

Vilaça, T. (2007). Dos Modelos de Educação para a Saúde Tradicionais aos Modelos de Capacitação: Abordagens Metodológicas da Educação Sexual em Portugal do 7º ao 12º anos de Escolaridade. *In* L. C., Chamosa; P. J. E., Alonso; J. R. G., Otero; L. J., Pereira; A. L., Barreiro & M. R., Mayo, *Actas do XX Congreso ENCIGA*. Sanxenxo: Hotel Carlos I, pp.30.

DOS MODELOS DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE TRADICIONAIS AOS MODELOS DE CAPACITAÇÃO: ABORDAGENS METODOLÓGICAS DA EDUCAÇÃO SEXUAL EM PORTUGAL DO 7º AO 12º ANO DE ESCOLARIDADE

Teresa Vilaça

Universidade do Minho

Braga, Portugal

tvilaca@iep.uminho.pt

1. Introdução

O objectivo explícito da educação para a saúde, pela primeira vez expresso na Carta de Ottawa no conceito de promoção da saúde, é “o processo de capacitação das pessoas para aumentar o conhecimento sobre a sua saúde e a melhorar” (WHO, 1986). Como consequência, a tarefa da educação para a saúde é ajudar as pessoas a identificar e auto-dirigir os factores que aumentam o seu controlo pessoal sobre a saúde, dentro do contexto das suas vidas do dia-a-dia. Nutbeam (1996) argumenta que nestes processos de capacitação é necessário focarmo-nos nos resultados da promoção da saúde, o que significa colocar a ênfase nos factores pessoais, sociais e estruturais que determinam a saúde e podem ser modificados. Tem sido produzida uma extensiva análise das determinantes sociais da saúde que dá suporte a essa orientação (e.g. Marmot, Wilkinson, 1999). De acordo com Kickbush (2002) os esforços de investigação e intervenção deveriam ser baseados no modelo ecológico que tem sido melhor operacionalizado pelas abordagens sócio-ambientais para a saúde. Estas abordagens requerem um foco muito mais forte nas populações e nas comunidades do que nos indivíduos, tal como tem sido colocado por Jensen (1994 a, 1994b, 1995, 1997 a, 1997b, 2000) ao desenvolver a abordagem da *competência de acção* nas escolas promotoras de saúde na Dinamarca e ao realçar os conceitos e os modelos de educação para a saúde democrática, dentro dos paradigmas da educação para a saúde.

Actualmente, a área da educação para a saúde nas escolas, nomeadamente a educação sexual entendida pela política nacional Portuguesa (Ministério da Educação, 2005) como uma parte integrante dessa educação, compreende uma multiplicidade de métodos específicos, modelos e orientações. Para que as escolas criem possibilidades de mudança e vençam o desafio de evoluir das abordagens médicas e comportamentais/ estilos de vida para abordagens de educação para a saúde sócio-ambientais (que incorporam em larga medida os modelos médico e comportamental, mas desenvolvem uma nova dimensão ocupada por todas

as estruturas social, económica e política que moldam não só os estilos de vida como os riscos das pessoas para as doenças ou as oportunidades de bem-estar), têm que analisar criticamente as suas práticas de educação para a saúde e mudá-las para programas focados na acção que lidam com problemas da vida real e usam abordagens participativas.

2. Objectivos do estudo

Considerando que a lei Portuguesa (Decreto- Lei nº 259/ 2000) no âmbito da promoção da educação sexual em meio escolar (artigo 1º) preconiza que a organização curricular dos ensinamentos básico e secundário deve contemplar 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 (ponto 1), e que o projecto educativo de cada escola deve integrar estratégias de promoção da saúde sexual, tanto no desenvolvimento do currículo, como na organização de actividades de enriquecimento curricular (ponto 2) foi desenvolvida uma investigação com professores do 7º ao 12º ano de escolaridade de escolas públicas Portuguesas que incluiu vários objectivos, entre os quais: (1) analisar a origem dos projectos ou actividades de educação sexual; (2) conhecer as áreas curriculares e extracurriculares de integração da educação sexual nas escolas; e (3) conhecer a metodologia dos projectos ou actividades de educação sexual realizados.

3. Fundamentação teórica

3.1. Modelos de educação para a saúde tradicionais

Historicamente a educação para a saúde nas escolas tem sido desenvolvida de uma maneira muito semelhante ao ensino tradicional escolar, com uma metodologia baseada na transmissão directa do conhecimento do professor/ especialista, sobre a prevenção de doenças específicas, para um receptor da informação passivo. Estes modelos educativos tradicionais baseiam-se no pressuposto de que se forem apresentados factos aos alunos eles poderão tomar decisões racionais para prevenir as doenças (Vilaça, 2006). O foco do ensino localizado nas causas externas da doença foi constantemente reforçado pelas ameaças de doenças e morte. Os médicos e outros profissionais da saúde, assumindo uma posição dominante, defendiam esta abordagem médica que assumia como preocupação primária a prevenção das doenças entre os indivíduos de alto risco (Laverack, 2005). Esta abordagem tem assumido historicamente que os “especialistas” sabem o que é melhor para as pessoas e, nesse sentido, os programas de prevenção da doença são geralmente caracterizados por uma abordagem *top-down* baseada no conhecimento dos especialistas.

De acordo com Hagquist e Starrin (1997) esta abordagem, caracterizada por ser focada no indivíduo e centrar-se nos comportamentos relacionados com a saúde, tem sido praticada principalmente nas salas de aula, com os alunos sendo, a maior parte das vezes, recipientes passivos da informação transmitida por um professor, detentor absoluto do conhecimento médico necessário para a prevenção das doenças. Estes modelos educativos tradicionais têm subjacente uma estratégia para a mudança *top-down* numa organização contextual limitada à sala de aula. Baseado na caracterização de Laverack e Labonte (2000) para as abordagens de promoção da saúde *top-down*, é possível analisar as características principais das estratégias *top-down* na escola. Em primeiro lugar, o professor/ órgãos de gestão da escola ou os agentes externos à escola (profissionais do Centro de Saúde local, profissionais da educação das Câmaras Municipais, investigadores ou outros) definem o problema, desenvolvem estratégias para o resolver e envolvem os alunos ou a comunidade para o ajudar a resolver. O projecto é planificado a curto e a médio prazo e inclui um orçamento e a selecção da pessoa que o vai gerir. Os objectivos são determinados pelo professor/ órgãos de gestão da escola ou os agentes externos à escola e estão geralmente relacionados com a mudança de comportamentos específicos para reduzir a doença e melhorar a saúde. Durante a implementação do projecto o controlo sobre as decisões também é essencialmente do professor/ órgãos de gestão da escola ou dos agentes externos à escola e a avaliação, muitas vezes determinada pelos mesmos agentes, preocupa-se com os objectivos e os resultados de aprendizagem.

Ao longo do tempo, o modelo médico têm sido gradualmente modificado à luz da experiência, com a mudança de atitudes a ser vista como uma variável “intermediária” entre os factos que são fornecidos e a modificação comportamental. Nutbeam (1998) recorda que nos países desenvolvidos, durante a década 60 e 70 a educação para a saúde era um instrumento fundamental da promoção da saúde, desenvolvendo experiências de campanhas de saúde dirigidas directamente para a prevenção de doenças não transmissíveis, através da promoção de estilos de vida saudáveis. No entanto, muitas destas campanhas iniciais foram caracterizadas pela sua ênfase na transmissão de informação e foram baseadas em compreensões relativamente simplistas da relação entre comunicação e mudança de comportamento. Segundo o autor, ao longo do tempo, foi-se tornando aparente que as campanhas focadas só na transmissão de informação falhavam por não terem em atenção as circunstâncias sociais e económicas dos indivíduos e, como consequência, não atingiam os resultados que tinham sido esperados em termos do seu impacto nos comportamentos de saúde.

3.2. Modelos educativos modernos

Os *modelos educativos modernos* da tipologia de Hagquist e Starrin (1997) são caracterizados por uma estratégia para a mudança *bottom-up* e uma organização contextual limitada. Muitas vezes, são fortemente baseados no comportamento e em variáveis sociais e psicológicas. Como nos modelos tradicionais, estes modelos são principalmente aplicados na sala de aula mas, em contraste com eles, os alunos são participantes activos. A sua característica principal é serem centrados no indivíduo e no grupo (colegas) e orientados para o desenvolvimento de competências (*skills*) sociais, competências de resistência e competências gerais. Segundo Laverack (2005) os estilos de vida e os comportamentos tornaram-se cada vez mais centrais na promoção da saúde na década 70, porque os promotores da saúde e educadores da saúde reconheceram que os comportamentos e os estilos de vida das pessoas podiam influenciar directamente a sua saúde e a saúde dos outros. Esta abordagem comportamental/dos estilos de vida não vê necessariamente o comportamento como uma acção isolada sob o controlo autónomo dos indivíduos, mas reconhece como ele é influenciado e condicionado por uma rede complexa de factores sociais, políticos e culturais. No entanto, muito do trabalho de educação para a saúde desenvolvido de acordo com esta abordagem dos estilos de vida continua a ser centrado nos indivíduos e não inclui o seu contexto.

Segundo Hagquist e Starrin (1997), as teorias de aprendizagem social, por exemplo, que se centram nos factores que influenciam o comportamento, em vez de no comportamento em si, caracterizam muitas das novas abordagens e métodos de trabalho que se têm tornado aceites na educação para a saúde nas escolas. Dentro deste grupo dos modelos mais inovadores, apesar de haver muitas orientações de programas diferentes, há dois tipos principais de programas que se podem distinguir: *programas afectivos* que visam encorajar o desenvolvimento emocional e criar competências sociais; e *programas de influência social* que tentam proporcionar as competências (*skills*) necessárias para enfrentar situações concretas. O treino afectivo do grupo inclui programas que incorporam a clarificação de valores, a definição de objectivos, tomadas de decisão, construção da auto-estima e gestão do stress. A influência social do grupo inclui programas que integram competências de resistência, competências de vida e crenças normativas. Os programas de treino de competências de resistência, por exemplo, concentram-se em ensinar como resistir à pressão do par para beber álcool (especificamente o par e competências de resistência sociais). Esses programas de competências de resistência ou recusa tentam desenvolver a auto-consciência das crianças e as habilidades de comunicação. Neste tipo de treino de competências, os

exercícios práticos tais como *role-playing*, são comuns. Os programas que se concentram no que se conhece como crenças normativas, também pertencem a este tipo de programas de prevenção baseados em estratégias para a influência social. Embora os programas inovadores difiram consideravelmente na forma e no conteúdo dos modelos de transferência de conhecimento tradicionais, eles também são uma forma de programas educativos dentro da organização do currículo.

