. O objectivo do Sistema Educativo será, então, oferecer uma educação democrática e igualitária, respeitando direitos humanos básicos, defendendo a igualdade de oportunidades de sucesso e acesso, sem julgar a diferença enquanto limitadora das capacidades, mas sim como potenciadora de uma diversidade de interacções, experiências e aprendizagens benéficas para todos (Gonzaga & Nunes, 2006).

3.3.1.A Igualdade De Oportunidades E A Educação Sexual

Como a E.S. em meio escolar é considerada obrigatória (Decreto-Lei 259/2000), torna-se fundamental encontrar processos de promover a sua prática e avaliar os seus resultados, pois parece-nos importante reflectir sobre o impacto da E.S. nos adolescentes que dela usufruem, a fim de promover a igualdade de oportunidades.

Como realça Garcia (2005), falar do princípio da igualdade de oportunidades significa falar de uma forma diferente de pensar e organizar a vida social. Ou seja, significa atribuir à sociedade em que vivemos uma ordem onde os comportamentos humanos adquirem um

sentido particular, identificando-se através da projecção da sociedade num destino comum, que coincide com um ideal de justiça que a todos diz respeito.

Assim, o princípio da igualdade implica que as necessidades de todos os cidadãos e de cada um individualmente tenham a mesma importância e que todos os recursos sejam utilizados de forma a garantir a cada indivíduo iguais oportunidades. Este princípio encontra-se inscrito na Constituição da República Portuguesa, referindo que “todos têm direito ao ensino” (artigo 74º, n.º 1).

Pode, pois, considerar-se que o princípio da igualdade não visa a igualdade através da lei, apresentando-se não como um ponto de partida, mas como um resultado, algo que se espera alcançar. A igualdade tem, assim, a função de concretizar a justiça, ou seja, é necessário discriminar para igualar (Garcia, 2005). Este princípio centra a sua preocupação em fins, procurando que estes sejam justos, de forma a alcançar resultados idênticos entre os vários adolescentes.

A abordagem da sexualidade humana exige uma atenção especial na sociedade actual, uma vez que constitui um dos elementos fundamentais na estrutura da pessoa humana.

Assim, e de forma a promover esta igualdade de oportunidades no que se refere à E.S. em meio escolar, acreditamos que as acções implementadas devem abranger todos os alunos, independentemente das suas características individuais, dado que a sexualidade poderá ser considerada como uma necessidade básica de todos.

Dado que os problemas da saúde afectam todos os sectores da nossa sociedade, para que a sociedade se desenvolva, é necessário que seja saudável, o que faz com que todos os aspectos relativos à promoção da saúde e ao tratamento da doença devam ser considerados um investimento social (Antunes, 2003).

A igualdade de oportunidades e a liberdade como valor fundamental do Homem só são atingidos através da existência de condições mínimas ao nível físico, social e psicológico, sendo que só assim será possível alcançar também o princípio da justiça (Beauchamp & Childress, 2002/1994), assegurando que todos os adolescentes têm acesso a um nível suficiente de informação na área da sexualidade. Então, deve ser feita uma análise custo-benefício no que toca aos programas de E.S. (Ricou, 2003). Apesar de serem inegáveis os custos inerentes aos programas de E.S., parece óbvio que o custo suportado pela realização destes programas será significativamente inferior aos custos decorrentes dos tratamentos inerentes às consequências que os comportamentos de risco poderão provocar nos jovens (Duarte, 2003).

Assim sendo, a SSR¹³ tem uma importante vertente de prevenção, visando minimizar ou eliminar situações que se constituem como factores que comprometem o bem-estar e a saúde dos indivíduos em diversos aspectos. É de salientar que, ao contrário de outros comportamentos de risco em que os efeitos para a saúde do indivíduo são cumulativos, no domínio da sexualidade a existência de um único comportamento de risco pode provocar consequências indesejáveis (Nodin, 2001).

3.3.2. Os Valores, A Escola E A Educação Sexual

É importante ter em consideração que tudo o que sabemos é aprendido ao longo do nosso ciclo de vida, ou seja, é único de pessoa para pessoa. Assim, um dos objectivos da educação para a saúde e consequentemente da E.S., como vimos anteriormente, é desenvolver o auto-conhecimento da pessoa no sentido de a ajudar a pensar mediante determinados princípios e valores, integrando-os nas suas características particulares, de forma a promover comportamentos saudáveis.

Desta forma, a E.S. contribui para a formação pessoal e social da pessoa, sendo orientada por um conjunto de valores, como o reconhecimento de que a autonomia, a liberdade de escolha e uma informação adequada são aspectos fundamentais para a estruturação de atitudes e comportamentos responsáveis no relacionamento sexual. Só compreendendo a importância do respeito pelo outro se poderá aumentar a probabilidade de alteração de comportamentos nesse sentido (Ricou, 2004). Outra questão que não pode ser dissociada da E.S. é o reconhecimento de que a sexualidade é fonte de prazer e comunicação, sendo estas duas dimensões fundamentais para o envolvimento afectivo e amoroso na vivência da sexualidade (Duarte et al., 2007).

¹³ Segundo a Organização Mundial de Saúde (1975), a saúde sexual e reprodutiva consiste num estado de bem-estar físico, psíquico e social, relativamente ao aparelho e à função reprodutora, que integra os aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, em direcção a uma valorização positiva da sexualidade.

Pode, então, considerar-se que toda a educação tem subjacente um quadro ético. Assim, educar é também uma forma de trabalhar com valores. Além disso, a sexualidade humana não se reduz a aspectos anatomo-fisiológicos, dado que é uma “característica pessoal e uma área de actividade humana fortemente enraizada em aspectos emocionais, tanto ao nível individual como relacional” (M.E. et al., 2000, p. 27).

“A neutralidade moral é, pois, impossível quando se abordam comportamentos humanos e, em especial, os comportamentos sexuais. Uma pretensa informação sexual, reduzida às componentes biológica e preventiva da sexualidade, nem é desejável, nem é isenta de referências éticas e morais.” (M.E. et al., 2000, p. 27).

Claro que uma das dificuldades quando se fala de referenciais éticos, sobretudo na área da sexualidade, é descobrir modelos que não resultem num afunilamento das crenças, limitador da promoção e defesa da diferença entre as pessoas. No entanto, é possível definir uma plataforma ética, centralizadora da diversidade das famílias e dos indivíduos e um quadro filosófico, partilhados pela nossa cultura, organizador de conteúdos, valores, atitudes e comportamentos.

A E.S., ao preparar os jovens para a “convivência, a afectividade e o respeito pelo outro, ajuda-os a estruturar todos os sentimentos, pois é no mundo dos afectos que cresce a estrutura da personalidade” (Sampaio, 2000, p. 21).

Assim, a sexualidade e a E.S. não podem circunscrever-se a aspectos biológicos, devendo enquadrar-se, numa perspectiva de desenvolvimento pessoal e social, onde a E.S. seja entendida como uma vertente do processo global da educação e como uma das componentes da Promoção da Saúde (GTES, 2007b; Marques et al., 2002; M.E. et al., 2000).

Se toda a educação tem um quadro ético de referência, também no âmbito da E.S. se defende a “existência de uma plataforma ética e conceptual (...) e um quadro filosófico e prático (...) organizador de conteúdos, valores, atitudes e comportamentos” (M.E. et al., 2000, p. 27-28).

Na realidade, o desafio da E.S. consiste em “definir um sistema nuclear de valores que combine a tolerância e a diversidade e igualdade social com uma compreensão e um respeito pelas expectativas sociais e a lei” (Meredith, 1990, p. 13).

Neste sentido, as linhas orientadoras portuguesas em matéria de E.S. traçaram, como vimos anteriormente, um conjunto de valores essenciais da E.S., com o objectivo de contribuir “para uma vivência mais informada, mais autónoma, mais gratificante e mais responsável da sexualidade” (M.E. et al., 2000, p. 29).

A escola constitui-se actualmente não só como um espaço de aprendizagens e de convivência social, mas essencialmente como um lugar de interacção, relação, cooperação e resolução de conflitos. Esta promove a dinamização do conhecimento e da informação para a compreensão da realidade procurando, no limite, educar cidadãos participativos, interventores e responsáveis, através da análise constante de comportamentos, atitudes e valores.

Em virtude da grande diversidade de adolescentes que frequentam uma instituição de ensino, importa encontrar formas de responder às suas especificidades, sem nunca perder de vista a necessidade de possibilitar a construção da plenitude humana, através deste educar para a humanidade (Gonzaga & Nunes, 2006).

Assim, além de um direito, a educação é um processo geral de desenvolvimento que envolve a sociedade e o Homem, de acordo com o quadro legal e normativo relativo à E.S. em Portugal.

Nesta conjuntura, seguindo o modelo de Reimão (1998), concordamos que terá que existir uma coerência no sistema de valores, de forma a garantir uma correcta unidade e funcionalidade da vida social, já que os valores são uma referência central da existência e da actividade humana, na medida em que estas adquirem sentido e significado através desses valores.

Podemos dizer que vivemos numa época de rápidas e profundas transformações, na qual a própria noção de pessoa humana vai sofrendo alterações, e é cada vez mais entendida num contínuo processo de auto-realização pessoal e social, cujo valor não é susceptível de ser objectivado.

Estes processos de transformação trazem-nos, por vezes, a falsa noção de que pensamos eticamente pela primeira vez, e que redescobrimos a ética. Mas o Homem é um “animal ético” e necessita de se repensar e analisar a sua individualidade quase continuamente (Gonzaga & Nunes, 2006).

Sendo a Pessoa¹⁴ referência central da Bioética, a educação será, então, moderada por valores, atitudes, informações, conhecimentos, sentimentos e capacidades, que têm como objectivo promover aprendizagens fundamentais, consideradas necessárias para o desenvolvimento dos adolescentes (Monteiro, 2004).

¹⁴ Entende-se por Pessoa qualquer “substância individual de natureza racional” (Boécio, cit. Antunes, 1998).

Os indivíduos, para funcionarem como sociedade organizada, necessitam de uma construção valorativa que encerra em si mesma o paradigma da dualidade da pessoa humana contido na tradição judaico-cristã do bem e do mal. Os valores nascem, assim, da conversação social e da partilha de análises éticas individuais. Os valores nasceram e cresceram na sociedade, sendo centrais na sua estruturação e evolução pelo que nunca podem ser totais e absolutos. No fundo, trata-se de atribuições de sentimentos específicos a emoções ou são fruto de uma racionalização consciente de origem intelectual.

De acordo com esta perspectiva, é impossível dissociar o indivíduo do valor, porque ele é valor e reconhece-se pelas interpretações valorativas que faz acerca do outro e de si mesmo.

Segundo Pedro (2002), no que se refere à vivência, os valores são relativos, mas absolutos quanto ao seu acesso que é fundamentalmente racional, sobretudo, se tivermos perante uma tomada de decisão.

A existência do outro, com o seu quadro único de valores individuais, tem de ser ponderada e chega a tornar-se quase uma restrição à nossa capacidade de decisão ética.

Nesta base valorativa é essencial a reflexão bioética, onde os diversos pontos de vista sobre este fenómeno são partilhados, sendo que o debate responsável e o conhecimento mútuo das partes envolvidas legitima a sua prática (Nunes & Rego, 2006).

Quando procuramos na ética a metodologia de acção para educar para uma sexualidade responsável, e sendo que a ética é a ciência da relação, nenhuma ligação mais intrínseca poderia ser conseguida. Só compreendendo as motivações dos indivíduos na construção das suas próprias relações, onde naturalmente se inclui a vivência da sexualidade, poderemos definir aquilo que poderão ser considerados como os bons ou maus comportamentos a esse nível, no sentido em que promovam o objectivo primordial do Homem: viver o melhor possível.

Então, é impossível separar educação, quer enquanto processo quer enquanto conteúdo, daquilo que são os valores intrínsecos de cada indivíduo, da sua perspectiva ética de referência, principalmente quando falamos de sexualidade. Como refere Renaud (2001), “a sexualidade não deixa ninguém indiferente; ela marca não só o corpo, mas a mente, não só a modalidade ou a tonalidade dos afectos, mas também a compreensão do real, assim como a efectividade do agir”(p. 54).

Assim, e sendo a escola um espaço privilegiado de aprendizagens e de aquisição de competências sociais, torna-se urgente uma intervenção eficaz, no sentido de uma formação

integral, que promova o desenvolvimento pessoal, social, afectivo e cultural de cada um dos adolescentes.

Também o Conselho Nacional de Educação (Parecer n.º 2/2000) partilha da mesma opinião ao considerar que a educação escolar deve, de forma sistemática e intencional, intervir no processo de educação em valores e para os valores dos estudantes, pois este processo está ligado à vida da escola, “quer ao nível das exortações, exemplos, expectativas e actividades, quer ao nível dos próprios programas (conteúdos, metodologias) e também ao nível da própria organização da escola” (p. 61).

Assim, a E.S. constitui-se como parte integrante do processo educativo, tendo implicações na realização individual e no relacionamento interpessoal, logo tem implícito um conjunto de valores, dos quais se destacam “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, de 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 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” (M.E. et al., 2000, p. 28, 29).

3.3.3.O Exercício Da Autonomia E A Sexualidade

A realidade é percebida por cada um de nós de forma distinta, uma vez que vivemos de significados. Logo por muito que a mensagem seja a mesma, esta vai ser interpretada por cada um de forma diversa. Somos da opinião que para se conseguir uma mudança efectiva de comportamentos, com vista à promoção da saúde e, nomeadamente, à vivência de uma

sexualidade responsável, não chega o conhecimento da realidade, mas torna-se necessário fazer passar a mensagem para a pessoa do sujeito da educação (Pedro, 2002).

