

A EDUCAÇÃO EM SEXUALIDADE NA ESCOLA COMO UMA VIVÊNCIA DE CIDADANIA: ALUNOS E ALUNAS COMO AGENTES CATALISADORES DA PROMOÇÃO DE SEXUALIDADES SAUDÁVEIS

Teresa Vilaça

Introdução

A educação para a cidadania visa contribuir para a formação de pessoas responsáveis, autónomas, solidárias, que conhecem e exercem os seus direitos e deveres em diálogo e no respeito pelos outros, com espírito democrático, pluralista, crítico e criativo, tendo como referência os valores dos direitos humanos (PORTUGAL, 2014).

Neste capítulo, argumenta-se que a educação em sexualidade, orientada para o desenvolvimento de ações por alunos e alunas para a promoção de sexualidades saudáveis em si próprios/as, nos seus pares e na sua escola e comunidade, constituem vivências de cidadania ativa e participativa em sociedades democráticas. Para desenvolver esta argumentação, serão exploradas as ligações entre o paradigma de educação para a saúde democrática, a participação genuína dos alunos e das alunas no ensino e aprendizagem orientados para a ação e a abordagem IVAM (Investigação, Visão, Ação e Mudança) nas escolas promotoras de saúde, enfatizando como principal resultado de aprendizagem o desenvolvimento da competência para a ação dos alunos e alunas, ou seja, a sua habilidade para realizarem ações reflexivas, individual ou coletivamente, e provocarem mudanças positivas nos estilos de vida e/ou condições de vida que levem à promoção de sexualidades saudáveis.

Durante esta argumentação, serão utilizados alguns resultados de estudos de caso de educação em sexualidade orientada para a ação com utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) na comunidade escolar, para dar voz a alunos e alunas, professores e professoras e pais e mães sobre os efeitos da participação e ação de alunos e alunas com parte do seu processo de aprendizagem na escola.

Chamada internacional para a ação dos e das adolescentes na promoção de sexualidades saudáveis

O programa de ação resultante da 'Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento' (CIPD) (UNITED NATIONS, 1995), realizada no Cairo, em 1994, continua a ser o documento mais significativo da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre saúde sexual e reprodutiva e a base das políticas mundiais nesta área do desenvolvimento humano. Esta conferência, que fez uma abordagem mais alargada sobre a saúde reprodutiva do que as conferências prévias⁴⁵, refletiu sobre as ligações entre população e pobreza, e estabeleceu o *Programa de Ação do Cairo*, assinado por 179 nações que, em conjunto, delinearam iniciativas no âmbito da população, educação, saúde, ambiente e redução da pobreza através de uma abordagem centrada no desenvolvimento humano. Esta abordagem

⁴⁵Houve outros momentos chave na política da ONU altamente significativos que representaram grandes inovações na agenda internacional. Em 1968, a 'Conferência Internacional sobre Direitos Humanos', em Teerão, estabeleceu-se pela primeira vez o direito humano dos pais ao planeamento familiar. Mais tarde, em 1974, a 'Conferência da População Mundial', em Bucareste, foi a primeira conferência da ONU sobre população e 1974 foi designado o Ano Mundial da População para aumentar a consciencialização, promover o desenvolvimento de políticas e programas de população e encorajar a expansão da cooperação e assistência internacional. Em 1984, a 'Conferência Internacional sobre População', na cidade do México, estabeleceu, pela primeira vez, as necessidades dos adolescentes no âmbito do planeamento familiar, com um apelo à informação e serviços adequados (EURONGOS, 2003, p. 8):

Os governos devem assegurar que adolescentes, rapazes e raparigas, recebam adequada educação, incluindo educação sexual e de vida familiar, com as devidas considerações em relação ao papel, direitos e obrigações dos pais e às mudanças de valores individuais e culturais. Informação e serviços de planeamento familiar adequados devem ser disponibilizados aos adolescentes no contexto do quadro sociocultural de cada país. (RECOMENDAÇÃO 29).