Várias teorias de mudança de comportamento foram desenvolvidas para orientar este tipo de programas educativos. A Teoria da Acção Racional de Azjen e Fishbein (Fishbein, Azjen, 1975; Azjen, Fishbein, 1980; Azjen, 1998) e a teoria de aprendizagem social de Bandura (Bandura, 1986, 1989, 1992) têm ajudado a identificar e explicar as relações complexas entre conhecimento, crenças e normas sociais percebidas e proporcionam uma orientação prática nos conteúdos dos programas educativos para promover a mudança de comportamento num dado conjunto de circunstâncias.

O pressuposto central da Teoria da Acção Racional é que as pessoas agem racionalmente ao utilizar e processar sistematicamente toda a informação de que dispõem para tomarem decisões (Fishbein, Azjen, 1975; Azjen, Fishbein, 1980; Azjen, 1998). De acordo com esta teoria, o determinante imediato do *comportamento* é a intenção que a pessoa tem de o realizar (e.g., usar o preservativo todas as vezes que tenho relações sexuais). As *intenções comportamentais* reflectem o grau de motivação da pessoa para realizar o comportamento, ou seja, da sua força de vontade para o realizar (e.g., tenho intenção de usar o preservativo todas as vezes que vou ter relações sexuais). Por sua vez, os determinantes das intenções são as *atitudes* da pessoa face ao comportamento, isto é, o facto de se sentirem favoráveis ou desfavoráveis face à realização do comportamento (e.g., eu tenho vontade de usar o preservativo todas as vezes que vou ter relações sexuais) e o grau de pressão normativa percebida – *norma subjectiva* – para o realizar (e.g., a maior parte das pessoas pensa que eu devo usar o preservativo todas as vezes que vou ter relações sexuais). A *norma subjectiva* é função da percepção que a pessoa tem sobre a pressão dos outros para realizar o comportamento – *crenças normativas* –, ponderada pela sua motivação para agir ou não de acordo com essas pessoas ou grupos (e.g., os meus pais pensam que eu devo usar o preservativo todas as vezes que vou ter relações sexuais, os meus amigos também pensam o mesmo X em relação aos comportamentos de saúde eu quero fazer o que os meus pais e os meus amigos pensam que devo fazer). Os autores ainda acrescentam que as atitudes das pessoas face ao comportamento são uma função das suas crenças sobre as consequências da realização do comportamento – *crenças comportamentais* – influenciadas pelo peso da

avaliação dos resultados, isto é, das consequências do comportamento avaliadas em função dos custos e benefícios e da avaliação que a pessoa faz de cada uma das consequências (e.g., eu quero muito reduzir o risco de ser infectado com doenças de transmissão sexual mas custame um pouco ir comprar o preservativo e não sentir tanto prazer na relação sexual, no entanto, as vantagens são muito superiores às desvantagens, por isso vou usá-lo).

Fishbein e Azjen (1975) e Fishbein e Middlestadt (1989) descrevem dois factores principais que podem enfraquecer a relação entre a intenção e a realização do comportamento. Em primeiro lugar, a selecção e especificação do comportamento a ser mudado – *critério comportamental* – que servirá de foco de intervenção, exige que se seleccione um comportamento que está sob o controle volitivo da pessoa. A intenção só é um preditor exacto do comportamento, se a pessoa pode realizar o comportamento por sua livre vontade, isto é, se o desejar fazer. Por exemplo, o “sexo seguro” não envolve apenas um comportamento, mas uma categoria de comportamentos (e.g., ter o preservativo disponível, possuir competências de assertividade para falar com o seu parceiro(a) para o usar, ter competências para a sua colocação). Assim, a finalidade central é a predição e compreensão de comportamentos simples, directos e observáveis que estão, em primeiro lugar sob o controle da pessoa (Fishbein, Middlestadt, 1989). Em segundo lugar, outro factor que enfraquece a relação entre a intenção e o comportamento é a instabilidade das intenções das pessoas. Qualquer acção ocorre com algum objectivo, num dado contexto e num dado momento, como consequência, a mudança em qualquer um destes quatro elementos – acção, objectivo, contexto e tempo – redefine o comportamento. Por essa razão, a definição do *critério comportamental* tem implicações importantes nos programas que visam a mudança de comportamentos, isto significa, que os factores que orientam a iniciação de um comportamento podem ser muito diferentes dos que levam esse comportamento a manter-se, aumentar, diminuir, atrasar ou que o levam a parar.

Na teoria de aprendizagem social, Bandura (1986, 1989, 1992) usando o processo de *auto-eficácia percebida* para a mudança de comportamento auto-regulado, argumenta que para realizar mudanças auto-reguladas, as pessoas necessitam não só de ter razões para alterar os hábitos de risco, mas também meios e recursos para o fazer. Por outras palavras, as mudanças de comportamento só ocorrem se forem explicadas às pessoas as razões para alterarem os seus hábitos e comportamentos e também lhes forem proporcionados meios para o fazerem (Bandura, 1992). A auto-regulação eficaz do comportamento exige “não só competências, mas também uma forte crença na auto-eficácia da pessoa para exercer o controle pessoal” (Bandura, 1992, p.90). A *auto-eficácia percebida*, isto é, a crença da pessoa

de que pode controlar a sua motivação, o seu comportamento e o ambiente social, constitui o elemento central desta teoria. Bandura (1989) salienta que “o importante não é que as dificuldades despertem dúvidas, o que é uma reacção natural imediata, mas o grau e velocidade de recuperação dessas contrariedades” (p.135). A capacidade de recuperação rápida da percepção de auto-eficácia é que conta na manutenção da mudança de hábitos de saúde.

A teoria de aprendizagem social postula uma causalidade recíproca e triádica subjacente ao funcionamento humano. Isto significa que se tem que ter em conta o comportamento, os determinantes pessoais do comportamento – os factores cognitivos, afectivos e biológicos – e as influências ambientais. Cada um destes elementos actua como determinante de cada um dos outros de uma forma recíproca (Bandura, 1986).

3.3. Modelos de projecto

A abordagem da educação para a saúde orientada para os estilos de vida tem uma visão mais compreensiva da saúde que a abordagem médica, no entanto, há uma crescente frustração com essa abordagem por causa da falta de resultados positivos na mudança de comportamentos e da tendência para “culpar a vítima” por se assumir que as pessoas são individualmente responsáveis pelas suas acções e, por isso, são responsáveis pelo seu *status* de saúde. A abordagem dos estilos de vida incluída nos “modelos modernos” falha ao não reconhecer os problemas estruturais (sociais, políticos e económicos) em que os comportamentos estão imersos e que influenciam fortemente, embora de forma indirecta, a saúde.

Ao longo dos anos, o trabalho de educação para a saúde nas escolas tem tendido a tornar-se consideravelmente mais amplo. Nos *modelos de projecto* da tipologia de Hagquist e Starrin (1997), caracterizados por uma estratégia para a mudança *top-down* e uma organização contextual *ampla*, a escola inteira e, por vezes, a comunidade/ sociedade envolvente são integrados na educação para a saúde. Embora a importância da participação dos alunos seja enfatizada, esses modelos de projecto são caracterizados primariamente pelo facto de serem desenvolvidos “para” em vez de “com” ou “pelos” alunos. Os projectos educativos concentram-se no indivíduo e no ambiente. Segundo os autores, o que é conhecido nos EUA como modelos “compreensivos” parece pertencer principalmente a este modelo, porque incluem três elementos “tradicionais” dos programas de saúde na escola – serviços de saúde na escola, educação para a saúde na escola e ambiente saudável na escola. As mudanças mais importantes neste modelo foram, presumivelmente, a ligação à comunidade envolvente e aos

professores e outro staff da escola. Em simultâneo, na Europa surgiu o modelo de escolas promotoras de saúde que é suportado pelos conceitos do currículo na escola, ambiente da escola e comunidade envolvente. Na prática, têm ocorrido diferenças substanciais nos modelos das Escolas Promotoras de Saúde, pelo menos, na dimensão da orientação para a acção (*action-orientation*).

3.4. Modelos de capacitação

Os *modelos de capacitação* da tipologia de Hagquist e Starrin (1997) são caracterizados por uma estratégia para a mudança *bottom-up* e uma organização contextual *ampla*. Na perspectiva dos autores, embora os projectos orientados para a acção e participação dos alunos que se podem observar nas escolas promotoras de saúde na Dinamarca sejam exemplos bons destes projectos, ainda há poucos projectos destes, pelo menos entre os que têm marcadamente uma perspectiva *bottom-up*.

Aplicando as características de Laverack e Labonte (2000) para a promoção da saúde *bottom-up* aos projectos de educação para a saúde na escola é possível identificar o mesmo conjunto de características. O papel do professor/ órgãos de gestão da escola ou os agentes externos à escola (profissionais do Centro de Saúde local, profissionais da educação das Câmaras Municipais, investigadores ou outros) é agir para apoiar os alunos e a comunidade escolar na identificação dos problemas que são importantes e relevantes para as suas vidas e capacitá-los para desenvolverem estratégias para resolverem esses problemas. A planificação é de longo termo e sem um programa definido no tempo. Os alunos é que identificam os objectivos que são negociados com o professor. Esses objectivos podem estar relacionados com a doença e os comportamentos, mas também estão relacionados com os resultados da capacitação dos alunos e da comunidade escolar e as mudanças políticas e sociais. O controlo das decisões durante a implementação do projecto está constantemente a ser negociado. A avaliação é sobre o processo e os resultados e a inclusão de todos os participantes.

Nos *modelos de capacitação*, a orientação participante é o pré-requisito básico para o trabalho em saúde. As escolas e os ambientes locais também são olhados como elementos importantes da educação para a saúde. Dentro da educação para a saúde das crianças e jovens, a perspectiva da capacitação também pode ser vista como uma reacção à perspectiva dos adultos (que tem sido previamente predominante) para beneficiar uma visão baseada na capacitação, em que as crianças são vistas como parceiros no trabalho de educação para a saúde. Esta visão significa que as crianças são vistas como sendo capazes de se representarem a si próprias, tomarem decisões em relação à sua saúde e participarem no trabalho de cuidar

da sua saúde e da saúde da comunidade (Hagquist, Starrin, 1997).