Assim, no âmbito da sexualidade humana, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV, 1999) considera que esta aparece como uma “mistura de sentido e de força a descobrir de múltiplas formas, como um campo de maravilhas no qual o outro ser humano surge na sua dignidade e na sua fragilidade solicitando o respeito, sendo também um lugar de possível errância, deixando sempre, contudo, uma porta aberta à reconquista da dignidade pessoal” (p. 43).

Desta forma, para adoptarmos um comportamento que não permita a aquisição de um prazer imediato, teremos que conseguir prever que esse prazer poderá constituir uma fonte de desprazer no futuro, o que só será possível se a pessoa tiver toda a informação necessária à tomada de decisão (Ricou, Teixeira, Duarte, Salgado, Guidi, Miranda, & Nunes, 2002). Considera-se, então, que a autonomia pessoal só pode ser exercida em pleno se a pessoa estiver na posse de uma informação correcta e adequada às decisões que terá de tomar, tal como sugere a carta dos direitos sexuais e reprodutivos¹⁵ no seu artigo n.º 6 (Ricou et al., 2001).

Esta carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos tem como objectivo fundamental a promoção dos direitos e liberdades sexuais e reprodutivas em todos os sistemas políticos, económicos e culturais (Federacion Internacional de Planificacion de la Familia, 1996).

O exercício de uma autonomia responsável irá, assim, promover a capacidade do indivíduo para escolher de forma livre. Todos temos uma forte pulsão sexual, pelo que o controlo do comportamento associado só poderá aumentar através de uma consciencialização dos processos envolvidos (Duarte et al., 2007). Também a literatura científica sobre a avaliação

¹⁵ No que concerne ao direito à informação e educação, considera-se que todas as pessoas têm o direito de receber uma educação e informação suficientes, de forma a assegurar que quaisquer decisões que tomem, relacionadas com a sua vida sexual e reprodutiva, sejam exercidas com o seu consentimento informado, livre e esclarecido; e o direito de receber informações completas quanto às vantagens, eficácia e riscos associados a todos os métodos de regulação da fertilidade e de prevenção. Na carta dos direitos sexuais e reprodutivos (1996), também se expressa que todos os indivíduos são detentores de direitos, nomeadamente o direito à vida, o direito à liberdade e à segurança, o direito à igualdade e a estar livre de todas as formas de discriminação, o direito à liberdade de pensamento, o direito à informação e educação, o direito a optar por contrair matrimónio ou não e a formar e planear família, o direito a decidir ter filhos ou não e quando tê-los, o direito à saúde e à protecção da saúde, o direito aos benefícios do progresso científico, o direito a não ser submetido a torturas e a maus tratos e o direito à privacidade (Federacion Internacional de Planificacion de la Familia, 1996).

de programas de E.S. a decorrer noutros países defende esta ideia (M.E. et al, 2000). Outro argumento consiste no facto de que compete à família, e não à escola, a orientação moral e comportamental dos jovens no que se refere à E.S. No entanto, não é, de todo, possível separar a influência dos vários agentes no processo de socialização no desenvolvimento moral dos adolescentes (M.E. et al., 2000).

Assim, o princípio da autonomia implica promover comportamentos autónomos por parte das pessoas, informando-as convenientemente e assegurando a compreensão dessa mesma informação. Isto porque a autonomia só poderá ser exercida se a pessoa estiver na posse de uma informação correcta e adequada às decisões que terá que tomar.

No entanto, é necessário ter em atenção que o exercício do direito à autonomia se desenrola de acordo com o nível de maturidade individual. A legislação portuguesa estipulou os 16 anos de idade como sendo o nível etário a partir do qual o adolescente deve necessariamente dar o seu assentimento para uma intervenção médica, pelo que, no que diz respeito à E.S., ainda que possa ser discutível a necessidade de consentimento¹⁶, consideramos ser positiva a sua obtenção, dado que este pode contribuir para uma maior responsabilização do jovem que vai frequentar a acção de E.S, bem como da sua família.

O facto da Constituição da República Portuguesa ter definido os 16 anos como a idade a partir da qual o adolescente poderá dar o seu consentimento prende-se com a determinação da competência. É importante salientar que a competência encontra-se associada a capacidades mentais, tais como a capacidade cognitiva e a independência de julgamento, ou seja, o nível de competência está intimamente relacionado com a capacidade para compreender e processar a informação e para perceber quais as consequências de determinada acção (Antunes, 1998).

Segundo Beauchamp e Childress (1994), o consentimento informado constitui-se pela competência, voluntariedade, compreensão, comunicação e consentimento, sendo estes os elementos necessários para que o consentimento seja considerado válido. O adolescente, ou a família, dará o seu consentimento informado se for competente para agir, se receber a

¹⁶ A E.S. é considerada obrigatória, de acordo com o Decreto-Lei 259/2000, pelo que deverá constar nos currículos escolares. No entanto, e tendo em consideração que muitas vezes a E.S. é realizada através de programas que decorrem em paralelo com o ensino curricular, esta adquire um carácter voluntário. Por este motivo, consideramos que estas acções devem carecer de consentimento por parte dos pais ou dos jovens maiores de 16 anos de idade, tendo em consideração o artigo 38º do Código Penal (2008).

informação completa, se compreender essa mesma informação, se decidir voluntariamente e se consentir essa intervenção (Antunes, 1998).

Neste contexto, o papel do professor/técnico de saúde é essencial, no sentido de criar um clima acolhedor e de confiança e de se aperceber que existiu compreensão por parte do adolescente. Torna-se pertinente, por isso, distinguir a diferença entre comunicar e informar. A comunicação baseia-se em transacções que, por sua vez, se baseiam num sistema de trocas efectivas, no qual existe a necessidade de avaliar o seu impacto nos participantes (Ricou et al., 2004). Podendo o professor constituir uma autoridade do tipo racional-legal – recorrendo à tipologia de Max Weber – pode tornar-se num meio privilegiado de prevenção de comportamentos.

Não devemos, no entanto, esquecer que existem determinados indicadores que nos permitem aferir sobre as necessidades e dificuldades sentidas pelos sujeitos na adopção de certos comportamentos protectores. Por exemplo, a percepção da vulnerabilidade pessoal constitui um iniciador importante dos comportamentos preventivos (Bennet & Murphy, 1999), pelo que se torna fundamental aumentar a consciência individual de cada um sobre os riscos para a saúde associados a determinados comportamentos.

Cada um de nós possui um conjunto de crenças racionais e irracionais. Estas últimas, provêm da necessidade que os indivíduos sentem em conferir algum tipo de justificação em relação aos seus comportamentos, sobretudo aqueles que estejam isentos de um objectivo específico, bem determinado e aprovado socialmente. São processos que permitem ao indivíduo desenvolver comportamentos que incluam algum risco. As novas informações referentes aos riscos de determinado comportamento tendem a ser simplificadas através da sua comparação com ideias mais familiares. Assim, e como defendem Gonzaga & Nunes (2006), mesmo quando a informação é adequada os riscos percebidos poderão ser desvalorizados por estas crenças irracionais.

As novas informações referentes aos riscos de determinado comportamento tendem, pois, a ser simplificadas através da sua comparação com ideias mais familiares. Desta forma, mesmo quando a informação é adequada, os riscos percebidos poderão ser desvalorizados por estas crenças irracionais.

Temos, pois, que a confrontação do indivíduo poderá ser um processo de contrariar esta minimização dos riscos, promovendo a adopção de comportamentos mais adequados, uma vez que os outros se tornam de mais difícil racionalização (Ricou et al., 2001). Outro meio fundamental será a compreensão, o mais precocemente possível (anterior à adopção de

hábitos que dificultem a mudança) das estruturas racionais – os valores – que contribuam para uma vivência responsável. De facto, sabemos que os hábitos nos dão segurança e que esta é central na estruturação da pessoa humana e no conquistar da sua autonomia. Logo, será sempre mais difícil colocar em causa comportamentos que tenham sido objecto de compensações e, logo, que possam ter sido estruturados como atitudes positivas para o sujeito. Se o indivíduo for capaz de encontrar alternativas válidas como fontes de segurança, o que será possível através da educação para os valores, como em seguida discutiremos, então será facilitada a adopção de comportamentos que promovam a saúde individual e o respeito interpessoal.

Nesta perspectiva, torna-se claro que a família poderá, também, ser um meio privilegiado de prevenção. As dificuldades residem no facto de, muitas vezes, os elementos do espectro familiar não serem possuidores de uma autoridade racional-legal que os torne mais credíveis no papel de educadores a determinados níveis. Não pretendemos com isto dizer que a escola poderá substituir-se ao papel da família (Ricou et al., 2001). Pelo contrário, a promoção dos valores inclui precisamente a noção de valorização da família como agente social integrador da pessoa humana.

3.3.4.O Desenvolvimento Ético Do Indivíduo E A Educação Sexual

A E.S. pretende, assim, contribuir para “uma vivência mais informada, mais gratificante, mais autónoma e mais responsável da sexualidade” (M.E. et al., 2000, p. 29), surgindo, assim, convicções quanto à necessidade de colocá-la em prática num contexto mais formal e privilegiado como a escola. Desta forma, contribui-se para que a pessoa tenha um melhor conhecimento das componentes que integram a vivência da sexualidade, assim como coopera-se no sentido do desenvolvimento de atitudes erotofílicas¹⁷ e competências para que o jovem possa agir emancipado, consciente e responsavelmente.

¹⁷ Os erotofílicos são indivíduos que consideram a actividade sexual mais agradável e têm uma maior tendência para a repetir, acedendo com mais facilidade a diferentes comportamentos sexuais auto-eróticos e altero-eróticos. Entre eles, as disfunções sexuais são menos frequentes e aceitam melhor a contracepção. Admitem melhor as fantasias e os pensamentos sexuais e são menos rígidos quando julgam os comportamentos sexuais dos outros. Por outro lado, os erotofóbicos são indivíduos que reagem de forma negativa ou menos positiva aos estímulos sexuais e tendem a evitar a actividade sexual. Escandalizam-se mais com os comportamentos dos outros e mostram-se muito mais rígidos

Ao educar para uma sexualidade responsável estamos a proporcionar um bom desenvolvimento aos jovens que beneficiam destes programas, como comprovam os estudos realizados por Ekstrand, Siegel & Nido (1996, cit Collins et al., 2002), referidos anteriormente, que comprovam que a E.S. promove a opção por uma sexualidade responsável, relacionando-se com um início mais tardio da actividade sexual.

A E.S. torna-se central para garantir o direito ao livre desenvolvimento da personalidade, consagrado na Constituição da República Portuguesa, cumprindo assim os pressupostos da beneficência e da não-maleficência.

Torna-se, então, imperativo criar condições passíveis de desencadear processos participativos a cada indivíduo ou a cada grupo, permitindo-lhes actuar face aos seus destinos e percursos educativos, sociais e laborais, sem que sejam violados os seus direitos elementares de cidadania, dando cumprimento à Resolução da Assembleia da República nº28/2004 de 19 de Março prevê, na área da Educação, ponto 1.1, “Apostar na educação para a saúde, criando uma área curricular autónoma de formação e desenvolvimento pessoal dirigida especificamente aos alunos do 3º ao 9º ano de escolaridade”.

A educação para a saúde constitui-se, então, como uma prática que implica um conjunto de conhecimentos, aptidões e competências de vários domínios: educativo, psicológico, médico, ético, sociológico, antropológico, comunicacional, que se vai ocupar do reconhecimento dos recursos disponíveis para a protecção e promoção da saúde dos indivíduos e da comunidade, com vista à construção de um ambiente de bem-estar para todos. Pretende, ainda, agir enquanto estratégia de prevenção primária sendo o seu principal objectivo diminuir os comportamentos de risco. Isto é, o conceito actual de educação para a saúde tem subjacente a ideia de que a informação permite identificar comportamentos de risco, reconhecer os benefícios dos comportamentos adequados e suscitar comportamentos de prevenção. A educação para a saúde tem, pois, como objectivos centrais a informação e a consciencialização de cada pessoa acerca da sua própria saúde e a aquisição de competências que a habilitem para uma progressiva auto-responsabilização.

Parece-nos essencial reconhecer a importância desta prática a nível escolar se o que pretendemos é a promoção da qualidade de vida dos adolescentes.

Em Portugal, parece já existir uma certa preocupação em tornar a E.S. uma realidade,

nas suas avaliações dos comportamentos sexuais. É mais provável que sofram de disfunções sexuais, aceitem pior os contraceptivos e tenham menos fantasias e pensamentos sexuais.

como demonstra a legislação existente, com particular relevância para a Portaria 196-A/2010¹⁸.

Acreditamos que a E.S. será um processo fundamental para a interiorização da noção de bem-estar e para a responsabilização pela saúde do adolescente, do outro e da comunidade, dando cumprimento ao que entendemos como sendo o papel central da Bioética. Na prática, pretendemos a aplicação dos conhecimentos da Biologia e da Medicina numa promoção efectiva da saúde de cada indivíduo (Nunes, 1997), perspectivando a pessoa como um todo aberto para a inter-relação com o outro.

Ainda, segundo o artigo 67.º, n.º 2, alínea d) da Constituição da República, incumbe ao Estado “garantir, no respeito da liberdade individual, o direito ao planeamento familiar, promovendo a informação e o acesso aos métodos e aos meios que o assegurem, e organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes”.