Em 1992, a 'Conferência das Nações Unidas sobre Ambiente e Desenvolvimento' (CNUAD), no Rio de Janeiro, promoveu o conceito de desenvolvimento sustentável, associando à necessidade de progresso econômico, social e da saúde em harmonia com o ambiente (UNITED NATIONS, 2014). O desenvolvimento sustentável teria de ser conseguido através da promoção de políticas demográficas adequadas (PRINCÍPIO 8) e através da total participação das mulheres, consideradas fundamentais e como tendo um papel vital na gestão do ambiente (PRINCÍPIO 20) (UNITED NATIONS, 2014).

definiu uma nova orientação para a comunidade internacional e para todos os governos, substituindo o *Plano de Ação da População Mundial de 1974*, ao estabelecer o novo conceito de saúde reprodutiva que a seguir se refere (UNITED NATIONS, 1995, p. 40):

A saúde reprodutiva é o completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença ou enfermidade, em todas as questões relacionadas com o sistema reprodutivo e suas funções e processos. Assim, saúde reprodutiva sugere que as pessoas são capazes de viver uma vida sexual satisfatória e segura e que possuem a capacidade de se reproduzir e a liberdade para decidir se, quando e com que frequência fazê-lo. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres a estarem informados e a terem acesso a métodos de planejamento familiar seguros, eficazes, econômicos e aceitáveis da sua escolha para a regulação da fertilidade, que não sejam ilegais, bem como o direito ao acesso a serviços e cuidados de saúde adequados que possibilitem às mulheres uma gravidez e parto seguros e que providenciem aos casais a melhor possibilidade de terem uma criança saudável (Parágrafo 7.2).

Nesta conferência⁴⁶, a abordagem dos e das adolescentes foi

⁴⁶ Os membros da EuroNGOs (2003) referem que posteriormente à Conferência do Cairo outros momentos chave traçaram o caminho para a saúde reprodutiva global. A *Conferência Mundial sobre as Mulheres*, em 1995, em Pequim, foi um desses momentos. Os serviços de saúde sexual e reprodutiva para jovens foram novamente focados: “O aconselhamento e o acesso à informação e serviços de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes são ainda inadequados ou mesmo inexistentes e o direito de uma mulher jovem à privacidade, confidencialidade, ao respeito e consentimento informado, frequentemente não é considerado” (Parágrafo 93). Nesse mesmo ano, na *Cimeira Mundial sobre Desenvolvimento Social*, em Copenhague, os delegados reafirmaram o seu empenho nos compromissos assumidos no Cairo, especialmente na redução da mortalidade materno-infantil. Comprometeram-se também em reforçar os esforços no combate ao VIH/SIDA quer em nível nacional, quer em nível internacional.

Em 1999, na CIPD + 5, realizado em Nova Iorque, como a 21ª Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNITED NATIONS, 1999), os participantes referiram alguns resultados positivos conseguidos desde a CIPD, incluindo: aumento da utilização do planejamento familiar; aumento no acesso à contracepção; aumento da qualidade dos cuidados nas provisões em saúde reprodutiva e um aumento dos serviços de saúde reprodutiva. No entanto, também salientaram que alguns países e

mais forte do que nunca, tendo-se salientado a necessidade crítica de abordar a saúde sexual e reprodutiva dos e das adolescentes com o objetivo de se conseguir reduzir substancialmente todas as gravidezes nas adolescentes. O conceito de saúde reprodutiva definido nesta declaração englobou o planejamento familiar, educação em sexualidade, maternidade segura e proteção contra as infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH/SIDA, e incorporou o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978) ao introduzir a dimensão subjetiva do 'estado de bem-estar físico, mental e social'. Nesse sentido, é útil refletir sobre as implicações educativas da passagem de um conceito de saúde negativo 'ausência de doença', em que a saúde é definida como quando alguma coisa (doença) não está presente, para um conceito de saúde holístico positivo, que implica trabalhar com o 'bem-estar' sem perder a perspectiva da doença.

A consequência mais importante de incluir o aspecto do 'bem-estar' na definição de saúde reprodutiva, é ter que se olhar de uma maneira séria para as noções próprias dos grupos-alvo sobre o que é o 'bem-estar', independentemente de serem alunos ou alunas da escola ou da comunidade local, o que implica incluir com objetividade e olhar de maneira séria para a diversidade sexual, a iniquidade de gênero e as relações de poder, a par da prevenção de condições de

algumas regiões apenas registaram um limitado progresso, e em alguns casos, retrocessos. Os aspectos negativos foram categorizados como: discriminação continuada contra mulheres e raparigas; crescentes níveis de mortalidade relacionados com o VIH/SIDA; inaceitáveis níveis elevados de mortalidade materna e vulnerabilidade dos adolescentes em relação aos riscos de saúde sexual e reprodutiva. Em resposta a esta situação, a revisão dos cinco anos da CIPD reafirmou o objectivo para os países se empenharem na meta de acesso universal à saúde reprodutiva até 2015 (EURONGOs, 2003).