Uma característica principal dos *modelos de capacitação* é que pressupõem a mobilização das pessoas. O ponto integral é que tem que haver acção conjunta dos alunos, porque a de um aluno sozinho é insuficiente. Esta mobilização colectiva é facilitada se está relacionada com assuntos locais, tais como o ambiente da escola dos próprios alunos. O desenvolvimento do trabalho tem que ser dirigido pelos participantes, isto significa, que têm que ser dadas oportunidades para que os que estão afectados pelo problema participem activamente na sua resolução e controlem o trabalho. Isto também significa que os participantes têm que ser capacitados para participar activamente na produção do conhecimento necessário, que os torna capazes de introduzir as mudanças eficazmente.

A orientação participante também é importante porque facilita os processos de aprendizagem. A ideia básica para este modelo poderá ser que todos os envolvidos na escola deverão participar activamente em todas as fases do trabalho local de mudança, mantendo constantemente um diálogo democrático uns com os outros. Os professores e o outro *staff*, podem ter papel de facilitadores no processo de capacitação dos alunos. O ponto de partida é a participação dos alunos na identificação dos problemas e necessidades. As fases subsequentes visam a investigação e análise, a preparação de propostas para a mudança, a formulação de um programa de acção e a implementação das mudanças. Na fase final, os alunos, professores e outros deverão, em conjunto, monitorizar o que resultou realmente no trabalho.

Nestes projectos é importante compreender como é que os professores e os alunos realmente tomam parte na resolução dos problemas com os quais podem desenvolver a *competência de acção* (Jensen, 1997 a). A abordagem S – IVAM (Seleção do problema – Investigação, Visão, Acção e Mudança) tem sido desenvolvida como um instrumento prático que pode ser usado nas escolas para estruturar as actividades de promoção da saúde e facilitar a participação dos alunos, com o objectivo de desenvolver a sua *competência de acção*. Este instrumento assume um conjunto de perspectivas que podem ser tratadas num projecto dentro das áreas da saúde (e ambiente) (Jensen, 1997 a; Simovska, Jensen, 2003). Segundo Jensen e colaboradores (Jensen, 1995; 1997 a; Simovska, Jensen, 2003), a primeira fase do modelo – Investigação - ilustra as questões que os alunos deverão dirigir para atingir uma percepção partilhada (comum) sobre o que é realmente o problema actual com que estão a trabalhar. Os alunos têm que ser activamente envolvidos na escolha do problema e procurar uma resposta sobre porque razão este problema é importante para eles. Também deverão trabalhar com a dimensão histórica, pois, para serem capazes de concluir como é que as condições actuais ou um dado desenvolvimento é influenciado, é importante compreenderem quais são as

determinantes que contribuíram, ao longo do tempo, para o desenvolvimento dessas condições. Por outras palavras, uma mudança de perspectiva torna necessário olhar para as condições numa perspectiva de desenvolvimento. A perspectiva das ciências sociais também é importante para clarificar as causas por trás do problema. Recorde-se que mesmo quando o problema se manifesta numa sala de aula ou na escola (seja em relação ao álcool, à qualidade da água para beber, estar relacionado com lombrigas ou com o clima social entre alunos), as causas subjacentes irão muitas vezes surgir fora desses locais. Aqui, como já foi referido, são importantes os métodos de observação social para mostrar as estruturas económicas, culturais e sociais em que se desenvolvem (Jensen, 1995; 1997 a; Simovska, Jensen, 2003).

A segunda fase – Visões - trata do desenvolvimento das visões sobre como é que as condições em que se trabalha e que gostaríamos de mudar poderiam ser vistas no futuro. Este ponto trata do desenvolvimento das ideias, percepções e visões dos alunos sobre a sua vida futura e a sociedade em que eles irão crescer.

De acordo com a terceira fase – Acção & Mudança - , também é importante que haja um espaço para a imaginação, para promover a profusão de uma grande quantidade de acções possíveis relacionadas com a possibilidade de atingir algumas dessas visões que têm sido desenvolvidas. É de grande importância que todas as sugestões feitas pelos alunos sejam tomadas em consideração na discussão. Algumas das acções serão desenvolvidas pelos próprios alunos, enquanto outras exigirão uma colaboração próxima com os professores, pais e pessoas chave da comunidade local. As diferentes possibilidades de acção deverão ser discutidas em relação com os seus potenciais resultados e barreiras que podem surgir. Finalmente, deverá ser tomada a decisão para realizar uma ou mais acções.

4. Metodologia

A consecução dos objectivos desta investigação requereu a recolha de dados junto dos professores de todas as disciplinas e áreas curriculares não disciplinares (Formação Cívica e Área de Projecto) que já tinham trabalhado no passado em projectos ou actividades de educação sexual.

Os professores das escolas do Distrito de Braga do 7º ao 12º anos que tinham ensinado tópicos de educação sexual, em qualquer formato, nos últimos três anos foram seleccionados para este estudo. A selecção em cada escola de um professor do 7º ao 9º ano e de outro do 10º ao 12º ano foi feita com o seguinte critério: 1º - ter implementado, nos últimos três anos, um projecto de educação sexual numa turma e ser o coordenador do projecto, quando o projecto incluiu várias turmas; 2º - ter implementado um projecto de educação sexual numa turma; e

3º- ter aplicado qualquer tipo de material de educação sexual em qualquer actividade escolar.

Esta amostra é caracterizada como uma *amostragem intencional de variação máxima*, porque visou “capturar e descrever os temas centrais e resultados principais que cruzam a grande variedade de participantes ou programas” (Patton, 1990, p.172), por outras palavras, dentro dos critérios de amostragem acima definidos, foram entrevistados os professores que permitiram abranger o máximo de variabilidade de experiências de educação sexual nas várias áreas curriculares e extra-curriculares. Esta estratégia visa capturar e descrever a amplitude de variação e determinar os temas comuns, modelos e resultados que cruzam essa variação (Patton,1990; Gall, Borg, Gall, 1996).

A amostra de professores que trabalhou em educação sexual nas escolas, nos últimos três anos antes da entrevista, foi constituída por 87 entrevistados, fundamentalmente do sexo feminino (81,6%), com uma média de idades de 37 anos (amplitude 23 a 53 anos, DP= 5,9). A maior parte tinha mais de 35 anos (61%) e possuía como grau académico Licenciatura (86,2%) ou Mestrado (10,3%). Quase a totalidade dos professores era do quadro de nomeação definitiva (91,9%) e pertencia ao grupo disciplinar de Ciências (Biologia, Ciências da Terra e da Vida, Técnicas Laboratoriais de Biologia, Ciências da Natureza e Ciências Naturais) (70,9%) e de Educação Moral e Religião Católica (11,6%).

As últimas actividades de educação sexual dinamizadas por esses professores dirigiram-se a alunos do 3º ciclo (63,2%), do ensino secundário (21,8%) e em simultâneo a alunos do 3º ciclo e ensino secundário (6,9%) ou do 2º e 3º ciclos (5,7%).

5. Resultados e discussão dos resultados

Origem dos projectos ou actividades de educação sexual

Aproximadamente em metade das escolas (46,0%) verificou-se que a origem das actividades ou projecto de educação sexual foram as disciplinas de Ciências Naturais ou Ciências da Terra e da Vida, em 18,4% das escolas a decisão de se implementar a educação sexual na comunidade escolar ocorreu por se ter tornado obrigatória e em 11,5% surgiu porque os professores estavam a frequentar uma formação contínua de professores na área, que exigia, como uma das componentes da formação, a planificação e implementação de um projecto de educação sexual nas escolas dos professores envolvidos.

A quarta origem dos projectos ou actividades de educação sexual foi a disciplina de Educação Moral e Religiosa Católica (10,3%), a quinta origem foi a dinâmica do projecto de promoção e educação para a saúde da escola (PPES) (9,2%) e a última origem foram as áreas

curriculares não disciplinares de Formação Cívica e Área de Projecto ou a Área - Escola antes da reorganização curricular (4,6%), em que o professor decidiu trabalhar a educação sexual porque é uma das áreas possíveis a ser contemplada.

Áreas curriculares e extracurriculares de integração da educação sexual

As actividades ou projectos de educação sexual foram desenvolvidos exclusivamente no âmbito das disciplinas (n=18), nas disciplinas com complemento de outras actividades curriculares e extracurriculares (n=27), na Formação Cívica onde ocorreu sempre com o complemento de outras actividades curriculares e extracurriculares (n= 10), na Área de Projecto ou Área – Escola com complemento de outras actividades curriculares e extracurriculares (n=15) e em Gabinetes de Apoio ao Aluno (GAA) com complemento de outras actividades curriculares e extracurriculares (n=17).

Metodologia das actividades de educação sexual realizadas

A. Métodos expositivos

As principais técnicas usadas no método expositivo utilizado pelos professores foram (quadro 1): a caixa de perguntas anónimas ou brainstorming (74,7%); o visionamento de filmes seguidos de debate (87,4%); a exploração de transparências ou slides em diálogo turma (81,6%); assistir a conferências e seminários (71,3%) e elaboração de página Web informativa (1,1%).

Quadro 1: Utilização do método expositivo na educação sexual de acordo com as várias formas de integração na escola (N = 87)

Tipo de actividades: Método expositivo	Área de integração das actividades na escola										
	Disciplinas (n=18)		Disciplinas e activ. (n=27)		F. Cívica (n=10)		A.Projecto (n=15)		GAA (n=17)		TOTAL (N=87)
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	%
Caixa de perguntas anónimas ou brainstorming.	10	55,6	18	66,7	9	90,0	13	86,7	15	88,2	74,7
Exploração de transparências ou slides em turma.	16	88,9	23	85,2	8	80,0	12	80,0	12	70,6	81,6
Visionamento de filmes seguidos de debate.	15	83,3	24	88,9	8	80,0	14	93,3	15	88,2	87,4
Assistir a conferências, seminários ou workshops.	1	5,6	26	96,3	9	90,0	14	93,3	12	70,0	71,3
Elaboração de página web									1	5,9	1,1

Geralmente para construir o interesse dos alunos e o seu envolvimento no tema de saúde sexual ou reprodutiva que iam iniciar, os professores faziam um teste diagnóstico ou pediam aos alunos para individualmente ou em grupo escreverem anonimamente todas as questões que gostariam de ver resolvidas sobre o tema (74,7%). Por vezes, os professores entregavam

os subtemas para que os alunos apreendessem a abrangência do tema e colocassem as questões por subtemas. A maior parte das vezes era entregue um cartão em branco e o professor, posteriormente, categorizava as perguntas por subtemas e ia-lhes respondendo à medida que expunha o tema. A descrição seguinte ilustra este levantamento inicial dos interesses dos alunos numa turma de 8º ano de Ciências Naturais:

Fazemos sempre uma caixinha na qual eles colocam a sua questão sem ser personalizada, não assinam, só fazem a questão. Depois guardámos essas perguntas e mais tarde, tal como num teste diagnóstico, vamos abordando ao longo da unidade. (...) Subdivido as questões e faço pacotes de acordo com as subunidades que estou a tratar. (Ep38, p1060-1061)

Com o mesmo objectivo, também foi frequente um brainstorming inicial, geralmente em turma, com organização por subtemas das ideias levantadas e discussão da abrangência do tema, mas sem responder às questões ou explicar os tópicos que surgiram:

Normalmente proponho um jogo: escrevo a palavra SIDA no quadro, dentro de um círculo, e cada aluno vai ao quadro escrever as palavras que lhe vêm logo à cabeça quando ouvem a palavra SIDA. (...) Surgem variadíssimas coisas: relações sexuais, preservativo, morte, desespero, homossexuais, heterossexuais, sexo oral, sexo anal, prostitutas, toxicoddependência, seropositivos. Surgem palavras relacionadas com a carga afectiva, com valores e problemas sociais e surgem também palavras ligadas mais à parte física como doenças oportunistas. (...) Depois explicam a palavra e quando surge a hipótese separamos as palavras que têm a ver com a afectividade, porque acho que a Educação Sexual passa muito por esse campo. (Ep35, p.1016-1017)

Uma pequena parte de professores decidiu começar por discutir o conceito de sexualidade dos próprios alunos e pedir-lhes que o comparassem posteriormente com o da Organização Mundial de Saúde.