Assim, uma ética da sexualidade deve ter em consideração os seus destinatários e os valores destes, uma vez que a vivência da sexualidade implica sempre uma tomada de posição relativamente a determinados valores éticos (CNECV, 1999).

É necessário distinguir as tomadas de posição sociais relativamente às questões inerentes à sexualidade, bem como o ponto de vista ético do indivíduo quanto à vivência da sua própria sexualidade. Tal como o CNECV (1999), que considera que a sexualidade isenta de relação afectiva não é construtora da personalidade humana, também o modelo de E.S. implementado em Portugal – Modelo de Desenvolvimento Pessoal – defende, no seu quadro de valores, que se torna importante reconhecer a relevância da comunicação e dos afectos na vivência da sexualidade (Vaz, 1996).

Segundo o CNECV (1999), as instituições responsáveis pelos programas de educação para a sexualidade resistem à tentação da facilidade, restringindo-a, o mais possível, ao ensino da anatomia e fisiologia da reprodução, bem como à descrição dos métodos contraceptivos. “O facto de codificar esta programação em diplomas legais não é, porém, uma garantia da sua qualidade, nem uma garantia de respeito (...) pelos educandos. É, com efeito, um erro grave julgar que o respeito pela liberdade dos educandos exige que a educação para a sexualidade se limite às dimensões objectivas e biológicas do relacionamento sexual” (p. 39).

¹⁸ A presente portaria procede à regulamentação da Lei n.º 60/2009, de 6 de Agosto, que estabelece a E.S. nos estabelecimentos do ensino básico e do ensino secundário e define as respectivas orientações curriculares adequadas para os diferentes níveis de ensino.

A educação para uma sexualidade responsável é, na nossa opinião, fundamental, sendo o reflexo de uma escola que procura a coerência para os seus estudantes. Os ideais educativos devem ser definidos e assentes em valores, sendo impossível educar sem estes princípios. Quando a E.S. é enquadrada num registo de moralidade sexual, o discurso torna-se incoerente, pois os valores morais intrínsecos ao contexto sexual não são em si exclusivos deste, mas antes da educação para os valores num todo. Desta forma, o professor deve preparar os seus alunos para a tomada de decisões dentro de uma multiplicidade de alternativas tendo, contudo, como normativo os valores unânimes de uma sociedade democrática (Ribeiro, 1990). É, por isso, importante promover a autonomia, o desenvolvimento afectivo e moral, o sentido de liberdade e de responsabilidade e o respeito pelas normas de convivência democrática. No fundo, é central o desenvolvimento ético e, por isso, relacional do indivíduo para garantir uma sexualidade mais autónoma e mais saudável.

Assim sendo, serão abordados, de seguida, os programas de E.S, bem como alguns aspectos relevantes na sua elaboração e algumas técnicas a utilizar.

4. PROGRAMAS PREVENTIVOS

Um programa preventivo consiste num plano de actividades intencionalmente organizado, de forma a impedir a ocorrência da condição à volta da qual se organiza o programa. Existe uma enorme variedade de programas preventivos, diferenciando-se uns dos outros pelos conceitos teóricos que enaltecem.

Alguns estudos de avaliação da eficácia dos programas de E.S. demonstram que estes serão mais eficazes quanto mais permitem intervir sobre o desenvolvimento das competências individuais como a assertividade, a capacidade de comunicação e de decisão, a aceitação dos outros, assim como a procura de informação (Vaz et al., 1996).

Além disso, e como já foi dito anteriormente, também a relação escola-família é considerada um preceito básico de qualquer projecto de E.S.

O estudo realizado por Vilaça (2006), com uma amostra de 16 escolas portuguesas e com um total de 87 professores, colocou em evidência que, quando existia o envolvimento da família na Promoção da E.S., os professores consideraram que as famílias tinham aumentado o seu grau de aceitação quanto ao debate do tema (34,5%), que o receio das famílias quanto ao

incentivo do início da vida sexual tinha diminuído (29,9%) e que o envolvimento das famílias neste processo tinha facilitado a comunicação sobre Sexualidade entre ambos os agentes (27,6%).

No entanto, nem sempre estas vinculações entre a família e a escola existem, como seria desejável, o que impede uma acção conjunta e reflexiva em relação à E.S. (Morin, Marfán & Icaza, 1997).

Um exemplo desta situação é demonstrado pelos resultados do inquérito distribuído nas escolas portuguesas pela Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (D.G.I.D.C., 2005). As conclusões demonstram que as escolas, embora considerem importante o contributo da Associação de Pais na E.S., só minoritariamente (23%) interrogaram, escutaram e envolveram a Associação de Pais no processo de definição das estratégias de integração da E.S. em meio escolar (D.G.I.D.C., 2005).

Nesta ordem de ideias, todos os programas deverão partir das vivências dos jovens ao nível da sexualidade, do seu capital de conhecimentos, das suas atitudes/valores e das suas competências neste domínio.

Ao adoptar um modelo de E.S. de desenvolvimento pessoal, escolhe-se um caminho consideravelmente mais difícil do que a simples transmissão de informações pretensamente neutra no plano dos valores. Em E.S. deve aceitar-se a riqueza da diversidade dos percursos individuais, promover o debate entre diferentes posições, bem como favorecer as capacidades de escolha e de tomada de decisão dos alunos. Assim, introduzindo não apenas a necessidade de um aumento de conhecimento, mas também um trabalho centrado nas atitudes pessoais e no desenvolvimento de competências específicas, torna-se necessária a adopção de metodologias e técnicas pedagógicas adequadas a este tipo de intervenção (Vaz et al., 1996).

Além disso, os programas de E.S. devem ser organizados, tendo em conta um quadro de valores éticos¹⁹ que irá orientar a definição de objectivos, de conteúdos e das metodologias.

¹⁹ “Os valores nasceram e cresceram na sociedade, sendo centrais na sua estruturação e evolução pelo que nunca podem ser totais e absolutos. São no fundo atribuições de sentimentos específicos a emoções ou são fruto de uma racionalização consciente de origem intelectual. Os valores são, então, relativos quanto à sua vivência, numa perspectiva individual, mas absolutos quanto ao seu acesso que é fundamentalmente racional, essencialmente se implicarem escolhas e tomadas de decisão” (Pedro, 2002, cit. Nunes & Rego, 2006, p. 53).

4.1.Aspectos Relevantes No Desenvolvimento De Um Programa De Educação Sexual

Existem alguns aspectos essenciais para o desenvolvimento de um programa de E.S., nomeadamente:

- A constituição da equipa;
- A apresentação do programa aos professores;
- A identificação das expectativas dos jovens;
- A apresentação do projecto aos pais;
- A programação das actividades;
- Avaliação do programa.

Relativamente à constituição da equipa, surgem frequentemente factores como a insegurança e o receio de incompreensão por parte dos outros. Esta dificuldade pode ser reduzida com a constituição de uma equipa responsável pela proposta e realização do projecto. Aqui pode ser importante o recurso a profissionais de saúde ou a profissionais com formação na área da E.S. (Vaz et al., 1996).

No que se refere à apresentação do programa aos professores, esta desempenha um importante papel, uma vez que é fundamental o envolvimento da comunidade escolar nas actividades que integram o programa. Além disso, também poderá ser uma forma de integrar novos professores nas actividades que se propõem (Vaz et al., 1996).

A identificação das expectativas dos jovens pode fornecer algumas questões de partida para a discussão de determinados temas, inseridos ou não no programa, bem como permite perceber qual a ordem de abordagem preferencial dos jovens. Embora existam necessidades em E.S. típicas de cada fase de desenvolvimento, é fundamental ter em consideração que cada grupo de jovens tem as suas próprias especificidades, nomeadamente diferentes vivências, diferentes composições etárias, o que implica também diferentes necessidades de informação (Vaz et al., 1996). Assim, é vital aferir com os jovens a proposta de programa, efectuando um levantamento das suas principais preocupações ou prioridades de discussão (Frade, Marques, Alverca & Vilar, 2001).

No que toca aos pais, a apresentação do programa é fundamental de forma a envolvê-los no processo. Esta apresentação permite também fornecer alguns esclarecimentos sobre os

objectivos e conteúdos dos programas, promovendo também uma melhor capacidade de comunicação com os filhos nesta e noutras temáticas.

Relativamente à programação das actividades, esta implica uma definição de objectivos de aprendizagem no plano dos conhecimentos, clarificação de valores e treino de determinadas competências. Implica, ainda, a definição de objectivos de acordo com o quadro de valores que orienta o programa, o estado actual de conhecimentos sobre o tema e as características do grupo que irá frequentar o programa. Além disso, é necessário decidir alguns conteúdos a abordar no decorrer das sessões, que deverão funcionar como uma referência para o professor (ou outro profissional), bem como definir técnicas e jogos a utilizar. Por último, é necessária a definição das formas de avaliação da sessão. Os jovens têm um importante papel na definição dos conteúdos, uma vez que o formador deverá “agir como um agente facilitador da procura de informação e do debate e menos como actor principal na transmissão de informações ou na formulação de opiniões” (Vaz et al., 1996, p. 110)

A avaliação do programa tem como finalidade perceber qual a eficácia da acção, tendo em conta as mudanças desejadas e ocorridas (Frade et al., 2001).

4.2. Técnicas De Educação Sexual

Apesar das técnicas de E.S. serem comuns aos vários ciclos de ensino, estas expressam-se em diferentes actividades e conteúdos. Considera-se, no entanto, que as técnicas mais eficazes nesta área serão aquelas que partem dos conhecimentos individuais e do grupo, problematizando e resolvendo situações, utilizando o jogo ou o trabalho em pequenos grupos.

Assim, as técnicas que promovam uma aprendizagem activa centram-se, por um lado, no jovem, como principal agente da sua aprendizagem e capaz de construir o seu próprio conhecimento, nas dimensões cognitiva, emocional e comportamental; e, por outro lado, no adulto, que tem a função de acompanhar esse processo de construção, fornecendo os recursos necessários para este processo de aprendizagem (Frade et al., 2001).

Pode, então, considerar-se que as técnicas de E.S. têm como objectivos a partilha de informação, a clarificação de valores e atitudes e o treino de competências específicas (Vaz et al., 1996).

Em seguida são apresentadas algumas técnicas que poderão ser utilizadas no âmbito dos programas de E.S.

4.2.1. Técnicas De Partilha De Informação

- Brainstorming

O brainstorming ou tempestade de ideias consiste em listar as sugestões fornecidas pelos elementos do grupo sobre determinado tema (Frade et al., 2001). Tem como objectivo identificar os conhecimentos dos elementos do grupo acerca de determinado tema (Vaz et al., 1996).

- Trabalho de Pesquisa

O trabalho de pesquisa ajuda a clarificar ideias, constituindo um estímulo para as actividades académicas, bem como podem promover momentos de reflexão e divulgação de informação à restante comunidade escolar (Frade et al., 2001).

- Questionários

Os questionários permitem a recolha de conhecimentos e opiniões dos elementos do grupo. Estes podem ainda ser utilizados para a transmissão de conhecimentos (Frade et al., 2001).

- Fichas de Trabalho

As fichas de trabalho constituem um bom recurso, principalmente quando o tempo é reduzido. Estas devem ser realizadas tendo em consideração a recolha, a exploração e a síntese de informação e a avaliação (Frade et al., 2001). Os resultados devem ser debatidos em subgrupos ou em grande grupo (Vaz et al., 1996).

- Recolhas de Documentos

As recolhas documentais permitem, também, o tratamento de um determinado tema, quer individualmente quer em grupo (Vaz et al., 1996).

- Visitas Externas

A visita de um elemento externo, nomeadamente de um especialista na área (profissionais de saúde, membros de grupos ou associações ligadas à problemática da sexualidade e pais que estejam disponíveis para partilhar experiências), constitui-se como uma mais-valia (Frade et al., 2001), na medida em que transmitem experiências e informações sobre determinados temas (Vaz et al., 1996).

- Produção de Cartazes

A produção de cartazes permite organizar a informação recolhida, podendo ser também apresentada à comunidade escolar (Frade et al., 2001).

4.2.2. Técnicas De Clarificação De Valores E Atitudes

- Barómetro de Atitudes

O barómetro de atitudes consiste em promover o debate em diferentes posições, com recurso a pequenas frases que sejam opinativas e polémicas (Frade et al., 2001).

- Histórias Valorativas

Esta técnica permite aos participantes protagonizarem uma história, que será posteriormente discutida em grupos, emitindo uma apreciação acerca do comportamento de cada um dos personagens da história (Vaz et al., 1996).

- Debates

Esta técnica permite o debate de ideias, podendo os participantes assumir determinadas posições que não constituam a sua opinião real (Vaz et al., 1996).

4.2.3. Técnicas De Treino De Competências

- Discussão de Casos

A discussão de casos permite a identificação de situações que implicam a tomada de decisões. Aqui torna-se importante ter o cuidado de não envolver situações emocionais que tenham sido vivenciadas por algum dos elementos presentes (Vaz et al., 1996).

- *Role-Play* ou Dramatização

A técnica de *Role-Play* possui um forte componente lúdica, despertando o interesse dos participantes (Vaz et al., 1996). Consiste na simulação de histórias, nas quais os elementos do grupo irão desempenhar determinados papéis. Esta técnica permite também treinar determinadas competências, nomeadamente saber escutar o outro, saber olhar directamente o parceiro ou a parceira, saber dizer sim ou não ou saber expressar uma carícia (Frade et al., 2001).