Em setembro de 2000, em Nova Iorque, a comunidade internacional estabeleceu um novo quadro de trabalho para a ação, quando se realizou a *Cimeira do Milénio da Assembleia Geral da ONU* (UNITED NATIONS, 2000), no qual foram acordadas as Metas do Desenvolvimento do Milénio. Estas metas formam a base para um novo plano de desenvolvimento global, com o grande objetivo de reduzir para metade até 2015 o número de pessoas a viver em absoluta pobreza. As metas definidas foram: (1) erradicar a pobreza extrema e a fome; (2) alcançar a educação primária universal; (3) promover a igualdade de gênero e a capacitação das mulheres; (4) reduzir a mortalidade infantil; (5) melhorar a saúde materna; (6) combater o VIH/SIDA, malária e outras doenças; (7) assegurar a sustentabilidade ambiental; e (8) desenvolver uma parceria global em prol do desenvolvimento. Segundo os autores da EuroNGOs (2003), embora o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva se mantenha como essencial à realização de todas estas metas, existe alguma preocupação relativamente ao fato de esta não estar especificamente listada, podendo ser fácil aos governos deixarem de abordar esta questão.

saúde sexual negativas, tais como a prevenção da gravidez não planejada na adolescência ou a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (VILAÇA, 2006). Outra implicação da 'visão positiva' da saúde para a metodologia da educação em sexualidade é manter a 'dimensão subjetiva' da definição em mente, isto é, assegurar que as percepções dos alunos e alunas sobre o que é o bem-estar sejam levadas a sério e tenham influência no processo de ensino. Como as definições da OMS e do Programa de Ação do Cairo tornaram claro, a saúde pode não ser apenas um assunto de ausência de doença, mas a ausência de doença pode ainda ser incluída como uma das várias componentes da saúde e, por isso, também da educação em sexualidade.

A discussão sobre a dimensão da amplitude do conceito holístico de saúde, 'amplo ou limitado', complementa a dimensão 'positiva ou negativa' do conceito de saúde acima descrito. Se o foco da saúde se limita aos estilos de vida está-se a trabalhar com o conceito 'limitado', se incluímos os estilos de vida e as condições de vida quando se ensina, o conceito de saúde que está subjacente é 'amplo' (JENSEN, 1995). Jensen (1994a) refere que para compreender o significado de 'amplo' no conceito de saúde "é importante insistir que os problemas de saúde da sociedade nem podem nem devem ser resolvidos na escola" (p. 137). Na sua opinião, a tarefa da educação é dar aos alunos e às alunas uma consciência qualificada das relações entre indivíduos, saúde e sociedade para os capacitar para darem uma contribuição ativa para a promoção da saúde. Ao partilhar desta opinião do autor, defendendo que a educação em sexualidade, ao assumir este conceito holístico, tem um valor formativo cultural, na linha de outros objetivos da educação na escola, entre outras coisas, educar os alunos e alunas para terem um lugar e uma função na sociedade democrática exercendo o seu dever de cidadania.

Em suma, numa visão positiva e ampla da saúde sexual e reprodutiva, não são os educadores e educadoras ou especialistas que indicam aos alunos e alunas quais são os comportamentos/estilos de vida e condições de vida relacionados com a sexualidade a mudar para resolver os problemas que impedem a vivência de sexualidades saudáveis, mas são os alunos e alunas que investigam quais são, determinam onde têm que chegar (objetivos a atingir/visões) para ultrapassar esses problemas, planificam ações, identificam as barreiras a ultrapassar para lá chegar, desenvolvem essas ações e avaliam as mudanças de promoção de uma sexualidade saudável que conseguiram realizar na

seqüência dessas ações (VILAÇA, 2012).

Como consequência, partir de um conceito *amplo* de sexualidade, orienta para a ação na promoção de mudança de comportamento, atitudes, valores, normas subjetivas e crenças (estilos de vida) e de condições de vida (ambiente social e infraestruturas de apoio à promoção de uma sexualidade saudável, nomeadamente políticas locais, nacionais e internacionais sobre saúde sexual e reprodutiva, equidade de gênero, orientação sexual e de uma maneira geral, a diversidade sexual). A abordagem pedagógica é democrática e participativa e o seu objetivo é o desenvolvimento da competência nos alunos e alunas para agirem no sentido de mudarem os seus próprios estilos de vida e as condições de vida ou os da escola ou sociedade em que vivem para controlarem os determinantes de uma sexualidade saudável (competência para ação) (VILAÇA; SEQUEIRA; JENSEN, 2011).