Para maximizar a compreensão e retenção da informação, os professores utilizaram meios audiovisuais para a projecção de esquemas, gráficos ou imagens em transparências, slides ou apresentação em Power Point (81,6%). Geralmente tiveram a preocupação de utilizar como técnica para envolver os participantes durante essas exposições atribuir aos alunos a responsabilidade de ouvir activamente através de várias técnicas: fazendo-lhes questões para clarificar a exposição; pedindo-lhes para no fim responderem ou fazerem questões sobre o assunto; fazendo o sumário dos conteúdos tratados ou fazendo perguntas orais aos colegas. Muitas vezes estas técnicas são aplicadas em turma ou em pequenos grupos com exposição final em turma. Os filmes (87,4%) versaram essencialmente sobre as mudanças bio-psico-sociais na puberdade, o sistema reprodutor e, especialmente, a colocação de pensos higiénicos e tampões, pois a maior parte dos filmes que foram utilizados foram oferecidos pelas empresas de venda de pensos higiénicos. Muitas vezes, também foram usados filmes de prevenção da infecção pelo VIH/ SIDA essencialmente associados à Comissão Nacional de Luta Contra a Sida e à Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde. Muito poucos professores referiram usar técnicas para envolver os participantes

activamente na visualização dos filmes. Quando as técnicas foram referidas consistiram em tomar notas orientadas durante o filme, por exemplo, completando fichas de trabalho ou fazendo pequenos debates nos intervalos em que se ia parando o filme ou completando fichas de trabalho no fim do filme com base no que observaram:

Portanto, isso foi na parte do sistema reprodutor, comecei com as mudanças na puberdade e depois tinha uma actividade sobre isso (...) foi com um filme que temos aí que se chama “Mudanças”. Os alunos viram o filme e depois dei-lhes uma folha com um perfil de um rapaz e de uma rapariga e eles tinham que ir completando as tais diferenças pubertárias. (Ep52, p.1458)

O comportamento convencional na fim da utilização do método expositivo foi reforçar os aspectos mais importantes num período de pergunta e resposta. Alguns professores já referiram métodos mais activos para esta fase final, tais como: pedir aos participantes para prepararem questões para o professor responder; pedir aos alunos para reverem os conteúdos em grupo e fazerem perguntas para um teste formativo; pedir aos alunos para num pequeno questionário ou oralmente reflectirem sobre as implicações para eles do assunto exposto (perguntando, por exemplo, “O que é que aprendeste de novo sobre este assunto?”, “Achas que pode resolver algum problema relacionado com a sexualidade dos teus colegas?”, “Porquê?”). Associado a este tipo de técnicas acima descritas surgiu a ideia numa escola (1,1%) de pedir aos alunos para colocarem questões sobre a sexualidade para serem respondidas pelos professores numa página Web.

Levar os alunos a assistir a conferências, seminários ou workshops orientados por especialistas convidados (71,3%), geralmente, médicos, enfermeiros ou psicólogos, também foi uma estratégia muito utilizada dentro do método expositivo. Só muito raramente é que estas actividades eram voluntárias. Na maior parte das escolas eram realizadas dentro do horário lectivo ou como actividades extracurriculares, mas os alunos eram quase invariavelmente acompanhados por um professor que ajudava a preparar previamente a sessão com o especialista convidado e, durante a sessão, exercia um papel de moderador do comportamento irreverente de alguns alunos. Em alguns casos, estas palestras eram sugeridas e organizadas pelos alunos para resolver problemas (acções) como se verá posteriormente. Na quase totalidade das palestras descritas, as narrações eram do seguinte tipo:

Os alunos colocam questões e enviamos para o Centro de Saúde, para a médica. Ela prepara as sessões orientadas para responder a essas questões. Primeiro apresenta um vídeo sobre as doenças sexualmente transmissíveis, contraceptivos... faz aquela elucidação toda e, depois, numa vertente então mais global e mais abrangente, vai procurando chamar a atenção para outros factores, começa sempre... ela própria faz a pergunta “Quando é que se deve iniciar a vida sexual?”, a própria médica faz a pergunta e responde. (...) Faz a pergunta, levanta a questão, deixa-os responder e depois é ela própria que responde... (Ep13, p. 425-426)

Segundo Hilton (2001) o uso de especialistas externos é muito comum, mas todos os

professores sabem que trazer um perito nem sempre é a resposta. Os peritos têm um conhecimento particular mas podem não ter a habilidade para controlar a turma ou entusiasmar os alunos. Com material tão sensível como é o de educação sexual, alguns alunos podem sentir-se intimidados com uma pessoa que não é professor trabalhando na área, mas, alguns podem sentir-se mais relaxados com alguém de fora. Na opinião da maior parte dos professores deste estudo, os colaboradores que se têm deslocado às escolas são excelentes comunicadores e preocupam-se com aspectos pedagógicos que por tradição só eram inerentes aos professores. Também defenderam que a maior parte das vezes os alunos se sentem mais à vontade com especialistas convidados, porque não têm que lidar com eles todos os dias e sentem que expõem os seus problemas de uma forma mais anónima.

Para Douglas, Kemp, Aggleton, Warwick (2001) as características que contribuem para um trabalho de sucesso dos especialistas externos com jovens inclui: divertimento, abertura, alegria, boa disposição, e um estilo de ensino sem julgamentos e participativo onde os jovens são convidados a determinar e discutir os seus próprios pontos de vista e valores. Na opinião desses investigadores, a discussão sobre assuntos de orientação sexual parece funcionar bem com jovens dentro de um contexto de igualdade de organização de trabalho. Também é crucial que o profissional tenha competências profissionais e interpessoais, experiência demonstrada e habilidade para combinar e compreender as necessidades das escolas e professores, uma consciência das complexidades políticas locais e contextos, e as competências necessárias para trabalhar com pessoas jovens.

B. Métodos alternativos à exposição

Os métodos alternativos à exposição podem ser utilizados para a substituir totalmente ou para a reforçar. Nesta investigação alguns desses métodos foram utilizados com um dos objectivos acima referidos ou como estratégias isoladas para tratar factualmente temas de uma maneira mais lúdica e activa do que o método expositivo o permitiria. Esses métodos incluíram nesta investigação: estudos de caso, procura de informação, grupos de estudo, grupos de investigação e demonstrações (quadro 2).

a) Estudos de caso

Os estudos de caso com apresentação de dilemas e resolução de problemas foram aplicados por 44,8% (n=39) dos professores investigados. Os professores apresentaram aos alunos uma narrativa de situações reais ou fictícias com o detalhe necessário para ser possível

Quadro 2: Utilização de métodos alternativos à exposição na educação sexual de acordo com as várias formas de integração na escola (N = 87)

Tipo de actividades: Métodos alternativos à exposição	Área de integração das actividades na escola										
	Disciplinas (n=18)		Disciplinas e activ. (n=27)		F. Cívica (n=10)		A Projecto (n=15)		GAA (n=17)		TOTAL (N=87)
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	%
Estudos de caso com apresentação de dilemas e resolução de problemas.	4	22,2	7	25,9	8	80,0	12	80,0	8	47,1	44,8
Debates entre estudantes.	16	88,9	23	85,2	10	100	13	86,7	15	88,2	88,5
Resolução de fichas de trabalho.	13	72,2	21	77,8	6	60,0	9	60,0	9	52,9	66,7
Análise de anúncios, filmes e programas de TV.	5	27,8	7	25,9	5	50,0	5	33,3	6	35,3	32,2
Investigação na Biblioteca.	14	77,8	20	74,1	8	80,0	13	86,7	10	58,8	74,7
Investigação na Internet.	10	55,6	19	70,4	7	70,0	13	86,7	10	58,8	67,8
Investigação nos Centros de Saúde e Farmácias.	1	5,6	1	3,7			6	40,0	11	64,7	21,8
Visitas de estudo ao Centro de Saúde.			1	3,7	1	10,0	4	26,7	2	11,8	9,2

aos grupos analisarem os problemas envolvidos e apresentarem soluções para a sua resolução. A narrativa seguinte conta um estudo de caso, sobre a orientação sexual:

O Manuel que tem 15 anos e não mostra nenhum interesse pelas raparigas, passa todos os seus dias na companhia do Luís, o seu melhor amigo. No bar comenta-se que o Manuel é homossexual e a mãe está preocupada. Na escola também se fala um bocado sobre isso. A mãe do Manuel já nem sequer consegue dormir. Como é que ela vai sair deste dilema? (...) Nunca disse se havia ou não uma solução mais correcta, nunca fiz isso. (Ep50, p.1407)

A metodologia seguida pelos professores que aplicaram estudos de caso foi muito semelhante à descrita no extracto acima, embora as variações apresentadas possam ser relevantes nos objectivos que se pretendem atingir com a actividade.