Assim sendo, podemos concluir que:

- A sexualidade é uma dimensão fundamental da vida humana, caracterizando-se pelas práticas e desejos relacionados com a afectividade, o prazer, os sentimentos e o exercício da liberdade e da saúde. É evidenciada não apenas por aquilo que fazemos, como também pelo que somos, logo não pode ser entendida como uma proposta individual, mas construída através da influência de vários factores, nomeadamente factores históricos, culturais e sociais, que levam à existência de limites, preconceitos, mitos e tabus.

- O objectivo da educação para a saúde é promover o conhecimento das pessoas acerca da saúde, de forma a melhorá-la.
- A E.S. procura não só diminuir os comportamentos de risco, tais como a gravidez adolescente não desejada e as IST's, mas também promover a qualidade das relações interpessoais, a qualidade da vivência da intimidade e a contextualização destas na sua raiz cultural e socio-histórica.
- Além disso, não compete apenas à escola o dever de educar para a sexualidade, como também a todos os agentes de socialização, de forma multidisciplinar, proporcionarem este tipo de informação/educação aos adolescentes, tendo em atenção que estes alteram os seus comportamentos de acordo com a sua percepção de vulnerabilidade.
- A educação, além de um direito, é um processo geral de desenvolvimento que envolve a sociedade e o Homem.
- Ao educar para uma sexualidade responsável estamos a proporcionar um bom desenvolvimento aos jovens que beneficiam destes programas.
- A E.S. torna-se central para garantir o direito ao livre desenvolvimento da personalidade, consagrado na Constituição da República Portuguesa, cumprindo assim os pressupostos da beneficência e da não-maleficência.
- No contexto da bioética, consideramos que o direito à educação é um direito fundamental dos adolescentes, sendo mesmo essencial para o seu desenvolvimento harmonioso, pois é através dele que se formam cidadãos conscientes das consequências dos seus comportamentos, promovendo o exercício responsável da sua sexualidade.

III. HIPÓTESE DE TRABALHO

A revisão dos modelos teóricos e a investigação empírica apresentada no capítulo anterior permitiram situar teoricamente a base deste estudo. Da mesma forma, permitiu constatar que, nos últimos anos, tem sido dada uma atenção crescente ao estudo da E.S., reconhecendo-se a sua importância no desenvolvimento harmonioso das crianças e dos jovens.

Um programa preventivo será, então, um plano de actividades intencionalmente organizado, de forma a promover a ocorrência de comportamentos protectores nos jovens que o frequentam.

Os dados conhecidos constituíram, assim, um importante contributo para o presente trabalho.

Tendo em consideração os factores descritos, o principal objectivo desta investigação é analisar o impacto de um programa de E.S. dirigido a adolescentes do 6.º Ano de Escolaridade, abrangendo os seguintes objectivos específicos, enquadrados em três áreas fundamentais.

Na área dos conhecimentos, pretende-se que os adolescentes aumentem os seus conhecimentos ao nível:

- das várias dimensões da sexualidade;
- dos componentes anatomico-fisiológico e psicológicos da resposta sexual humana;
- dos mecanismos da reprodução humana e da contracepção;
- da aquisição de um vocabulário adequado.

Na domínio das atitudes, pretende-se que os jovens:

- valorizem as diferentes expressões da sexualidade;
- promovam a igualdade de direitos e oportunidades entre os sexos;
- promovam o respeito pelo outro;
- promovam uma aceitação positiva e confortável do corpo sexuado, do prazer e da afectividade nas expressões e comportamentos sexuais;

- promovam uma atitude de aceitação e não discriminatória face às expressões e orientações sexuais dos outros;
- promovam uma atitude preventiva em matéria de saúde.

No domínio das competências, pretende-se que os adolescentes reconheçam:

- a sexualidade como uma componente positiva e de realização no desenvolvimento pessoal e nas relações interpessoais;
- a importância da comunicação e do envolvimento afectivo na vivência da sexualidade;
- o direito a uma maternidade/paternidade livres e responsáveis;
- a autonomia, a liberdade de escolha e uma informação adequada como aspectos fundamentais para a estruturação de atitudes responsáveis no relacionamento sexual;
- um aumento da capacidade de tomar decisões (M.E. et al., 2000).

Tendo em consideração o anteriormente exposto, foi definida a seguinte questão de investigação:

Qual o impacto de um programa de E.S. ao nível dos conhecimentos, competências e atitudes/valores num grupo de adolescentes?

H1: Espera-se uma relação positiva entre ter realizado um programa específico de E.S. e o aumento de conhecimentos na esfera da E.S.

H2: Espera-se uma relação positiva entre ter realizado um programa específico de E.S. e o desenvolvimento de competências na esfera da E.S.

H3: Espera-se uma relação positiva entre ter realizado um programa específico de E.S. e o desenvolvimento de atitudes/valores na esfera da E.S.

IV. MATERIAIS E MÉTODOS

1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os participantes deste estudo serão todas as turmas do 6.º ano de escolaridade de uma escola EB 2/3 da zona do centro do Porto. A escolha deste ano lectivo para a implementação do programa deve-se ao facto de ser no 6.º ano que os alunos abordam o tema da sexualidade na disciplina de Ciências da Natureza.

A amostra será uma amostra de conveniência. Tratar-se-á de uma escola em que a investigadora tem um conhecimento prévio relativamente à existência de dinâmicas escolares em termos de E.S.

A participação no estudo será solicitada por carta dirigida ao Director da Escola, requerendo a participação desta na investigação. Os objectivos do programa serão expostos aos professores.

O período de realização do programa decorrerá durante um ano lectivo, sendo dinamizado no âmbito de Áreas Curriculares Não Disciplinares, nomeadamente nas disciplinas de Formação Cívica e Área de Projecto. A duração das sessões será de 90 minutos.

2. INSTRUMENTOS

Conjugando todos os fundamentos apresentados anteriormente, construiu-se uma bateria de testes, composta por duas escalas e um instrumento de avaliação de competências, para além de uma parte inicial de caracterização sócio-demográfica e da declaração de consentimento informado:

- Declaração de Consentimento Informado;
- Questionário sócio-demográfico;
- Escala de Conhecimentos;
- Escala de Atitudes Sexuais – versão adolescentes;
- *CABS* - Children's Assertive Behavior Scale
- Instrumento de avaliação de competências - Dilemas.

Esta bateria de testes avalia a tomada de decisão, os estilos de comunicação - assertividade, a capacidade para dizer “não”, a resistência à pressão dos pares e o auto-conceito.

Para tornar mais fácil a sua apresentação faremos a descrição em partes.

2.1.Declaração De Consentimento Informado

Como já foi mencionado anteriormente, neste caso a declaração de consentimento informado deverá ser aplicada aos pais ou encarregados de educação, dado que os seus educandos terão idades inferiores a 16 anos. No entanto, e de forma a promover o envolvimento dos adolescentes no programa, consideramos uma mais-valia a obtenção do consentimento também por parte deles.

2.2.Questionário Sócio-Demográfico

Integrou variáveis sócio-demográficas que permitiram caracterizar a amostra: género, idade, escola frequentada, início da vida sexual, se tem namorado, se já frequentou acções ao nível da E.S.

2.3.Escala De Atitudes Sexuais – Versão Adolescentes

Perante a necessidade de se identificar o grau de conhecimentos, de atitudes/valores e de competências destes jovens, será aplicado um questionário, a ser respondido pelos adolescentes pertencentes às turmas do 6.º ano da escola seleccionada para a implementação do programa.

A versão original da Escala de Atitudes Sexuais (EAS), de Hendrick & Hendrick (1987), pretende medir as atitudes sexuais tendo em conta quatro subescalas: permissividade sexual, práticas sexuais, comunhão e instrumentalidade.

A adaptação portuguesa da EAS foi efectuada por Alferes (1999), tendo sido utilizada uma amostra de 365 estudantes universitários.

A presente escala foi adaptada por Gouveia, Leal, Maroco e Cardoso (2010), a partir da escala acima mencionada, sendo constituída por 14 itens, dos 43 originais, seleccionados com base no que vem referenciado na literatura acerca das atitudes sexuais dos adolescentes, dando origem à Escala de Atitudes Sexuais – Versão Adolescentes (EAS-A).

No processo de adaptação da EAS-A foi utilizada uma amostra de 267 estudantes na fase da adolescência, entre os 12 e os 18 anos de idade.

A escala pode ser aplicada em sessões colectivas, assegurando-se o seu preenchimento individual e a confidencialidade, e o seu tempo de aplicação varia entre os cinco e os oito minutos.

Os valores atribuídos a cada resposta são cotados numa escala de cinco pontos, tipo Likert, de 1 (Concordo Totalmente) a 5 (Discordo Totalmente), com excepção da subescala de permissividade, em que os itens estão invertidos (corresponde aos itens 12, 13 e 14).

A pontuação é feita através do cálculo da média das respostas para as diferentes dimensões, obtendo-se o grau de concordância atribuído a cada uma delas relativamente às atitudes sexuais.

Neste estudo decidimos incluir também a opção de resposta “Não sei”, por considerarmos que alguns termos poderão não ser muito claros nesta faixa etária, apesar de todos os conceitos estarem incluídos no programa curricular do 6º ano de escolaridade.

Este instrumento será aplicado no período antecedente à implementação do programa (pré-teste) e no final do mesmo (pós-teste), com o objectivo de avaliar o seu impacto.

2.4. “CABS” - Children’s Assertive Behavior Scale

O CABS, desenvolvido por Michelson e Wood (1982), é uma escala de auto-descrição comportamental que avalia as competências sociais gerais e específicas, numa variedade de situações sociais problemáticas, relevantes nas idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos de idade. Trata-se de um teste de competências e estilos de comunicação, constituído por 27 itens, relativos a situações sociais que representam conteúdos assertivos, tais como fazer ou receber um elogio, iniciar uma conversa ou fazer um pedido, sendo que cada item tem

cinco repostas possíveis que variam num contínuo que vai da passividade à agressividade: muito passivo, passivo, assertivo, agressivo e muito agressivo.

As respostas representam diversos comportamentos diferentes, e o sujeito deverá escolher o que mais se aproxima do seu comportamento geral naquela situação específica.

O CABS possui todas as propriedades psicométricas que lhe garantem utilidade clínica e em investigação. É um instrumento que pode ser utilizado como medida antes de se iniciar um treino de *skills* sociais, pois é sensível às intervenções clínicas e aos efeitos dos tratamentos.

Exemplo:

1 – Alguém te diz “és muito simpático(a)”, tu dizes:

- a) “Não, não sou assim tão simpático.”
- b) “Sim, acho que sou bestial.”
- c) “Obrigado.”
- d) “Obrigado, também acho.”

2 – Alguém faz uma coisa que tua achas mesmo bom, tu:

- a) Fazes como se não fosse assim tão bom e dizes “Não está mal”.
- b) Dizes “está bom, mas podia estar melhor.”
- c) Não dizes nada.
- d) Dizes “eu sou capaz de fazer muito melhor do que isso.”
- e) Dizes “está mesmo bom.”

2.5.Escala De Conhecimentos

Esta escala refere-se ao grau de conhecimentos dos jovens relativamente a questões relacionadas com a Sexualidade. É composta por dez itens, tendo três possibilidades de resposta: Verdadeiro, Falso ou Não Sei, com afirmações como *A sexualidade inicia-se na adolescência* ou *A expressão da sexualidade integra o conhecimento, as atitudes, os valores e os comportamentos sexuais dos indivíduos*.

A cotação da escala é feita pela soma do número de respostas correctas às perguntas e pode variar entre 0 e 10 pontos.

2.6. Instrumento De Avaliação De Competências – Dilemas

Este instrumento tem como objectivo avaliar as competências dos jovens nas questões ligadas à Sexualidade. Para isso serão utilizados quatro dilemas, que os jovens deverão avaliar e decidir qual a decisão a tomar em cada situação descrita.

3. PROGRAMA E OBJECTIVOS

O programa a implementar teve como base o programa “Crescer a Brincar”, desenvolvido por Paulo Moreira (2001).

Alguns dos objectivos deste programa estão cruzados com as áreas que se pretendem desenvolver no âmbito da E.S., a saber, a área das competências e a área das atitudes. Neste sentido e enfatizando o papel activo dos sujeitos na construção do conhecimento, é privilegiado o processo de tomada de decisão, os factores motivacionais e a aprendizagem vicariante. O programa por nós delineado e adaptado a partir de Moreira (2001) tem como objectivos: a) promover a aquisição de competências de comunicação, especificamente a assertividade, b) capacitar os sujeitos de competências de tomada de decisão, c) dotar os sujeitos de capacidades para resistir às pressões dos pares e d) assim como aumentar o seu grau de conhecimento no que diz respeito à SSR.

3.1. Plano De Intervenção

Sessão 0

Esta sessão tem como objectivo avaliar o grau de conhecimentos, as atitudes e as competências dos adolescentes. Neste sentido, nesta sessão será administrada a bateria de testes construída para o efeito e já descrita anteriormente.

Sessão 1

Na primeira sessão é ser feita uma apresentação, quer dos participantes quer do programa propriamente dito. Nesta fase, é também importante o estabelecimento de regras a cumprir no decorrer das sessões.

O objectivo desta sessão é promover a compreensão da importância da sexualidade e as suas diferentes formas de expressão ao longo da vida. Para isso, os adolescentes deverão entender as diferentes manifestações da sexualidade nas várias fases do ciclo vital.

Sessão 2

Esta sessão tem como objectivo a abordagem dos comportamentos sexuais. Deve, ainda, contribuir para o desenvolvimento de uma boa auto-estima, bem como promover atitudes positivas face à sexualidade.

Sessão 3

Esta sessão tem como objectivo promover a compreensão das diferenças existentes entre o corpo feminino e o corpo masculino. Para isso, os jovens deverão identificar as diferentes partes do corpo feminino e do corpo masculino, identificar os vários nomes atribuídos à mesma parte do corpo, bem como adquirir um vocabulário adequado.

Sessão 4

A quarta sessão tem como objectivo promover a compreensão das mudanças fisiológicas e emocionais próprias da puberdade, bem como promover a aquisição de conhecimentos sobre a reprodução humana. Os jovens deverão saber identificar os órgãos dos aparelhos reprodutores masculino e feminino, os órgãos externos e internos, assim como conhecer as suas funções.

Sessão 5

Nesta sessão o objectivo é desenvolver o auto-conceito, bem como potenciar o desenvolvimento de uma auto-estima positiva. Pretende-se ainda reflectir acerca da importância das críticas.

Sessão 6

Esta sessão tem como objectivos explorar a consciência corporal e sensorial, identificar e diferenciar pensamentos e sentimentos, compreender a importância de expressar os sentimentos e pensamentos, assim como perceber que as nossas decisões são tomadas em função das consequências.

Sessão 7

A sétima sessão tem como objectivo promover a compreensão da importância dos sentimentos na nossa sexualidade. Para isso, devem identificar-se vários tipos de relacionamentos, nomeadamente relações de amizade, relações de amor, entre outras. Aqui, os jovens devem também compreender o tipo de sentimentos que podem estar presentes nas diferentes relações.

Sessão 8

Nesta sessão os jovens deverão perceber que somos todos diferentes, bem como o significado de valor. Além disso deverão ainda compreender que todos temos valores diferentes, perceber o papel dos valores pessoais nas decisões e entender a diferença de valores como algo positivo.

Sessão 9

Nesta sessão, os jovens deverão perceber o significado da assertividade. Pretende-se, aqui, valorizar e facilitar a expressão de sentimentos. Através da gestão adequada dos

sentimentos, o jovem iniciará o processo de construção da sua personalidade, contribuindo para um desenvolvimento global harmonioso.

Sessão 10

Os objectivos desta sessão são promover a percepção de que as emoções surgem de acordo com as situações e o significado que lhes damos, compreender os sentimentos e diferenciar “factos” de “crenças”.

Sessão 11

Esta sessão tem como objectivo promover comportamentos de igualdade face aos dois sexos. Assim, pretende-se analisar o tipo de tarefas que implicam inter-ajuda, quando estão dependentes de uma aptidão física. Além disso, pretende-se também perceber que na família e na sociedade existem diferentes formas de entender o papel da mulher e do homem, bem como perceber o significado de comportamentos discriminatórios entre os sexos.

Sessão 12

O objectivo desta sessão é dar a conhecer as regras de higiene corporal e promover a sua prática. Pretende-se ainda que os jovens reconheçam a importância de cuidar do corpo e da higiene corporal, bem como incentivar hábitos diários de higiene corporal.

Sessão 13

Esta sessão tem como objectivo dar a compreender que tudo muda, bem como promover a percepção de que temos um papel activo nas decisões que tomamos. Pretende-se, por isso, explorar o conceito de decisão. Além disso, os jovens deverão perceber os passos de uma tomada de decisão.

Sessão 14

O objectivo desta sessão é potenciar o desenvolvimento da capacidade de gerar formas adaptativas de gerir situações adversas e emoções negativas por elas provocadas.

Sessão 15

Pós-teste

Nesta sessão será passada novamente a bateria de testes inicial, de forma a perceber o impacto do programa de E.S. implementado ao longo das sessões anteriores.

TABELA 1

Descrição dos objectivos, estratégias e Áreas trabalhadas em cada sessão

Sessão	Objectivos	Estratégias	Áreas
0	Avaliar o grau de conhecimentos, atitudes e competências dos jovens	Bateria de Testes	
1	Motivar para o programa. Compreender o que é a sexualidade.	Visualização do vídeo “Um amor de cupido”. Produção de cartazes.	Conhecimentos
2	Compreender os nossos comportamentos sexuais.	Dramatização Discussão de casos Trabalho por grupos	Conhecimentos
3	Perceber as diferenças entre o corpo masculino e o corpo feminino.	Trabalho por grupos Discussão de casos	Conhecimentos
4	Identificar as mudanças corporais que ocorrem na puberdade. Conhecer os aparelhos reprodutores.	Trabalho por grupos Discussão de casos	Conhecimentos
5	Desenvolver o auto-conceito e uma auto-estima positiva.	Brainstorming	Atitudes/Valores Competências
6	Explorar a consciência corporal e sensorial. Identificar e diferenciar pensamentos e sentimentos.	Histórias valorativas	Conhecimentos
7	Aprender a lidar com emoções negativas. Aprender a controlar os sentimentos negativos.	Dramatização	Competências
8	Perceber que somos todos diferentes. Perceber o significado de valor. Compreender que todos temos valores diferentes. Perceber o papel dos valores pessoais nas decisões. Perceber a diferença de valores como algo positivo.	Discussão de casos Trabalho por grupos	Atitudes/Valores
9	Perceber o significado da assertividade.	Histórias valorativas Barómetro de atitudes	Competências
10	Perceber que as emoções surgem de acordo com as situações e o significado que lhes damos. Compreender os sentimentos. Diferenciar “factos” de “crenças”.	Brainstorming	Atitudes/Valores

11	Compreender os papéis de género.	Brainstorming Dramatização	Conhecimentos
12	Perceber os cuidados de higiene diária e corporal.	Brainstorming Visita de um profissional de saúde.	Conhecimentos
13	Perceber os passos da tomada de decisão.	Barómetro de atitudes	Competências
14	Desenvolver a capacidade de gerar formas adaptativas de gerir situações adversas e emoções negativas por elas provocadas.	Barómetro de atitudes	Competências
15	Avaliar o impacto do programa.		

4. PROCEDIMENTOS

O programa será implementado entre Setembro e Junho, no período correspondente a um ano lectivo, nas disciplinas de Formação Cívica e Área de Projecto. De seguida, serão descritos os procedimentos de recolha e análise de dados.

4.1.Recolha Dos Dados

As sessões serão quinze, com uma frequência semanal e a duração de 90 minutos. Os grupos serão formados de acordo com as turmas a que os alunos pertencem por questões práticas de horários.

O programa é constituído por 15 sessões, incidindo sobre variáveis cognitivas, emocionais e comportamentais, de acordo com o modelo de desenvolvimento pessoal.

Poderá surgir a necessidade de alteração do número de sessões, de forma a enfatizar a transmissão de conteúdos relacionados com o tema da sexualidade.

4.2. Análise Dos Dados

De modo a obter resposta para a questão de investigação levantada, serão realizados vários procedimentos de análise de dados, com recurso ao programa informático *Statistical Program for Social Sciences* – SPSS (versão 15.0).

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando nos aproximamos do término do nosso trabalho não podemos deixar de tecer algumas considerações a respeito da E.S. e da sexualidade para equacionar um possível contributo da Bioética nesta área.

O direito à educação é um direito fundamental do indivíduo, encarado como indispensável para o seu desenvolvimento, pois é através dele que se formam cidadãos conscientes dos seus direitos e deveres, dispostos para o exercício livre da cidadania.

Podemos, então, referir que a educação tem, obrigatoriamente, um quadro ético de referência, logo educar é sempre uma forma de trabalhar valores. Assim, a sexualidade humana não poderá ser reduzida a aspectos anatomo-fisiológicos, dado que possui uma vertente emocional, constituindo-se como fundamental na formação da identidade, do auto-conceito, da auto-estima, do relacionamento com os outros e, conseqüentemente, do bem-estar geral dos adolescentes.

Nesse sentido, a E.S. pode ser entendida como uma componente fundamental da educação e da promoção da saúde, dado que permite “criar condições que permitam desenvolver as capacidades de cada cidadão para perceber e lidar com a sexualidade na base do respeito por si próprio e pelos outros e num clima de aceitação dos valores da tolerância, da não-discriminação e da não-violência, de abertura à diversidade e da capacidade crítica de debate e da experiência de responsabilidade e autonomia” (M.E. et al., 2000, p. 20).

Assim, a S.S.R. dos jovens constitui uma das actuais preocupações da saúde na maioria dos países industrializados, que têm referido, nos últimos dez anos, um aumento das taxas de gravidez e IST's na adolescência. Por este motivo, temos, actualmente, legislação em Portugal que contempla a E.S. em meio escolar.

A escola, enquanto espaço de grande relevo na socialização os adolescentes, deverá procurar transmitir os seus valores fundamentais e as suas regras de comportamento no domínio da sexualidade, promovendo, desta forma, comportamentos saudáveis e o desenvolvimento de atitudes erotofílicas.

Uma escola promotora de saúde deve ser considerada uma fonte de desenvolvimento de comportamentos orientados para a promoção da saúde e bem-estar.

Considera-se, assim, que a aprendizagem sobre a escolha de uma sexualidade saudável e sem comportamentos de risco em relação ao VIH e a outras IST's requer uma intervenção efectiva e precoce. Para se obter uma diminuição da incidência das IST's são necessários investimentos sociais estruturais, especialmente no que diz respeito ao acesso universal à educação e à saúde (Taquette et al., 2005).

A E.S. pode contribuir para ajudar os adolescentes a tomarem decisões mais adequadas na sua sexualidade. O facto de terem, actualmente, muita facilidade em obter informação não garante que as suas escolhas sejam as mais adequadas, motivo pelo qual a E.S. desempenha um papel relevante, dado que poderá fornecer uma ajuda na triagem desta informação, contribuindo para que seja utilizada da melhor forma (Piscalho, Serafim, & Leal, 2000).

No entanto, apesar dos normativos legais apontarem para a necessidade de a escola assegurar a E.S. dos seus alunos, tal não se tem vindo a verificar, uma vez que a E.S. não se encontra ainda implementada de forma sistemática numa grande percentagem das escolas portuguesas (Serrão, 2009). Apesar disso, e tendo em consideração a Portaria 196-A (2010), consideramos que estamos agora em condições de operacionalizar a E.S. nas escolas.

No nosso entender, uma visão higienista e de educação para a saúde não é suficiente. É importante, também, o debate valorativo com vista ao desenvolvimento pessoal e social, pois o mero conhecimento não é suficiente para mudar comportamentos. Ou seja, para se conseguir uma efectiva mudança de comportamentos, com vista à promoção de comportamentos protectores, não é suficiente o conhecimento da realidade, mas torna-se indispensável garantir que a mensagem foi percebida pelo jovem. A mudança dos comportamentos é, porventura, uma das mais difíceis tarefas a enfrentar, quando pretendemos alterar as variáveis determinantes de doença individual ou social.

A escola, como espaço de formação integral dos alunos, atingirá, em nosso entender, o seu fim mais nobre se intervier eficazmente na promoção do desenvolvimento pessoal, social, afectivo, cultural e moral dos jovens. Neste sentido, a educação para a sexualidade desempenhará um papel crucial.

Outro aspecto relevante prende-se com o facto de considerarmos que a melhoria da S.S.R. da população, mesmo que envolva alguns custos adicionais, implica igualmente um retorno, seguramente significativo, na poupança em custos de saúde, que estão implícitos quando esta área é deficitária, sobretudo nas variáveis da prevenção e da promoção.

Segundo Kirby (2001), os programas de E.S. eficazes têm em comum uma série de características que devem ser tomadas em conta no delineamento de qualquer programa, ou

seja, devem investir na mudança para comportamentos que reduzam a gravidez não desejada e as IST's, ter um suporte teórico sólido, recorrer a programas comprovadamente eficazes e ter uma duração razoável, de modo a favorecer a consolidação de conhecimentos.

Assim, e com a execução deste trabalho, pretendemos obter resultados a três níveis distintos:

- 1) Ao nível da investigação, propomos contribuir para a produção de conhecimento nos domínios específicos das várias dimensões da sexualidade;
- 2) Ao nível da acção, procuramos a inovação e a mudança no contexto escolar em que nos propomos a intervir, perspectivando, no limite, a introdução de novos modelos no actual Sistema Educativo;
- 3) Ao nível da formação, pretendemos a utilização de recursos educativos híbridos e de metodologias e estratégias inovadoras, que permitam uma consciencialização dos jovens sobre a sua construção enquanto pessoa humana, a promoção dos valores e de um pensamento crítico relativamente à sexualidade humana, essencial à promoção de comportamentos protectores.

Espera-se, essencialmente, que os adolescentes que frequentam este tipo de programas adquiram conhecimentos nos domínios específicos das relações interpessoais, da E.S. e da educação para a saúde. Procuramos, ainda, a melhoria das suas competências sociais, emocionais, cognitivas, comportamentais e éticas, estimulando, assim, a sua autonomia e promovendo oportunidades reais de envolvimento com a comunidade. Pretendemos, também, contribuir para uma vivência saudável, individualizada, informada e responsável da sexualidade de cada um destes alunos, cumprindo assim o disposto na Resolução da Assembleia da República n°28/2004, de 19 de Março. Desta forma, espera-se que estes adolescentes tenham atitudes positivas e desenvolvam competências assertivas no que diz respeito à sua sexualidade.

Na nossa perspectiva, consideramos como fundamental a participação activa dos adolescentes não só em programas de E.S., mas em todas as actividades desenvolvidas pela comunidade escolar, promovendo, desta forma, a construção de cidadãos autónomos, participativos e civicamente responsáveis.