Em primeiro lugar, o facto do problema em análise ser identificado numa história simulada contada num filme ou texto (n=25; 64,1%) ou numa história da vida real do dia-a-dia dos alunos (n=24; 61,5%) interfere, segundo os professores, não só na motivação dos alunos para debaterem qual teria sido a melhor hipótese para resolver o problema e quais teriam sido as causas e consequências do problema, como também pode interferir no facto de sentirem que há maior probabilidade do acontecimento descrito lhes poder vir a acontecer. No entanto, pode levantar problemas graves de juízos de valor que sejam negativos para a pessoa em causa. A maior parte dos professores, mesmo que já tivesse optado por histórias reais e simuladas para debater, achou mais útil as histórias simuladas.

A construção do conhecimento orientado para a resolução do problema também variou em função dos professores: 56,4% dos professores referiu que neste tipo de actividades os alunos discutiam mais as causas do que as consequências; 25,6% referiu que discutiam mais as consequências do que as causas do problema e 17,9% considerou que os alunos discutiram

com a mesma ênfase as causas e as consequências do problema.

O tipo de participação dos alunos na sugestão das hipóteses para resolver o problema e na decisão sobre a(s) melhor(es) hipótese(s) para ser(em) seguida(s), variou desde um nível de baixa participação em que “as hipóteses para resolver o problema foram apresentadas pelo professor que decidiu com os alunos qual seria a(s) melhor(es) hipótese(s) a ser(em) seguida(s)” (n=2; 5,1%), passando por um nível de participação intermédia onde “os alunos sugeriram as hipóteses para resolver o problema e decidiram por si próprios qual seria a(s) melhor(es) hipótese(s) a ser(em) seguida(s)” (n=4; 10,3%), até um nível máximo de participação onde os alunos sugeriram a(s) hipótese(s) e decidiram em conjunto com o professor (n=33; 84,6%).

A maior parte dos professores (66,7%) referiu que posteriormente à exploração das histórias simuladas os alunos contavam histórias semelhantes da sua vida quotidiana. Isto significa que as histórias foram bem seleccionadas pois, tal como é previsto na sua utilização, identificavam-se com a vida real dos alunos.

Hilton (2001) defende que muitas vezes as “histórias “ ou “cenários” estimulam a discussão. No entanto, investigadores por si revistos salientaram, por um lado, que os rapazes muitas vezes acham essas abordagens aborrecidas e irrelevantes por causa da sua geralmente baixa preocupação com a literacia e não gostam de “histórias” que os encorajem a ver a leitura como útil e não como alguma coisa que dá prazer. Por outro lado, referiram que o uso de uma grande variedade de métodos de ensino mantém os rapazes interessados, em particular, as abordagens factuais que exigem respostas curtas e rápidas e aulas com objectivos de curto prazo. Na sua opinião, os rapazes gostam de competições e tendem a responder sem reflectir ou pensar cuidadosamente.

Os estudos de caso construídos a partir das histórias da vida real são, segundo Cash, Khan, Nasreen, Bhuiya, Chowdhury, Chowdhury (2001), uma excelente forma de comunicação em educação sexual. Estes investigadores, partiram do pressuposto que, em primeiro lugar, a educação sexual é uma conversa e que as pessoas aprendem sobre sexo, comportamento sexual e sexualidade através de histórias públicas e privadas contadas em conversas no dia-a-dia. Partilhar histórias comunica as ofensas morais pessoais, as suas descrenças, o seu interesse no prazer sexual, a sua compaixão e comiseração, por exemplo, com as vítimas de abuso sexual, a sua curiosidade sobre o que os outros fazem e sobre como se “faz” sexo. Nestas histórias partilhadas as pessoas aprendem sobre o que o homem espera da mulher e vice versa e sobre os valores normativos associados ao comportamento sexual.

Na sua investigação, as experiências pessoais e dos outros apresentadas pelos entrevistados em relação ao sexo marital e extramarital, sexo forçado, violação, violência familiar e sexual, desarmonia, ansiedades sexuais, impotência, desejo sexual, higiene sexual e DSTs mostraram o contexto psico-social do risco e vulnerabilidade das pessoas que queriam educar. Como consequência, foram coleccionados dados qualitativos na forma de histórias com o objectivo de converter esses dados numa estratégia de comunicação. As histórias foram transformadas em histórias desenhadas de resolução de problemas, em que se sugeriam possíveis soluções para o problema. Estas histórias “serviram como um espelho para que as pessoas pudessem discutir os seus riscos e vulnerabilidades” (Cash et al., 2001, p. 48).

b) Procura de informação

Este método de aprendizagem como alternativa ao método expositivo foi usado pelos professores geralmente com o objectivo final de implementar um debate na turma (88,5%). Uma das formas mais usadas para os alunos procurarem a informação que podia ser ensinada pelo professor numa aula expositiva foi dividir os alunos em grupos, distribuir (ou pedir aos alunos para trazerem) documentos, folhetos ou livros de referência e permitir o acesso a informação relevante na internet e biblioteca ou a filmes relacionados com o tema, para se prepararem o melhor possível para o debate final. Por vezes, houve a organização de um painel de discussão com os porta-vozes dos grupos, moderado pelo professor ou por um aluno, em que os restantes alunos participavam como assistência. A maior parte das vezes este debate consistia simplesmente numa apresentação final dos factos, conceitos e opiniões a que cada grupo tinha chegado, apresentados oralmente com a ajuda de transparências ou cartazes, e numa troca de esclarecimentos entre os grupos quando os resultados finais eram diferentes.

c) Grupos de estudo

A técnica mais usada como método alternativo à exposição foi o grupo de estudo. Os professores referiram frequentemente a utilização de fichas de trabalho (66,7%) para os alunos resolverem em grupo, clarificando os conteúdos. Um grupo de estudo é um meio excelente para aprender novos conteúdos sem ser por exposição. A análise em grupo de filmes e a análise de programas informativos da televisão, também foram opções referidas pelos professores para o trabalho dos alunos em grupos de estudo (87,4%). O extracto da entrevista seguinte descreve a análise de filmes e de programas de televisão num grupo de estudo:

Então, passei o filme “Os homens não choram”, é um caso de uma rapariga que não se sente rapariga, sente-se rapaz, arranja uma série de estratégias para ser considerada rapaz até que descobrem e a matam. Passei-o numa turma que discriminava muito a homossexualidade. Viram o filme, discutiram em grupo e analisaram depois num debate em turma. (Ep40, p.1135-1136)

O método geral seguido pelos professores incluiu dar aos alunos uma pequena quantidade de material informativo (como o anterior ou, por vezes, notícias de jornais ou revistas, exercícios do livro de Ciências ou pequenas quantidades de informação de outros livros), pedir-lhes para o lerem ou verem em silêncio e formarem grupos de trabalho para estudarem o material seguindo instruções precisas do professor do tipo: indicar os conteúdos que foram clarificados; identificar aspectos com que não concordam ou consideram confusos; arranjar argumentos para o debate final que apoiem as ideias do texto/ filme e que apoiem pontos de vista diferentes; dar exemplos de aplicação desses conhecimentos na sua vida do dia-a-dia e avaliar se compreenderam bem o material. Geralmente, o trabalho do grupo foi liderado por um porta-voz que era o representante do grupo nos debates em turma, embora todos os alunos acabassem por falar, especialmente, quando não se chegava a um consenso.

d) Grupo de investigação

Muitas vezes, os professores organizaram os alunos em grupos e pediram-lhes para investigar um tema, sobre o qual tinham feito uma breve apresentação geral. Em muitas situações a turma foi organizada para cada grupo investigar um subtema dentro do tema geral:

Em Área de Projecto fiz 4 ou 5 grupos e depois disse: “Escolhem o tema e no fim resumimos.”. Nas duas turmas que eu tinha em Área de Projecto, uma trabalhou na “Sida. Fizeram a pesquisa naquelas revistas da farmácia, nos livros da escola, em material da Internet. (...) Foram os alunos que seleccionaram os temas e os problemas que queriam investigar. As actividades também foram eles que escolheram. (...) Decidiram tudo, o meu trabalho foi orientar. (...) Organizaram esse material numa apresentação de Power Point e fizeram inclusivamente um jogo. (Ep85, p.2150-2151)

Os recursos para a investigação foram geralmente sugeridos e decididos pelos alunos, que recorreram principalmente à biblioteca da escola (74,7%), à Internet (67,8%) e aos Centro de Saúde e farmácias (21,8%).

A metodologia que os professores seguiram foi em vez de fazerem perguntas, como nas técnicas anteriores, proporcionarem condições para que os alunos fizessem as suas próprias questões para a sua futura compreensão do tópico. Muitos professores, como os alunos tinham pouco conhecimento sobre os temas à priori, fizeram uma breve apresentação dos temas para lhes despertar a curiosidade e interesse e estimular a emergência de questões para

investigarem. Este método, como o professor do extracto anterior refere, permite-lhe ensinar de acordo com as necessidades dos participantes.

e) Demonstrações

Demonstrar a informação em acção é um modo alternativo à exposição de um conceito, procedimento ao conjunto de factos. Geralmente os professores, médicos, enfermeiros e psicólogos envolveram os alunos em demonstrações dos métodos contraceptivos, especialmente da colocação do preservativo. Este envolvimento é importante para que eles possam ver, ouvir e tocar nos materiais de aprendizagem. Em seguida, apresenta-se um desses exemplos numa workshop realizada por uma médica:

O preservativo feminino só há em Espanha bem como as esponjas (...) e trago os dispositivos, os vários tipos de pílulas.... o diafragma é um método praticamente em desuso... eu mostro-lhes o DIU mostro-lhes a cânula fininha para inserir, mostro o DIU colocando-o dentro de uma cânula e depois mostro-lhes o DIU na mão, aquilo é molinho, eles mexem-lhe e vêem que aquilo não magoa que é maleável. Mostro mais do que um tipo de DIU e eles mexem, aquilo passa na sala de mão em mão para eles verem. Depois, em relação ao preservativo, eu costumo dizer-lhes assim “Pronto e agora eu digo: o preservativo. E vocês dizem assim: Ah tudo tão animado, tudo tão bem e agora vem o preservativo. Que seca! Não é seca, vocês querem ver como é que isto se transforma de uma seca numa coisa até muito agradável? Vocês pegam no preservativo dão o preservativo à namorada e a namorada coloca o preservativo. E vocês dizem: ah mas ela não sabe. Não sabe mas vai saber que eu vou ensinar”. E aí aproveito, eu não vou ensinar os rapazes a colocar preservativos porque eles “todos sabem”, isso seria quase uma afronta e então eu com o pretexto de ensinar ás raparigas ensino-os a todos. (Eméd18, p.2600-2601)

Esta demonstração equaciona, por um lado, a utilização do “erotismo” e da dimensão do prazer sexual para educar, que vários autores (Allen, 2001; Ingham, 2005) têm vindo a referir como um factor de grande importância na educação sexual. Por outro lado, chama a atenção para a possibilidade da utilização de estratégias criativas para contornar as expressões de “machismo” na sala de aula na aprendizagem de assuntos relacionados com a sexualidade, que prejudicam inclusive o próprio rapaz.