Numa sociedade cada vez mais marcada pelas constantes evoluções tecnológicas e

culturais, só cidadãos com capacidade de adaptação crítica poderão responder efectivamente às mudanças. Então, e assumindo-se a ética como a ciência da relação, a sua abordagem torna-se aqui central para que o indivíduo possa crescer respeitando os outros, caminho fundamental para o respeito por si próprio, motivando-se para a aquisição de comportamentos saudáveis. A construção de dogmas não é já suficiente, pelo que a ética se assume, na nossa opinião como o caminho a seguir.

A promoção da SSR dos adolescentes constitui-se como um importante contributo para a sua formação pessoal e social e tem ganho um protagonismo crescente nos sectores da educação e da saúde.

A sensibilização para a importância da E.S. como meio de promoção da saúde nas escolas tem aumentado significativamente, tornando-se essencial que o modelo de intervenção utilizado se desenvolva tendo em conta as características próprias da adolescência e que se generalize às escolas de todo o país, permitindo que se consigam obter ganhos na saúde dos nossos adolescentes.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adelman, P.K. (2005). Social environmental factors and preteen health-related behaviours. *Journal of adolescence health*, 36 (1), 36-47.
- Adelman, P.K.; Harrison, P.A. & Hedger, S. A. (2000). *1998 Minnesota Student Survey- Risks, Protectors and Preteen Behaviors*. St. Paul: Minnesota Department of Human Services Performance Measurement & Quality Improvement Division.
- Almeida, J. (1987). *Adolescência e maternidade*. Lisboa: Edições Calouste Gulbenkian.
- Anastácio, Z. F. C. (2007). *Educação sexual no 1º CEB, obstáculos e argumentos dos professores para a sua (não) consecução*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Universidade do Minho, Braga. Retirado a 14 de Outubro de 2007 de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/7337>.
- Antunes, A. (1998). Consentimento informado. In D. Serrão & R. Nunes (Eds.), *Ética em cuidados de saúde* (pp. 13-27). Porto: Porto Editora.
- Antunes, M. (2003). A saúde enquanto investimento social. In R. Nunes, G. Rego & C. Nunes (Eds.), *Afectação de recursos para a saúde: Perspectivas para um novo SNS* (pp. 67-76). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Anthony, E. J. & Cohler, B. J. (Eds.), (1987). *The invulnerable Child*. New York: Guilford Press
- Archer, L. (1996). Fundamentos e princípios. In L. Archer, J. Biscaia, W. Osswald (Eds.), *Bioética* (17-44). Lisboa: Editorial Verbo.
- Bandura, A. (1961). Psychoterapy as a learning process. *Psychological Bulletin*, 58, 143-159.
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2002). *Princípios de ética biomédica*. Barcelona: Masson. Do original: *Principles of Biomedical Ethics*, 1994 (4th Edition)
- Bennet, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi editores.

Bernard, B. (1991). *Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school and community*.

Portland, OR: Wertern Regional Center for Drug-Free Scholls and Communities.

Borowsky, I.W., Ireland, M., Resnik, M.D. (2002). Violence Risk and protective factors among youth held back in school. *Ambulatory pediatrics* 2 (6), pp. 475-484.

Cláudio, V. & Sousa, P. (2003). As implicações do género nas crenças e atitudes perante o VIH/SIDA. *Análise Psicológica*, 2 (XXI), 159-174.

Código Penal (2008). Coimbra: Livraria Almedina.

Collins, C., Alagiri, P. & Summers, T. (2002) Abstinence only vs. comprehensive sex education: what are the arguments? What is the evidence? *AIDS research institute university of California*, San Francisco.

Conselho Nacional de Educação (2000). *Parecer 2/2000-Proposta de Revisão Curricular no Ensino Secundário – Cursos Gerais e Cursos Tecnológicos*. Lisboa: Conselho Nacional de Educação. Disponível em <http://www.cnedu.pt>

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (1999). *A sexualidade humana – Reflexão ética*. Lisboa: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Disponível em www.cnecv.gov.pt

Constituição da República Portuguesa (2001). Coimbra: Livraria Almedina.

Correia, J.A. (1991). *Inovação pedagógica e formação de professores*. Porto: Edições ASA.

Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (2005). *Educação sexual em meio escolar: tratamento estatístico dos dados do inquérito aplicado em 2003*. Lisboa: D.G.I.D.C., Divisão de orientação e apoios educativos.

Duarte, I. (2003). Crianças com necessidades educativas especiais e justiça social. In R. Nunes, G. Rego & C. Nunes (Eds.), *Afectação de recursos para a saúde: Perspectivas para um novo SNS* (pp. 51-64). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Duarte, I., Canário, C., Serrão, C. & Ricou, M. (2007). A educação sexual em meio escolar: Uma perspectiva ética. *Nascer e Crescer – Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, Vol. XVI, n.º 1, 24-28.

Federacion Internacional de Planificacion de la Familia (1996). *Carta de IPPF de Derechos Sexuales y Reproductivos*. Londres: Regent's College.

Frade, A., Marques, A.M., Alverca, C. & Vilar, D. (1999). *Educação sexual na escola*. Lisboa: Texto Editora.

Frade, A., Marques, A.M., Alverca, C. & Vilar, D. (2001). *Educação sexual na escola – Guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editora.

Garnezy, N. (1985). Stressresistant children: The search for protective factors. In J.E. Stevenson (Ed.), Recent research in developmental psychopathology: *Journal of Child Psychology and Psychiatry book (Supp. 4, pp. 213-233)*. Oxford, England: Pergamon.

Garnezy, N. & Rutter, M (1985). Acute stress reactions. In M. Rutter & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern Approaches*. Oxford: Blackwell.

Garcia, D. (2001). History of medical ethics. In H. Ten Have, B. Gordjin (Eds.), *Bioethics in a european perspective* (16-50). Netherlands: Kluwer Academic Press.

Garcia, M.G. (2005). *Estudos sobre o princípio da igualdade*. Coimbra: Livraria Almedina.

Gleitman, H. (1999). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gomes, A. (2002). *Três estudos de direito da educação*. Lisboa: Associação Académica da Faculdade de Direito.

Gonzaga, M. & Nunes, R. (2006). A bioética na educação para os valores e para uma sexualidade responsável. In R. Nunes & G. Rego (Eds.), *Desafios à sexualidade humana* (pp. 51-72). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Grácio, M. (2006). Identificação de factores protectores e de factores de risco: Contributos para uma intervenção preventiva na escola. In *Crianças Diferentes*. Évora: Universidade de Évora. Retirado a 10 de Maio de 2009 de <http://www.portaldacrianca.com.pt/artigosa.php?id=9>

Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES) (2005). *Relatório preliminar*. Retirado a 15 de Setembro de 2007 de [http://sitio.dgicd.min-edu.pt/saude/documents/relatorio preliminar es 31-10-2005.pdf](http://sitio.dgicd.min-edu.pt/saude/documents/relatorio_preliminar_es_31-10-2005.pdf).

Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES) (2007a). *Relatório de progresso*. Retirado a 15 de Setembro de 2007 de [http://sitio.dgicd.min-edu.pt/saude/documents/relatorio progressogtes.pdf](http://sitio.dgicd.min-edu.pt/saude/documents/relatorio_progressogtes.pdf).

Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES) (2007b). *Relatório final*. Retirado a 15 de Setembro de 2007 de http://sitio.dgicd.min-edu.pt/saude/documents/gtes_relatorio_final.pdf.

Hawkins, J.D., Lishner, D. & Catalano, R.F. (1985). Childhood predictors and the prevention of adolescent substance abuse: Implications for prevention. *NIDA Research Monograph n° 56, DHHS Publication ADM 85-1335, pp. 75-126*. Washington, D.C. U.S. Government printing Office.

Hottois, G., & Parizeu, M. H. (1998). *Dicionário da Bioética*. Lisboa: Instituto Piaget.

Kirby, D. (2001). Understanding What Works and What Doesn't In Reducing Adolescent Sexual Risk-Taking. *Family Planning Perspectives*, 33, 6, 276-281.

Leal, I. & Maroco, J. (2010). *Avaliação em sexualidade e parentalidade*. Porto: Legis Editora.

Leitão, L. (1984). Educação sexual e escola. *Saúde e Escola*. N.º 5.

Lemos, M. E. C. M. (2001). *O papel dos conhecimentos e atitudes sobre sexualidade como pré-requisitos para comportamentos saudáveis*. Dissertação de Mestrado não publicada. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

López, F. & Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.

Loureiro, F. (1990). Informação sexual dos adolescentes – grau de conhecimentos, relação com comportamento e opiniões. *Revista portuguesa de saúde pública*, Volume 8, N.º 2.

Machado, A. (1988). A educação sexual na escola. *Planeamento Familiar*, 40, 2-4.

Marques, A.M., Vilar, D. & Forreta, F. (2002). *Educação sexual no 1º ciclo. Um guia para professores e formadores*. Lisboa: Texto Editora.

Matos, M. G. (2008). *Sexualidade, segurança e sida – Estado da arte e propostas em meio escolar*. Lisboa: Edições FMH. Retirado a 10 de Maio de 2009 de http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial.pdf/Sexualidade_Seguranca_Sida.pdf

Matos, M.G. (coord.) (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.

ME, CCPES, APF, MS, DGS, CAN & RNEPS (2000). *Educação Sexual em Meio Escolar. Linhas Orientadoras*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.

Meredith, P. (1990). A educação sexual nos países europeus. *Planeamento familiar*, 47/48, 11-13.

Miguel, N. (1987). A sexualidade na adolescência e juventude. *Sexologia em Portugal*. Lisboa: Texto Editora, 1ª Edição, volume II, 78-83.

Monteiro, A.R. (2004). *Educação e deontologia*. Lisboa: Escolar Editora.

Moore, S., Rosenthal, D. & Mitchel, A. (1996). *Youth, AIDS and sexually transmitted diseases*. London, Routledge Publications.

Moreira, P. (2001). *Para uma prevenção que previna*. Coimbra: Quarteto Editora.

Morin, J., Marfán, J. & Icaza, B. (1997). *Conversemos de sexualidade. Programa para padres, profesores y estudiantes*. Santiago do Chile: CIDE.

Neto, O. & L'abbate, S. (2007). Avaliação do programa de intervenção preventiva “sexualidade e adolescência”, com jovens estudantes da periferia do município de Campinas. *Revista Brasileira de Medicina Familiar e Comunidade*, volume 3, n.º 9, 4-12.

Nodin, N. (2001). *Os Jovens portugueses e a sexualidade em finais do séc. XX*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.

Nunes, R. (2002). *Bioética e deontologia profissional*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Nunes, R. (1997). Ética, Bioética e Responsabilidade. *Humanística e Teologia*, 18, 2-3, 279-290.

Nunes, R. & Rego, G. (2006). *Desafios à sexualidade humana*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Organização das Nações Unidas (1948). Declaração Universal dos Direitos do Homem. *Diário da República – I Série A (9 de Março de 1978)*, n.º 57/78.

Pedro, A.P. (2002). *Percursos de uma educação em valores em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Pereira, M.G. (1993). Com quem falam os adolescentes sobre sexualidade? *Análise Psicológica*, 3 (XI), 415-424.

Piscallo, I., Serafim, I., & Leal, I. (2000). *Representações sociais da educação sexual em adolescentes*. Actas do 3.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: ISPA.

Portugal. Assembleia da República (1984). *Educação Sexual e Planeamento Familiar*. Lei n.º 3/84 de 24 de Março. *Diário da República*, I Série A n.º 71/84, 981- 983.

Portugal. Assembleia da República (1999). *Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva*: Lei n.º 120/99 de 11 de Agosto. Diário da República, I Série A n.º 186/99, 5232-5234.

Portugal. Assembleia da República (2004). *Resolução da Assembleia da República n.º 28/2004 de 19 de Março*. Diário da República, I Série A.

Portugal. Ministério da Educação (1986). *Lei de Bases do Sistema Educativo*: Lei n.º 46/86 de 14 de Outubro. Diário da República, I Série A n.º 237/86, 3067- 3081.

Portugal. Ministério da Educação (2010). *Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril*. Diário da República, I Série A n.º 69.

Portugal. Ministério da Educação (1993). *Programa de promoção e educação para a saúde*: Despacho n.º 172/M.E./1993 de 13 de Agosto. Diário da República, II Série.

Portugal. Ministério da Educação (2000). *Desenvolvimento do Regime Jurídico estabelecido pela Lei n.º 120/99*: Decreto-Lei n.º 259/2000 de 17 de Outubro. Diário da República, I Série A n.º 240/2000, 5784-5786.

Potter, V. (1971). Bioethics, the science of survival. *Perspectives in biology and medicine*, 127-153.

Prazeres, V. (1998). *Saúde dos adolescentes, princípios orientadores*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Privitera, S. (2001). Bioética. In S. Leone, S. Privitera, J. Cunha (Eds.), *Dicionário de bioética* (87-96). Vila Nova de Gaia: Editorial do Perpétuo Socorro.

Ramiro, L. & Matos, M.G. (2008). Percepção de professores portugueses sobre educação sexual. *Revista de Saúde Pública*, n.º 42, 684-692.

Reimão, C. (1998). Ética e Acção Educativa. in Brotéria, Cultura e Informação, Vol.147, 405-416.

Reis, M. & Matos, M.G. (2008). Comportamentos sexuais e influência dos diferentes agentes de socialização na educação sexual dos jovens universitários. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, n.º 48/49, 22-28.

Renaud, M. (1999). *A sexualidade humana – Reflexão ética*. Lisboa: Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Disponível em <http://www.cneqv.pt>

Ribeiro, P. (1990). *Educação Sexual Além da Informação*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.

Ricou, M. (2003). Psicologia da saúde: Luxo ou prioridade. In R. Nunes, G. Rego & C. Nunes (Eds.), *Afectação de recursos para a saúde: Perspectivas para um novo SNS* (pp. 41-50). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Ricou, M., Salgado, J., Alves, C., Duarte, I., Teixeira, Z., Barria, J. & Nunes, R. (2004). In R. Nunes, M. Ricou & C. Nunes, *Dependências individuais e valores sociais* (pp. 111 – 156). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Ricou, M., Teixeira, Z., Duarte, I., Salgado, J., Guidi, R., Miranda, O. & Nunes, R. (2002). *Álcool, gravidez e informação. Uma perspectiva ética*. Lisboa: 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde.

Ricou, M., Teixeira, Z., Figueiredo, C., Duarte, I. & Barbosa, J. (2001). Álcool, gravidez e informação. Uma perspectiva ética. In Rui Nunes e Helena Melo (Eds.), *A ética e o direito no início da vida humana* (pp. 221-244). Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Ricou, M., Salgado, J., Alves, C., Duarte, I., Teixeira, Z., Barrias, J. & Nunes, R. (2004). *A comunicação e a alteração de comportamentos*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Vol. 5, n.º 2: pp. 131-144.

Rodrigues, I. & Fontes, A. (2002). Identificação do papel da escola na educação sexual dos jovens. *Investigações em Ensino de Ciências*, 7(2), 177-188.

Rodriguez, M., Young, M. A., Renfro, S., Ascencio, P. H. & Haffner, M. P. H. (SIECUS) (1996). *Teaching our teachers to teach: A SIECUS study on training and preparation for HIV/AIDS prevention and sexuality education*, 28 (2), 1-10.

Roque, O. (2001). *Semiótica da cegonha: Jovens, sexualidade e risco de gravidez não desejada*. Évora: Associação para o Planeamento da Família.

Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M.W. Kent & J.E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology: social competence in children* (pp. 49-74). Oxford: Blackwell.

Sampaio, M. (2000). A formação de professores em educação sexual. A discussão continua. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 25/26, 20-23.

Sánchez, F. L. (1990). *Educación sexual*. Madrid: Fundacion Universidad Empresa.

Seligman, M. (1992). *Helpsness*. New York: Freeman.

Serrão, C. (2009). *Práticas de educação sexual em contexto escolar – Factores predictores do envolvimento dos professores na promoção da educação sexual*. Dissertação de doutoramento não publicada. Porto: Universidade do Porto.

Serrão, C., Barbosa-Ducharne, M.A. & Vilar, D. (2006). Opiniões dos professores em relação à educação sexual na escola. In N. Machado, M. L. Lima, M. M. Melo, A. Candelas, & A. Calado (Eds.), *VI Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 2-20). Évora: Departamento de Psicologia da Universidade de Évora

Sprinthall, N. A. & Sprinthall, R. C. (1993). *Psicologia educacional*. Lisboa: McGraw-Hill.

Taquette, S., Andrade, R., Vilhena, M. & Paula, M.C. (2005). A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 51, 3, 148-152.

Consultado em 22 de Fevereiro de 2007 através de <http://www.scielo.br>

Ten Have, H. (2001). Foundations and history of bioethics. In H. Ten Have, B. Gordjin (Eds.), *Bioethics in a european perspective* (15). Netherlands: Kluwer Academic Press.

UNESCO (2005). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Paris.
Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>

Vasquez, M. G. (1996). Educação sexual dos adolescentes nas escolas. *Anamnesis*. N.º 5.

Vaz, J., Vilar, D., & Cardoso, S. (1996). *Educação sexual na escola*. Lisboa: Universidade Aberta.

Vilaça, M.T.M. (2006). *Ação e competências de ação em educação sexual: uma investigação com professores e alunos do 3.º ciclo do ensino básico e do ensino secundário*. Dissertação de doutoramento não publicada. Braga: Universidade do Minho.

Vilar, D. (1987). A aprendizagem sexual e educação sexual. In F. Allen Gomes, A. Albuquerque, & S. Nunes, *Sexologia em Portugal, II* (pp. 165-179). Lisboa: Texto Editora

Vilar, D. (2003). Questões actuais sobre educação sexual num contexto de mudança. In L. Fonseca, C. Soares, & J. Machado Vaz (Eds.), *A sexologia - perspectiva multidisciplinar, II* (pp. 155-183). Coimbra: Quarteto Editora.

Werner, E.E. & Smith, R.S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill

Wolin, S.J. (1993). *The resilient self*. New York: Villard Books.

World Health Organization (WHO) (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Geneva: World health organization.

World Health Organization (WHO) (2002): WHO draft working. Retirado a 2 de Abril de 2009 de <http://www.who.int/reproductive-health/gender/glossary.html>

ANEXOS

ANEXO I - CONSENTIMENTO INFORMADO APLICADO AOS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO

Consentimento Informado

Exmo (a). Senhor(a) Encarregado(a) de Educação,

Tendo em consideração que a Educação Sexual faz parte do papel que a escola deve desempenhar no âmbito da formação dos seus jovens, segundo a lei n.º 60/2009, de 6 de Agosto, encontramos-nos a desenvolver um estudo subordinado ao tema “**O impacto de um programa de Educação Sexual nos comportamentos protectores dos adolescentes**”. Este estudo tem como objectivo avaliar o impacto de um programa de Educação Sexual dirigido a adolescentes do 2.º Ciclo do Ensino Básico. O período de realização do programa decorrerá durante um ano lectivo, sendo dinamizado no âmbito das Áreas Curriculares Não Disciplinares (ACND), nomeadamente nas disciplinas de Formação Cívica e Área de Projecto.

O programa por nós delineado e adaptado a partir de Moreira (2001) tem como objectivos: a) promover a aquisição de competências de comunicação, especificamente a assertividade, b) capacitar os sujeitos de competências de tomada de decisão, c) dotar os sujeitos de capacidades para resistir às pressões dos pares e d) assim como aumentar o seu grau de conhecimento no que diz respeito à Saúde Sexual e Reprodutiva.

Neste sentido, vimos por este meio solicitar a autorização para que o seu educando frequente as sessões que constituem o programa. Existirão dois momentos de avaliação, através de uma bateria de questionários, que ocorrerão no início e após o término do programa. Estes questionários pretendem aferir o grau de conhecimentos, as atitudes e as competências dos adolescentes.

Os dados fornecidos serão mantidos confidenciais, sendo utilizados apenas para fim desta investigação, que cumpre com todos os pressupostos éticos inerentes a um trabalho deste tipo.

Comprometemo-nos, desde já, a prestar qualquer esclarecimento adicional que considere pertinente.

Grata pela V/ Colaboração,

Cristiana Alves

Se concordar em que o seu educando participe neste estudo, por favor assine no espaço abaixo.

Eu, _____, encarregado(a) de educação do aluno(a) _____ tomei conhecimento do objectivo do estudo. Fui esclarecido sobre todos os aspectos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informado de que tenho direito a recusar a participação do meu educando e de que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim nem para o meu educando.

Assim, declaro que aceito que o meu educando participe na investigação.

Assinatura _____ Data _____

ANEXO II - CONSENTIMENTO INFORMADO APLICADO AOS ALUNOS

Consentimento Informado

Caro(a) Aluno(a),

Tendo em consideração que a Educação Sexual faz parte do papel que a escola deve desempenhar no âmbito da formação dos seus jovens, segundo a lei n.º 60/2009, de 6 de Agosto, encontramos-nos a desenvolver um estudo subordinado ao tema “**O impacto de um programa de Educação Sexual nos comportamentos protectores dos adolescentes**”. Este estudo tem como objectivo avaliar o impacto de um programa de Educação Sexual dirigido a adolescentes do 2.º Ciclo do Ensino Básico. O período de realização do programa decorrerá durante um ano lectivo, sendo dinamizado no âmbito das Áreas Curriculares Não Disciplinares (ACND), nomeadamente nas disciplinas de Formação Cívica e Área de Projecto.

O programa por nós delineado e adaptado a partir de Moreira (2001) tem como objectivos: a) promover a aquisição de competências de comunicação, especificamente a assertividade, b) capacitar os sujeitos de competências de tomada de decisão, c) dotar os sujeitos de capacidades para resistir às pressões dos pares e d) assim como aumentar o seu grau de conhecimento no que diz respeito à Saúde Sexual e Reprodutiva.

Neste sentido, vimos por este meio solicitar a tua participação nas sessões que constituem o programa. Existirão dois momentos de avaliação, através de uma bateria de questionários, que ocorrerão no início e após o término do programa. Estes questionários pretendem aferir o grau de conhecimentos, as atitudes e as competências dos adolescentes.

Os dados fornecidos serão mantidos confidenciais, sendo utilizados apenas para fim desta investigação, que cumpre com todos os pressupostos éticos inerentes a um trabalho deste tipo.

Comprometemo-nos, desde já, a prestar qualquer esclarecimento adicional que consideres pertinente.

Grata pela tua Colaboração,

Cristiana Alves

Se concordares em participar neste estudo, por favor assina no espaço abaixo.

Eu, _____ tomei conhecimento do objectivo do estudo. Fui esclarecido sobre todos os aspectos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informado de que tenho direito a recusar participar e de que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim.

Assim, declaro que aceito participar na investigação.

Assinatura _____ Data _____

ANEXO III - QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

DADOS PESSOAIS

1. Escola _____

2. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

3. Idade: _____ anos

4. Já frequentaste acções de formação sobre Educação Sexual? Sim ☐ Não ☐

4.1. Se sim, em que ano de escolaridade? _____

5. Tens namorado(a)? Sim ☐ Não ☐

5.1. Há quanto tempo? _____

6. Já iniciaste a tua vida sexual? Sim ☐ Não ☐

6.1. Há quanto tempo? _____

7. Utilizas algum método contraceptivo? Sim ☐ Não ☐

7.1. Se sim, qual? _____

7.2. Utilizas o método contraceptivo... Sempre ☐ Às vezes ☐ Raramente ☐

8. Já foste a uma consulta de planeamento familiar? Sim ☐ Não ☐

ANEXO IV - ESCALA DE ATITUDES SEXUAIS – VERSÃO ADOLESCENTES (EAS-A)

Escala de Atitudes Sexuais – Versão Adolescentes (EAS-A)

(Hendrick & Hendrick, 1987; Gouveia, Leal, Maroco & Cardoso)

Lê, atentamente, as afirmações que se seguem acerca das atitudes sexuais e indica, relativamente a cada uma delas, qual o grau a que correspondem as tuas opiniões, pensamentos ou sentimentos (para cada afirmação assinala com um (x) apenas uma resposta). Lembra-te que não existem respostas certas ou erradas.

Itens		Concordo totalmente				Discordo totalmente		Não sei responder
		1	2	3	4	5	6	
1.	Não é preciso estar comprometido com uma pessoa para ter relações sexuais com ela.	1	2	3	4	5	6	
2.	As relações sexuais ocasionais são aceitáveis.	1	2	3	4	5	6	
3.	Gostaria de ter relações sexuais com muitos(as) parceiros(as).	1	2	3	4	5	6	
4.	É correcto ter relações sexuais com mais do que uma pessoa no mesmo período de tempo.	1	2	3	4	5	6	
5.	O sexo é, em primeiro lugar, obter prazer através do outro.	1	2	3	4	5	6	
6.	O sexo é, principalmente, uma actividade física.	1	2	3	4	5	6	
7.	É possível gostar de ter relações sexuais com uma pessoa não gostando muito dessa pessoa.	1	2	3	4	5	6	
8.	O sexo é mais divertido com alguém que não amamos.	1	2	3	4	5	6	
9.	A masturbação é algo agradável e inofensivo.	1	2	3	4	5	6	

10.	O sexo, só pelo sexo, é perfeitamente aceitável.	1	2	3	4	5	6
11.	O sexo é, principalmente, uma função corporal, tal como comer.	1	2	3	4	5	6
12.	O sexo sem amor não faz sentido.	1	2	3	4	5	6
13.	As pessoas deviam, no mínimo, ser amigas antes de terem relações sexuais.	1	2	3	4	5	6
14.	Para que o sexo seja bom é necessário fazer sentido para as pessoas.	1	2	3	4	5	6

ANEXO V – “CABS”-CHILDREN’S ASSERTIVE BEHAVIOR SCALE

CABS

CHILDREN’S ASSERTIVE BEHAVIOR SCALE

Adaptado de “Development and Psychometric Properties of the Children’s Assertive Behavior Scale”, Larry Michelson and Randy Wood, 1982.

Vais responder a várias perguntas sobre o que fazes em várias situações. Não há respostas « certas » ou « erradas ». Só tens de responder aquilo que realmente fazes. Tens de escolher a resposta mais parecida com aquilo que normalmente fazes. Das 5 respostas à tua escolha tu decides qual é a mais provável fazeres. Depois pões um círculo à volta da letra correspondente.

1- ALGUÉM TE DIZ « ÉS MUITO SIMPÁTICO(A) » TU :

- a) Dizes : « Não, não sou assim tão simpático. »
- b) Dizes : « Sim, acho que sou bestial. »
- c) Dizes : « Obrigado »
- d) Dizes : « Obrigado, também acho. »

2 – « ALGUÉM FAZ UMA COISA QUE TU ACHAS MESMO BOM »,TU :

- a) Fazes como se não fosse assim tão bom e dizes « Não está mal. »
- b) Dizes, « está bom, mas podia estar melhor. »
- c) Não dizes nada.
- d) Dizes « eu sou capaz de fazer muito melhor do que isso. »
- e) Dizes « está mesmo bom. »

3 – ESTÁS A TRABALHAR NUMA COISA DE QUE GOSTAS E ACHAS QUE ESTÁ MESMO BOM, ALGUÉM TE DIZ « NÃO GOSTO DISSO », TU :

- a) Dizes, « és parvo. »
- b) Dizes « eu acho que está mesmo bom. »
- c) Dizes « tens razão » embora não estejas de acordo.
- d) Dizes « eu acho que está ótimo. E o que é que tens com isto. »
- e) Sentes-te magoado, mas não dizes nada.