C. Abordagens de aprendizagem baseadas na experiência empírica

As maiores abordagens de aprendizagem baseada na experiência empírica utilizadas pelos professores neste estudo foram (quadro 3): *role playing*, observação activa, tarefas escritas e projectos de aprendizagem orientados para a acção (*action learning projects*).

Quadro 3: Utilização de métodos baseados na experiência empírica na educação sexual de acordo com as várias formas de integração na escola (N = 87)

Tipo de actividades: Métodos baseados na experiência empírica	Área de integração das actividades na escola										
	Disciplinas (n=18)		Disciplinas e activ. (n=27)		F. Cívica (n=10)		Á. Projecto (n=15)		GAA (n=17)		TOTAL (N=87)
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	%
Jogos de papéis para treinar a assertividade.	2	11,1	3	11,1	4	40,0	6	40,0	11	64,7	29,9
Outros jogos de papéis (<i>Role-play</i>).	2	11,1	4	14,8	2	20,0	1	6,7	12	70,6	24,1
<i>Aprendizagem orientada para a acção: Educação de pares</i>											
Educação de pares através de sessões.	4	22,2	7	25,9	2	20,0	8	53,3	3	17,6	27,6
Elaboração de cartazes, folhetos ou autocolante	3	16,7	7	25,9	2	20,0	8	53,3	5	29,4	28,7
Escrita de teatros/ filmes e sua dramatização.	1	5,6	3	11,1			6	40,0			11,5
Jogos tradicionais e <i>peddy paper</i> .			2	7,4			1	6,7	1	5,9	4,6
Elaboração de jogos temáticos pelos alunos			2	7,4			4	26,7	1	5,9	8,0
Entrevistas (a pais, colegas).	4	22,2	1	3,7	1	10,0	3	20,0	1	5,9	11,5

a) Role playing

Os jogos de papéis (*role playing*) foram pouco utilizados pelos professores (24,1%), mas foi uma das técnicas principais no GAA (70,6%). Este método era o que os professores conheciam melhor para ajudar os participantes a experimentarem certos sentimento e a praticarem competências pessoais (e.g. assertividade e a comunicação verbal e não verbal de um modo geral) numa situação simulada. O *role playing* é muito aplicado em educação para a saúde para promover o desenvolvimento de competências sociais e de auto-regulação do comportamento e desenvolver a capacidade de recuperação rápida da percepção da auto-eficácia. As situações de *role playing* devem ser reais, descrevendo com precisão as situações de alto risco e as pressões que as crianças experienciam e integrando a sua história de vida e as suas palavras, frases e sintaxes. Bandura (1989) salienta que mesmo quando as crianças já desenvolveram novas capacidades e estratégias sociais, serão necessárias orientações e oportunidades para as aperfeiçoarem, o que é muito bem conseguido em situações de *role playing*. Na sua opinião, a prática simulada deve ser continuada até que as capacidades sejam realizadas profícua e espontaneamente.

Esta técnica ajuda os personagens a colocarem-se na pele de outra pessoa. Trata-se de fazer viver experimentalmente uma situação que pode vir a acontecer. Vilaça (2000) defende que é preciso vivenciar a situação simulada não apenas cognitivamente, mas também, com as emoções, sentimentos e as reacções corporais que lhe estão associadas. Na sua opinião, o papel deverá ser assumido com realismo em função da sua história pessoal, mas sem cair em teatralização. O papel dos observadores (uma ou mais pessoas para cada actor) consiste em

analisar o comportamento dos personagens (a argumentação, as emoções, os sentimentos, a estratégia, as reacções face a uma situação imprevista, etc.). A autora refere que estas situações podem ser dadas pelo educador ou criadas pelos alunos e que a actividade pode ser feita em pares, em pequenos grupos ou com toda a turma.

Muitos professores neste estudo (n=47; 54,0%) referiram que nunca experimentaram esta técnica e explicaram que não o faziam porque não tinham preparação técnica para o realizar e/ou achavam a sua aplicação num contexto de sala de aula difícil, especialmente para os alunos com baixa auto-estima e/ ou inibidos.

Há muitas hipóteses possíveis quando se planifica um exercício de *role playing* para a selecção do documento original (*scripting*) que vai ser apresentado à turma: prescrição de papéis, semi-prescrição de papéis, os participantes prepararem o documento original, improvisação, leituras dramáticas e voltar a repetir situações reais que já viveram.

Prescrição de papéis

Algumas vezes os alunos foram divididos em pequenos grupos para prepararem o papel que lhes foi atribuído (n=9; 22,5%), no entanto, a maior parte das vezes trabalharam-no individualmente (n=28; 70,0%) quer fosse um papel prescrito quer fosse semi-prescrito. Geralmente, esse papel foi preparado na turma, sob a orientação do professor (n=35; 87,5%). Quando o papel era prescrito, o documento original além da descrição da situação em que o drama se desenrolava descrevia um conjunto de papéis que foram vividos pelos actores. Esses papéis descreveram um conjunto bem preparado de instruções para os actores representarem e indicavam como se deveriam comportar. Em seguida descreve-se a dinâmica de jogos de papéis com os papéis prescritos:

Geralmente faço uns textos e forneço-lhes. Eles, à partida, não têm conhecimento dos textos, só cada pessoa que os vai representar.(...) Levam para casa os papéis, interiorizam a personagem, às vezes quando têm dúvidas perguntam. É uma coisa que eles gostam muito de fazer. Eu tento ser o mais distante possível dessa discussão e de preferência se for só entre eles, óptimo, é só ir introduzindo temas. Fico só como moderadora, mas o mais oculta possível. (...) No fim pego nos aspectos mais focados, nas ideias principais e inclusive nas ideias divergentes. (Ep38, p.1094-1096)

Esta abordagem dá ao professor um maior controlo sobre o documento original, por isso, a tensão dramática que queria criar e os conhecimentos científicos, valores e mensagens que queria passar foram facilmente obtidos. Todavia, os participantes podem não se identificar com as situações e papéis do drama descrito ou podem sentir-se perdidos se o cenário for complexo.

Semi-prescrição de papéis

Quando os papéis foram semi-prescritos foi dada informação sobre a situação e as personagens a serem representadas mas não lhes foi dito como lidar com a situação. O extracto abaixo representa uma dessas situações:

Era teatralizar um diálogo imaginário entre a Ana e os pais sobre uma saída à noite. “A Ana é uma rapariga de 15 anos que tinha acabado o liceu e queria entrar para a faculdade e decidiu dedicar umas horas aos trabalhos de casa, mas agora conheceu uma pessoa que considera especial e há já algumas semanas que não passa quase tempo nenhum em casa. Os pais depois de falarem com ela e de lhe lembrarem o compromisso em várias ocasiões, castigaram-na e agora ela não vai sair tantas vezes”. Agora era desenvolver um diálogo entre a Ana e os pais e dar a sua opinião sobre este conflito. (Ep50, p.1406-1407)

Ao não prescrever como é que as personagens se têm que comportar, esta abordagem proporciona um maior poder de decisão e uma maior amplitude à expressão de comportamentos e sentimentos. Por vezes, os alunos para prepararem os seus papéis entrevistaram pessoas para clarificar o papel que iriam representar (n=1; 2,5%) e/ ou os alunos investigaram em livros didácticos e revistas científicas o problema, para prepararem os papéis que iriam representar (n=2; 5,0%). O extracto da entrevista seguinte, mostra a dinâmica criada numa turma de 11º ano na disciplina de Ciências da Terra e da Vida que utilizou a investigação em livros e a entrevista a pessoas com as características da personagem (padres, políticos, adolescentes e mulheres) que iriam desempenhar para tornar a sua dramatização mais real:

[O jogo de papéis foi preparado] com três semanas de antecedência antes de o realizar. Fui eu que determinei os personagens, mas não sugeri qualquer tipo de ideias, comportamentos ou valores a defenderem, eles é que tinham que decidir. No quadro coloquei os vários personagens e o tema geral: “O aborto e a sua liberalização”. Eles discutiram entre eles e formaram grupos e decidiram quem ia ficar com cada papel. Aconselhei pesquisa bibliográfica e de imprensa e como deveriam fazer a preparação, pois não podiam ir para casa dormir e passado 15 dias fazer um debate. Achei que devia haver fundamentação e eles fizeram isso, colaboraram bem e trouxeram inclusive bibliografia para a aula e apontamentos que tinham tirado sobre perguntas que fizeram a várias pessoas para prepararem o seu papel. (Ep49, p.1355-1357)

Como a professora refere, esta é uma alternativa possível para os alunos resolverem o problema da sua falta de conhecimento e clarificação dos seus valores pessoais sobre um tema, sem confrontar directamente as pessoas que para eles são significativas neste processo. Neste caso, a sugestão da realização das entrevistas informais foi dos alunos, que também decidiram o tipo de questões e quem queriam entrevistar. O resultado final desta investigação poderia ter sido um painel em turma, um relatório, a escrita de uma notícia para o jornal da escola ou muitos outros produtos finais, mas foi apresentado de uma forma extremamente criativa dramatizando em turma o conhecimento adquirido e os valores construídos para os seus personagens.

Utilizar papéis semi-prescritos também foi muito frequente no treino da assertividade para “expressar desacordo ou defender uma opinião” (100%); “dar e receber elogios” (34,6%) e “simular pedidos difíceis aos pais, professores e namorado” (26,9%) . Geralmente o professor deu uma frase, do tipo “se me amasses terias relações sexuais comigo” ou “todos têm relações sexuais” e dois alunos de improviso criam um diálogo entre eles para dizer “não” a essas frases de pressão. Em algumas escolas, parte deste treino foi feito de forma mais criativa, porque contrataram uma companhia de teatro profissional que trabalha em educação para a saúde e envolve os alunos nos diálogos que cria convidando-os a ir a palco quando não concordam com as posições que os actores estão a defender.