4 – ESQUECESTE-TE DE TRAZER UMA COISA QUE DEVIAS TER TRAZIDO, DIZEM-TE : « MAS QUE PARVO ! QUALQUER DIA RESQUECESTE DA CABEÇA », TU :

- a) Dizes : « sou menos parvo do que tu. E não tens nada com isto. »
- b) Dizes : « tens razão, às vezes sou mesmo parvo. »
- c) Dizes : « se há aqui algum parvo és tu. »
- d) Dizes : «ninguém é perfeito. Não sou parvo só porque me esqueci de uma coisa. »
- e) Não dizes nada, ou finges que não ouvistes.

5 – ALGUÉM COM QUEM COMBINASTE ENCONTRAR-TE CHEGA COM 30 MINUTOS DE ATRAZO, O QUE TE ABORRECE. A PESSOA NÃO DÁ NENHUMA EXPLICAÇÃO, TU :

- a) Dizes : « estou aborrecido por me teres feito esperar tanto tempo. »
- b) Dizes : « já estava a ver quando é que chegavas. »
- c) Dizes : « é a última vez que espero por ti. »
- d) Não dizes nada.
- e) Dizes : « és um parvo, estás atrasado. »

6 – PRECISAS QUE ALGUÉM TE FAÇA UM FAVOR, TU :

- a) Não pedes nada.
- b) Dizes : « tens que me fazer isto. »
- c) Dizes : « és capaz de me fazer isto, por favor » e depois explicas o que pretendes.
- d) Dás a entender que precisas que te façam um favor.
- e) Dizes : « quero que me faças isto.»

7 – ALGUÉM TE PEDE QUE FAÇAS UMA COISA QUE TE IMPEDIRÁ DE FAZER AQUILO QUE REALMENTE QUERES FAZER, TU :

- a) Dizes : « eu tinha outros planos, mas faço isso que me pedes. »
- b) Dizes : « nem penses nisso. Vai pedir a outro. »
- c) Dizes : « está bem, eu faço o que queres. »
- d) Dizes : « não está bom ! Desaparece. »
- e) Dizes : « já fiz outros planos, talvez da próxima vez eu possa ajudar-te . »

8 – VÊS ALGUÉM QUE GOSTARIAS DE CONHECER, TU :

- a) Chamas pela pessoa dizendo que venha ter contigo.
- b) Aproximas-te da pessoa, apresentas-te e comesas a falar.
- c) Aproximas-te da pessoa e ficas à espera que ele fale contigo.
- d) Aproximas-te da pessoa e comesas a falar sobre coisas importantes que tu fizeste.
- e) Não dizes nada à pessoa.

9 – ALGUÉM QUE TU NÃO CONHECES CHEGA-SE A TI E DIZ-TE « OLÁ »

- a) Dizes : « o que é que quer ? »
- b) Não dizes nada.
- c) Dizes : « não me chateie. Desapareça »
- d) Dizes : « olá » apresentas-te e perguntas quem é ele.
- e) Acenas, dizes « olá » e continuas o teu caminho.

10 – SABES QUE ALGUÉM ESTÁ PREOCUPADO

- a) Dizes : « pareces preocupado. Posso ajudar ? »
- b) Estás com ele, mas não dizes nada sobre a sua preocupação.
- c) Dizes : « o que há contigo ? »
- d) Não dizes nada e deixas a pessoa sozinha.
- e) Ris e dizes « não passas de uma criancinha »

11 – TU ESTÁS PREOCUPADO E ALGUÉM TE DIZ « PARECES PREOCUPADO »

- a) Viras a cara e não dizes nada.
- b) Dizes : « não é nada contigo. »
- c) Dizes : « sim estou preocupado – obrigado por perguntares. »
- d) Dizes : « não é nada. »
- e) Dizes : « estás preocupado, deixa-me. »

12 – ACUSAM-TE DE UM ERRO QUE OUTRA PESSOA FEZ

- a) Dizes : « estás maluco »
- b) Dizes : « a culpa não foi minha ; foi o outro que fez isso. »
- c) Dizes : « acho que a culpa não foi minha. »
- d) Dizes : « não fui eu ; não sabes do que estás a falar. »
- e) Aceitas as culpas e não dizes nada.

13 – ALGUÉM TE PEDE QUE FAÇAS UMA COISA, QUE TU NÃO SABES PORQUE É QUE TEM DE SER FEITA

- a) Dizes : « isso não faz sentido nenhum ; não quero fazê-lo. »
- b) Fazes o que te pedem e não dizes nada.
- c) Dizes : « que estupidez, não faço nada disso. »
- d) Antes de o fazeres dizes « não percebo porque queres que faça isto. »
- e) Dizes : « se é isso que queres... » e depois fazes o que te pediram.

14 – FIZES -TE UMA COISA BEM E ALGUÉM TE DIZ QUE ÉS O MELHOR

- a) Dizes : « Sim, normalmente sou melhor que a maioria. »
- b) Dizes : « não foi assim nada de especial. »
- c) Dizes : « é eu sou o melhor. »
- d) Dizes : « obrigado. »
- e) Ignoras, e não dizes nada.

15 – ALGUÉM FOI MUITO SUMPÁTICO CONTIGO

- a) Dizes : « foste mesmo simpático, obrigado. »
- b) Fazes como se não tivesse sido muito simpático e dizes « obrigadinho. »
- c) Dizes : « tratas-me bem, mas não foi nada que eu não merecesse. »
- d) Ignoras e não dizes nada.
- e) Dizes : « mesmo assim não me trataste tão bem quanto eu mereço. »

16 – ESTÁS A FALAR MUITO ALTO COM UM AMIGO E ALGUÉM TE DIZ «DESCULPE, MAS ESTÁ A FAZER MUITO BARULHO»

- a) Paras de falar imediatamente.
- b) Dizes : « se não lhe agrada, vá-se embora » e continuas a falar em voz alta.
- c) Dizes : « desculpe, vou falar mais baixo » e passas a falar mais baixinho.
- d) Dizes : « desculpe » e páras de falar.
- e) Dizes : « está bem » e continuas a falar em voz alta.

17 – ESTÁS NUMA FILA E PASSAM-TE À FRENTE

- a) Fazes um comentário do tipo « há quem tenha muita lata » e não dizes nada à pessoa.
- b) Dizes : « vá para o fim da fila. »
- c) Não dizes nada à pessoa.
- d) Dizes em voz alta « saia daí seu espertinho. »
- e) Dizes : « eu estava primeiro, por favor vá para o fim da fila. »

18 – ALGUÉM TE FEZ ALGUMA COISA QUE TE ABORRECEU

- a) Gritas : « és um parvo, detesto-te. »
- b) Dizes : « estou zangado, não gostei nada do que fizeste. »
- c) Mostras-te magoado, sem dizer nada à pessoa.
- d) Dizes : « estou chateado, não gosto de ti. »
- e) Ignoras e não dizes nada.

19 – ALGUÉM TEM UMA COISA QUE TU GOSTAVAS DE USAR

- a) Dizes-lhe que te dê essa coisa.
- b) Não pedes para a usar.
- c) Tiras-lhe essa coisa.
- d) Dizes à pessoa que gostarias de usar essa coisa e pedes-lhe.
- e) Fazes um comentário sobre o assunto, mas não pedes para usar.

20 – ALGUÉM TE PEDE EMPRESTADO UMA COISA NOVA QUE TU NÃO QUERES EMPRESTAR

- a) Dizes : « não, isto é novo e eu não quero emprestá-lo ; talvez noutra altura. »
- b) Dizes : « francamente eu não me apetece emprestar, mas se queres leva-a »
- c) Dizes : « não, tens as tuas coisas. »
- d) Emprastas-lhe, embora sem nenhuma vontade.
- e) Dizes : « deves estar maluco. »

21 – UM GRUPO ESTÁ A CONVERSAR SOBRE UM ASSUNTO DE QUE TU GOSTAS MUITO, E APETECE-TE ENTRAR NA CONVERSA

- a) Não dizes nada.
- b) Interrompes para começar logo a falar de como és bom nesse assunto.
- c) Aproximas-te e entras na conversa quando consegues uma oportunidade.
- d) Aproximas-te e esperas que reparem em ti.
- e) Interrompes para começares logo a falar de como gostas desse assunto.

22 – ESTÁS A FAZER QUALQUER COISA DE QUE GOSTAS E ALGUÉM TE PERGUNTA « O QUE É QUE ESTÁS A FAZER ? »

- a) Dizes : « é uma coisa » ou « não é nada. »
- b) Dizes : « não chateies, não vês que estou a trabalhar ! »
- c) Continuas a trabalhar e não dizes nada.
- d) Dizes : « não é nada que te interesse. »
- e) Páras de trabalhar e explicas o que estás a fazer.

23 – VÊS ALGUÉM ESCORREGAR E CAIR

- a) Riste e dizes « porque é que não olhas para onde pisas ? »
- b) Dizes : « estás bem ? Posso fazer alguma coisa ? »
- c) Dizes : « o que foi ? »
- d) Dizes : « está mal ! »
- e) Não fazes nada.

24 – BATESTE COM A CABEÇA NUMA PRATELEIRA E MAGOASTE-TE, PERGUNTAM-TE « ESTÁS BEM ? »

- a) Dizes : « estou ótimo, deixa-me. »
- b) Não dizes nada e ignoras.
- c) Dizes : « porque é que não te metes na tua vida. »
- d) Dizes : « não magoei-me na cabeça. Obrigado por perguntares. »
- e) Dizes : « não foi nada, estou bem. »

25 – TU FIZESTE UM ERRO E ACUSAM OUTRA PESSOA EM VEZ DE TI

- a) Não dizes nada.
- b) Dizes : « o erro é deles. »
- c) Dizes : « fui eu que tive a culpa. »
- d) Dizes : « não me parece que ele tenha feito isso. »
- e) Dizes : « o problema é deles. »

26 – SENTES-TE OFENDIDO POR ALGUMA COISA QUE TE DISSERAM

- a) Afastas-te da pessoa sem dizeres porquê.
- b) Dizes a essa pessoa que não volte a repeti-lo.
- c) Não dizes nada, embora te sintas magoado.
- d) Também a insultas, e chamas-lhe um nome feio.
- e) Dizes que não gostas do que ele disse, e que não volte a repeti-lo.

27 – ALGUÉM TE INTERROMPE MUITAS VEZES QUANDO ESTÁS A FALAR

- a) Dizes : « desculpe, eu gostava de acabar o que estou a dizer. »
- b) Dizes : « isto não é justo; não posso falar ? »
- c) Interrompes essa pessoa, recomeçando a falar outra vez.
- d) Não dizes nada e deixas a pessoa falar.
- e) Dizes : « cala-te, eu estava a falar. »

ANEXO VI - QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS

Questionário de Conhecimentos

Lê, atentamente, as afirmações que se seguem acerca da sexualidade. Indica, para cada uma delas, a opção verdadeira (V), falsa (F) ou não sei (NS).

		V	F	NS
1.	A sexualidade inicia-se na adolescência.			
2.	A expressão da sexualidade integra o conhecimento, as atitudes, os valores e os comportamentos sexuais dos indivíduos.			
3.	A vivência da sexualidade deve ser sempre fonte de bem-estar para nós e para os outros com quem partilhamos essa experiência.			
4.	Alguns dos órgãos que constituem o sistema reprodutor feminino são a vagina, a vulva e os ovários.			
5.	Alguns dos órgãos que constituem o sistema reprodutor masculino são o pénis, os testículos e a próstata.			
6.	Os espermatozóides são produzidos no pénis.			
7.	Os óvulos são formados nas trompas de Falópio.			
8.	Os cuidados de higiene diária são importantes na prevenção de doenças.			
9.	Durante a puberdade, começa a observar-se o desenvolvimento dos pêlos corporais, tanto nos rapazes como, em menor quantidade, nas raparigas.			
10.	A menarca, nome pelo qual se denomina a primeira menstruação, acontece nas fases avançadas da puberdade, geralmente passados dois anos depois de observadas as primeiras alterações físicas pubertárias nos seios.			

ANEXO VII - DISCUSSÃO DE CASOS – DILEMAS

Discussão de Casos - Dilemas

1. O João e a Maria, de 12 anos, namoram há 2 meses. A Maria quer iniciar a vida sexual, mas o João ainda não se sente preparado.
O que devem fazer nesta situação?

2. O Mário pediu a Joana em namoro, mas a Joana tem algumas dúvidas sobre os seus sentimentos pelo Mário.
O que deve fazer nesta situação?

3. A Maria tem 15 anos e ainda não iniciou a sua vida sexual. Tem algumas dúvidas sobre sexualidade, mas não quer falar com pessoas conhecidas.
O que pode fazer para esclarecer as dúvidas?

4. A Ana e o Rui são namorados, mas têm conflitos constantes pelo facto de ela usar mini-saia.
O que deve fazer a Ana?

5. O Vítor e a Cristina têm 14 anos de idade e namoram há 6 meses. Após uma relação sexual desprotegida, a Cristina engravidou.
Será que a Cristina deve interromper a gravidez?