A narrativa seguinte ilustra este tipo de diálogo criado entre os actores e os alunos numa escola:

Então os artistas vão para lá e mostram a primeira cena, “O João, ainda não namora com a Rita e agora quer namorar pode ser ela ou pode ser ele a dar o primeiro passo?”, e uma das cenas era “A primeira vez”, eles já namoravam há muito tempo, então a Clara e o Joaquim imaginemos, o Joaquim estava a fazer pressão à Clara para iniciarem a vida sexual e então quando chegaram a essa parte a cena passou-se no quarto dele, não estava ninguém em casa e ela disse que não, e depois o que é que acontecia? Os alunos sempre que houvesse alguma coisa que não concordavam com o desempenho dos artistas levantavam o dedo e poderiam eles tomar o papel do artista, então a actriz diz “Não, eu ainda não estou preparada” e o actor diz “Pois, às vezes o não das raparigas quer dizer o sim”, e logo levanta-se o A da plateia e nós pensávamos que ele ia contrapor e ele diz “E é verdade elas muitas vezes gostam de se fazer difíceis”, e gerou-se logo, zum, zum, zum. (Ep56, p.1647)

Por vezes, este treino da assertividade foi feito colocando os alunos a defender a sua opinião, cientificamente informada, justificando a sua opção numa escala do tipo “concordo”, “discordo “ ou “concordo ou discordo parcialmente”. Alguns professores fazem referência ao papel do professor como moderador que é crucial para que se atinjam os objectivos pretendidos com este tipo de jogo, independentemente do papel ser prescrito, semi-prescrito ou de improviso. Na realidade, durante o jogo, os professores nem sempre desempenharam o papel que lhe estava atribuído, pois embora 77,5% (n=31) dos professores que realizaram estes jogos tivesse mostrado que “durante o jogo os alunos construíram modelos de respostas seguras para as situações representadas”, apenas 22,5% mostrou que “houve estratégias de feedback, instrução correctiva e reforço para ajudar cada participante a redefinir as suas competências de assertividade” e só 15,0% estabeleceu com os alunos, no final do jogo, objectivos para terem comportamentos sexuais saudáveis.

Improvisação

Alguns professores utilizaram esta técnica do role playing com papéis improvisados.

Neste caso, foi dado aos alunos um cenário geral e foi-lhes pedido para completarem os detalhes por si próprios. Esta abordagem promove a espontaneidade e a oportunidade para gerar o cenário com a sua própria experiência. A narrativa seguinte ilustra esse cenário:

Simulei uma situação. Levei escovas de dentes, corta-unhas, seringas – não tinham agulhas mas pronto – luvas, uma garrafa de lixívia e álcool. Depois conversei um bocado com eles sobre qual era o significado das siglas SIDA e VIH e tal. Depois criei uma situação. Disse: “Vamos imaginar que este vosso amigo, vocês não sabem, tem SIDA e mesmo que não tivesse SIDA, o que é que vocês tinham que fazer?” e eles simulavam a situação. Penso que a informação passou. Os miúdos portaram-se muitíssimo bem. Gostaram muito e estavam extremamente atentos. (Ep26, p.811-812)

Os professores ainda poderiam ter utilizado o *role playing* pedindo aos participantes para prepararem o documento original (*scripting*). Os alunos reagem particularmente bem a esta abordagem se tiverem sido convidados a falar sobre problemas da vida real e a incorporá-los nos seus documentos, todavia, é perdida muita da espontaneidade das formas pelas quais os professores optaram. Também pode ser pedido aos participantes para fazerem “leituras dramáticas” de cenários que lhes foram previamente distribuídos. Esta abordagem cria menos ansiedade do que as anteriores, mas também permite menos praticar competências.

Embora anteriormente se tenha dado particular realce ao tipo de papéis atribuídos aos alunos, o tipo de encenação e técnicas de processamento da mensagem no final do jogo também são relevantes para a sua eficácia. A encenação informal, isto é, o *role playing* evoluir informalmente a partir de uma conversa, por exemplo: “É claro que consegues dizer que não à tua namorada. Imagina que eu sou ela. O que me dizias?” foi muito raramente usada pelos professores. O mesmo aconteceu com o “*role playing* em simultâneo” em que os alunos aos pares ou em trios desempenham ao mesmo tempo os seus papéis. Esta abordagem diminui muito a ansiedade e permite a todos participarem, mas o professor tem dificuldade em monitorizar os dramas.

A forma de encenação mais usada pelos professores foi a “encenação frontal” em que um grupo fez a encenação à frente da turma e a turma observou e deu feedback. Este processo é talvez o que levanta maior ansiedade nos alunos. Por vezes também usaram o “*role playing* rotativo” onde os actores à frente do grupo foram rodados, geralmente interrompendo o progresso do jogo e substituindo um ou mais dos actores. Esta abordagem é menos ameaçadora para os alunos que a anterior. Também foi utilizada uma situação muito semelhante em que, sem interromper a dramatização, se usaram diferentes actores para o mesmo papel fazendo um troca discreta. Isto permite ao grupo mostrar mais do que um estilo de abordagem, todavia, o professor tem que ter muito cuidado para não encorajar a

comparação entre os actores.

Os professores também usaram diferentes processamentos finais do role playing. Um dos métodos mais usados foi o “feedback de pares” em que um ou mais observadores estava associado a cada actor e recebeu instruções específicas sobre o que observar e como dar feedback ao par que observou enquanto esteve a representar. Outros dois métodos muito usados foram uma discussão aberta com os participantes ou a discussão em subgrupo, que fizeram o feedback da encenação a partir das instruções que tinham recebido no início do role playing.

b) Observação activa e tarefas escritas

A análise às várias narrações anteriores incluídas nos métodos expositivos, alternativos à exposição ou experienciais denotam uma grande preocupação dos professores deste estudo com a criação de condições para que os alunos façam uma observação activa. O desenvolvimento de fichas de trabalho simples ou instruções precisas antes da observação de um filme, um jogo ou actividades afins e as técnicas de processamento final da informação, já referidas, revelaram consistentemente esta preocupação dos professores.

As tarefas escritas, nomeadamente o recurso aos exercícios de avaliação existentes nos livros adoptados para a disciplina, também foram uma preocupação destes professores para tornar os alunos responsáveis pela sua própria aprendizagem e ouvintes activos. Escrever, permite a cada participante reflectir sobre a sua própria compreensão dos factos e responder ao processo de aprendizagem. Completar uma ficha de trabalho ou escrever uma notícia para o jornal da escola sobre as actividades que desenvolveram foram alguns dos resultados que os professores descreveram como demonstrando o grau de consecução de alguns dos resultados de aprendizagem previamente definidos.

c) Projectos de aprendizagem orientada para a acção e participação: Educação de pares

Alguns professores que fizeram parte desta investigação, embora muito poucos (29,9%), utilizaram alguns dos métodos expositivos, alternativos à exposição e baseados na experiência empírica acima descritos para orientarem a construção do conhecimento dos alunos sobre as consequências e causas do problema, estratégias que possibilitam a mudança e hipóteses de resolução do problema no sentido de realizarem acções (actividades orientadas

para a resolução de problemas em contexto real, decididas pelos alunos). Em alguns casos, este processo de ensino e aprendizagem orientados para a acção foram intencionais e conscientes embora, na maior parte dos casos, tenham surgido como um processo natural e intuitivo dos alunos e professores que estavam muito envolvidos e comprometidos com os problemas que começaram a trabalhar e com vontade de os resolver ou ajudar a resolver. Em seguida serão descritas algumas experiências de acção narradas por estes professores e/ou pelos médicos e psicólogos envolvidos no processo, no âmbito da educação de pares.

Neste estudo, a educação para a saúde sexual e reprodutiva dos colegas da mesma idade ou mais novos manifestou-se em várias actividades com características diferentes: (a) educação dos colegas fazendo a orientação de sessões sobre tópicos de saúde sexual e reprodutiva como “professores monitores” (27,6%); (b) concepção e apresentação de cartazes, autocolantes e notícias para jornais (28,7%); (c) organização e/ou realização de teatros ou filmes, *peddy paper*, jogos interactivos ou programas de rádio (22,5%); e (d) catalizadores de mudanças nos colegas (e nos pais) através da realização de entrevistas (11,5%).

A educação dos colegas fazendo a orientação de sessões sobre tópicos de saúde sexual e reprodutiva como “professores monitores” foi referida por 27,6% dos professores. Esta modalidade foi realizada de duas maneiras diferentes. Quando a educação sexual foi organizada a partir das disciplinas (22,2%) ou das disciplinas complementadas com outras actividades (25,9%) a educação de pares foi realizada dentro da própria turma, por sugestão do professor ou dos alunos, mas só era realizada se os alunos considerassem que era a estratégia que queriam seguir. Primeiro, eram detectados os interesses da turma, depois, durante algumas aulas, os alunos organizados em grupos de investigação preparavam o material didáctico com o professor como facilitador. Posteriormente, cada grupo ensinava a própria turma com o material que tinha preparado com a ajuda do professor.

A maior parte da educação de pares através de sessões foi, no entanto, realizada no âmbito da Área – Escola ou Área de Projecto (53,3%) com os alunos mais velhos a ensinarem os alunos mais novos. O excerto seguinte descreve como foi feita a educação pelos pares num projecto de dois anos consecutivos na Área – Escola nos 10º e 11º anos de escolaridade, onde os alunos mais velhos se prepararam e ensinaram os mais novos (8º ano):

[Para formar os alunos monitores] dei ênfase a todos os aspectos. Utilizámos excertos do filme Filadélfia. No 1º ano foi uma aposta no conhecimento, no 2º foi uma aposta no domínio da mudança de atitudes e comportamentos do Homem. Trabalhámos as duas vertentes diferentes mas que se completam. (...) Gastei muitas horas de CTV, não consegui acabar o programa, mas acho

que valeu a pena. (...) No 2º ano prepararam uma acção de formação para os alunos do 8º ano. (...) Essa acção de formação consistiu na exposição em Power Point no que era a SIDA e a infecção pelo VIH e os meios de transmissão e prevenção da SIDA, que eles seleccionaram como toda a informação científica adequada ao 8º ano. (Ep37, p.1047-1049)

Estes alunos estiveram a trabalhar intencionalmente e voluntariamente para resolverem problemas de falta de conhecimento sobre a saúde sexual e reprodutiva nos colegas da mesma idade ou mais novos. Estas acções colectivas foram orientadas para a mudança das condições de vida dos colegas, mais especificamente para a criação de uma política de suporte entre pares no âmbito da saúde sexual e reprodutiva na escola. O seu objectivo era influenciar os colegas para fazerem alguma coisa no sentido de contribuírem para resolver os problemas de saúde sexual individual ou colectiva em questão (acções indirectas).

A concepção e apresentação de cartazes, autocolantes e notícias para os jornais referida por 28,7% dos professores foi essencialmente descrita pelos professores que leccionaram disciplinas e outras actividades (25,9%), a Área – Escola ou Área de Projecto (53,3%) e que faziam parte da equipa do GAA (29,4%). Estes materiais geralmente eram sugeridos pelos alunos ou professores, mas cabia sempre ao aluno a decisão final de optar ou não por esta modalidade. Quando eram produzidos havia sempre a intencionalidade de os fazer surgir como um produto final, de um conjunto de actividades ou projecto de educação para a saúde sexual, para partilhar com os colegas o que consideravam que tinham aprendido de mais importante.

Este tipo de acções colectivas indirectas funcionaram com o mesmo objectivo das anteriores: criar uma política de suporte no âmbito da saúde sexual e reprodutiva na escola entre pares e influenciar os colegas para fazerem alguma coisa no sentido de contribuírem para resolver os problemas de saúde sexual individual ou colectiva em questão.

Também foram referidos por alguns professores a organização e/ou realização de teatros ou filmes (11,5%), realização de jogos tradicionais e *peddy paper* (4,6%), jogos interactivos ou programas de rádio (8,0%). Estas actividades foram geralmente sugeridas pelos alunos e organizadas por eles com a colaboração dos professores. O extracto seguinte mostra como é que os alunos decidiram organizar para os colegas jogos tradicionais e um *peddy paper*:

Muitas vezes era eu que sugeria as actividades, depois eles criavam à maneira deles. Esses jogos penso que na altura foram eles que deram a ideia. Depois tínhamos o tal dia em que fazíamos algumas actividades tipo jogos tradicionais, também já fizemos várias vezes *peddy paper*. Então aí, eles tinham de elaborar as questões antes da realização do *peddy paper*, o regulamento e tinham que escolher as actividades que iriam ser realizadas pelos colegas. (Ep46, 1227)

Os professores entrevistados mostraram que os alunos também funcionaram como catalizadores de mudanças nos colegas (e nos pais) através da realização de entrevistas. Essas

entrevistas ou são sugeridas pelo professor ou pelos alunos, tal como as questões que a constituem, no entanto, foi sempre decisão dos alunos optar ou não por as implementar:

Para clarificarem o conceito de sexualidade e sexo, peço-lhes para fazerem uma entrevista aos colegas cujo tema é: “para que serve o sexo?” e dou sempre quatro respostas para eles escolherem: “1ª para se afirmar como machão ou como mulher boa; 2ª para sentir prazer; 3ª para ter filhos; e 4ª para mostrar o amor”. Outras perguntas são: “Há diferença entre a sexualidade humana e animal?” e “O que entendem por sexualidade?”. Eles fazem esta sondagem, discutimos na aula as diferentes opiniões e constatam que a maioria relaciona o sexo com o prazer. (Ep11, p. 366-367)

Estas entrevistas, também poderão ser consideradas como acções, porque estão dirigidas para a resolução do mesmo problema das outras acções anteriores, a educação de si próprios e dos pares, neste caso, no debate sobre um conceito amplo e positivo de sexualidade e sexo na comunidade escolar. Além disso, ao agirem na escola como investigadores estão a contribuir para a mudança dos colegas, porque lhes estão a pedir para reflectir sobre o tema.

O ensino activo promove a aprendizagem “enquanto se faz”. As abordagens de aprendizagem baseadas na experiência empírica (aprendizagem experiencial) são centradas na aprendizagem activa e participativa. Essas actividades são particularmente adequadas para atingir objectivos educativos afectivos e comportamentais, porque ajudam os participantes a tornarem-se mais conscientes sobre os seus sentimentos e reacções a certos problemas e a novas ideias (Silberman, Lawson, 1995; Silberman, Auerbach, 1998).

Os projectos de ensino orientados para a acção, dentro da perspectiva democrática, implicam trabalhar num campo amplo de conhecimentos que inclui conhecimentos não só acerca das consequências dos problemas de saúde mas, também, das suas causas, das visões sobre o futuro e do conhecimento sobre as estratégias para encontrar soluções para os problemas reais encontrados. Isto significa que o conhecimento orientado para a acção é um conhecimento interdisciplinar complexo, construído num processo partilhado de diálogo crítico, reflexão, desenvolvimento de visões (hipótese para resolver o problema), planificação de acções para atingir essas visões e realização e avaliação dessas acções (Jensen, 1994 a, 1994 b, 1995, 1997 a, 2000, 2003; Jensen, Schnack, 1994; Jensen, Nielsen, 1996; Schnack, 1994; Simovska, 2000; Simovska, Jensen, 2003).

6. Conclusões e implicações

No primeiro objectivo deste estudo foram identificadas seis origens para a educação sexual dos 7º ao 12 anos de escolaridade, que salientaram o domínio dos professores de Ciências na liderança da educação sexual nas escolas. Em resposta ao segundo objectivo constatou-se que cerca de metade das actividades ou projectos de educação sexual eram

desenvolvidos fundamentalmente a partir das disciplinas (n=45) e a outra metade a partir das áreas curriculares não disciplinares. A metodologia usada nos projectos ou nas actividades isoladas de educação sexual, apontam para um predomínio do método expositivo sobre métodos alternativos à exposição e para uma utilização muito reduzida de actividades experienciais, especialmente para os projectos orientados para a acção e participação.

Actualmente, o desafio no âmbito da educação para a saúde é criar condições nas escolas para a implementação de projectos de capacitação que incluem uma abordagem *bottom up* numa organização contextual ampla (ver, por exemplo, Laverack, Labonte, 2005; Jensen 1994 a, 1994b, 1995, 1997 a, 1997b, 2000; Vilaça, 2006). Neste sentido, e tendo em atenção as conclusões deste estudo, os principais desafios para o futuro neste contexto é criar condições nas escolas e capacitar os professores e alunos para: (1) haver o desenvolvimento de projectos orientados para a acção e participação dos alunos; (2) usar estratégias activas durante a fase de investigação dos projectos; (3) realizar e avaliar acções para resolver problemas reais ou evitar que eles surjam; (4) avaliar os ganhos a nível da competência de acção de alunos e professores no âmbito destes projectos.

Bibliografia

- Azjen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey, NJ: Prentice-Hall.
- Azjen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Chicago: Dorsey Press.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of thought and action. A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. In V. Mays, G. W. Albee & S. F. Schneider (Eds.). *Primary prevention of AIDS: psychological approaches*. Newbury Park: Sage, pp. 128-141.
- Bandura, A. (1992). A social cognitive approach to the exercise of control over AIDS infection. In R. J. DiClement. *Adolescents and AIDS. A Generation in Jeopardy*. Newbury Park: Sage Publications, pp. 89-116.
- Fishbein, M. & Azjen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, M. Middlestadt, S. E. (1989). Using the Theory of Reasoned Action as a framework for understanding and changing AIDS – Related Behaviors. In V. Mays, G. W. Albee & S. F. Schneider (Eds.). *Primary prevention of AIDS: Psychological approaches*. Newbury Park, CA: Sage, pp. 93-110.
- Gall, M. D., Borg, W. R., Gall, J. P. (1996). *Educational research. An introduction*. London: Longman.
- Hagquist, C., Starrin, B. (1999). Health education in schools – from information to empowerment models. *Health Promotion International*, 12 (3), pp. 225-232.
- Jensen, B. B. (1994 a). Health promoting schools in Denmark: an action competence approach to health education. In C. Chu & K. R. Simpson (Eds.). *Ecological public health: from vision to practice*. Canadá e Australia: Institute of Applied Environmental Research, Griffith University & Centre for Health Promotion, Totonto, Canadá, pp.132-141.

- Jensen, B. B. (1994b). Action, action competence and change in the field of environmental and health education. In B. B. Jensen & K. Schnack (Eds.). *Action and Action Competence as Key Concepts in Critical Pedagogy*. Copenhagen: Didaktiske Studier, Studies in Educational Theory and Curriculum, Royal Danish School of Educational Studies, pp.73-85.
- Jensen, B. B. (1995). Concepts and models in a democratic health education. In B. B. Jensen, (Ed.). *Research in environmental and health education*. Copenhagen: Research Centre for Environmental and Health Education. The Danish University of Education, pp.151-169.
- Jensen, B. B. (1997a). A case of two paradigms within health education. *Health Education Research*, 12 (4) pp.419-428.
- Jensen, B. B. (1997b). Pupils as active dialogue partners. In European Network of Health Promoting Schools, WHO Regional Office for Europe (Eds.). *First Conference of the European Network of Health Promoting Schools "The Health Promoting School – an investment in education, health and democracy. Thessaloniki-Halkidiki, Greece, 1-5 May 1997. Case study book*. Copenhagen:ENHPS, WHO Regional Office for Europe, pp.22-24.
- Jensen, B. B. (2000). Participation, commitment and knowledge as components of pupil's action competence. In B. B. Jensen, K. Schnack & V. Simovska (Eds.). *Critical Environmental and Health Education. Research Issues and Challenges*. Copenhagen: Research Centre for Environmental and Health Education. The Danish University of Education, pp.219-237.
- Kickbush, I. (2002). Health literacy: a search for new categories. *Health Promotion International*, 17 (1), pp. 1-2.
- Laverack, G. (2005). *Health Promotion Practice. Power & Empowerment*. London: Sage.
- Laverack, G., Labonte, R. (2000). A planning framework for the accommodation of community empowerment goals within health promotion programming, *Health Policy and Planning*, 15 (3), pp. 255-262.
- Marmot, M. G. and Wilkinson, R. (eds) (1999). *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Ministério da Educação (2005). *Relatório preliminar do Grupo de Trabalho de Educação Sexual*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Nutbeam, D. (1996). Achieving 'best practice' in health promotion: improving the fit between research and practice. *Health Education Research*, 11 (4), pp. 317-325.
- Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13 (4), pp. 349-364.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. London: Sage Publications.
- Simovska V., Jensen, B. B. (2003). *Young-minds.net/lessons learnt: Student participation, action and cross-cultural collaboration in a virtual classroom*. Copenhagen: Danish University of Education Press.
- Vilaça, M. T. (2000). Contribuições do trabalho prático em áreas transversais das Ciências/Biologia para a prevenção primária da SIDA. In M. Sequeira, L. Dourado, M. T. Vilaça, J. L. Silva, A. S. Afonso, J. M. Baptista (Org.). *Trabalho prático e experimental na educação em Ciências*. Braga: Universidade do Minho, pp. 213-236.
- Vilaça, M. T. (2006) *Acção e Competência de Acção em Educação Sexual: Uma Investigação com Professores e Alunos do 3º Ciclo do Ensino Básico e do Ensino Secundário*. Braga: Universidade do Minho (tese de doutoramento não publicada).
- World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organization (WHO/HPR/HEP/95.1).