Os pressupostos anteriores clarificam o referencial que faz emergir o desenvolvimento da competência para a ação dos alunos e alunas, como o objetivo educacional principal da educação em sexualidade. Dito por outras palavras, o objetivo principal da educação em sexualidade é desenvolver nos alunos e alunas a sua habilidade para realizarem ações reflexivas, individual ou coletivamente, e provocarem mudanças positivas nos estilos de vida e/ou condições de vida que levem à sua saúde sexual ou à da sua escola, vizinhança ou comunidade, respeitando a diversidade sexual e cultural dos participantes. Neste sentido, em seguida, serão exploradas as ligações entre uma aprendizagem da educação em sexualidade enquadrada no paradigma de educação para a saúde democrática e a participação genuína dos alunos e alunas nos projetos educativos.

Participação genuína dos e das adolescentes na educação em sexualidade enquadrada no paradigma de educação para a saúde democrática

Jensen (1995, 1997) estabelece o plano geral de dois paradigmas de educação para a saúde porque “as duas abordagens referem-se a duas visões incompatíveis e fundamentais sobre as crianças, a saúde e como é que as crianças e os/as jovens aprendem” (JENSEN,1997, p. 419): o paradigma moralista e o paradigma democrático.

Jensen (1995) argumenta que o paradigma moralista é dominante na educação para a saúde de muitos países e sugere o

paradigma democrático como uma alternativa participativa enquadrada na definição holística de saúde da OMS, já referida anteriormente. O paradigma moralista é totalitário, os programas são baseados na 'informação' e o aluno ou aluna é visto/a como um/a agente passivo/a, a quem não é proporcionado um espaço para expor os seus próprios pensamentos e conceitos sobre saúde e vida saudável. Por contraste, no paradigma democrático, os programas são baseados na 'educação', que enfatiza o envolvimento ativo dos alunos e alunas na construção do seu próprio conhecimento e da competência para a ação. Nos dois paradigmas, existem diferenças cruciais nos conceitos de saúde e na abordagem pedagógica, mas também diferem em relação ao currículo oculto, à abordagem no contexto (*setting approach*), avaliação e colaboração com a comunidade local (Quadro 1).

As características das duas abordagens descritas no quadro 1 mostram que são abordagens mutuamente exclusivas. Jensen (1995, 1997) reforça que é importante evitar cruzar os paradigmas de educação para a saúde moralista e democrática. Por exemplo, está fora de questão avaliar um programa cujo objetivo foi encorajar a competência para a ação dos alunos e alunas através da avaliação das mudanças no seu comportamento para usar o preservativo. Da mesma maneira, poderá não ser adequado avaliar uma campanha para usar o preservativo moralista (sugerida e planificada por especialistas), através do desenvolvimento das capacidades dos alunos e alunas para imaginarem (visionarem) alternativas saudáveis para o uso do preservativo ou comportamentos sexuais mais seguros. A escolha por um dos paradigmas tem que ser feita desde o início dos projetos educativos (JENSEN, 1994a, 1995).

Quadro 1: Dois paradigmas em educação para a saúde

Educação para a saúde moralista	Educação para a saúde democrática
<p>Conceito de saúde</p> <p>comportamento/ estilo de vida orientado para a doença, saúde como um conceito fechado.</p>	<p>condições de vida e estilos de vida, bem-estar e ausência de doença, saúde como um conceito aberto.</p>
<p>Abordagem pedagógica</p> <p>objetivo: mudança de comportamento, moralista totalitário, escola saudável.</p>	<p>objetivo: competência para a ação, democrático/ participativo, escola promotora de saúde.</p>
<p>Abordagem no contexto (<i>setting approach</i>)</p> <p>Professor/a no papel de modelo (fumar, álcool, nutrição), ambiente da escola (alimentação na cantina, áreas livres de tabaco/ proibido fumar, etc.), escola/sociedade: os/as profissionais médicos/as da sociedade são usados na escola e nas aulas.</p>	<p>professor/a aberto, democrático, ouvinte, cooperativo, etc., ambiente da escola (em mudança, estimulante, assembleia de alunos/as, etc.), escola/sociedade: as escolas e os/as alunos/as são vistos como agentes sociais e como pessoas chave na sociedade.</p>
<p>Avaliação</p> <p>‘medir’ as mudanças de comportamento nos/as alunos/as.</p>	<p>‘medir’ as competências dos/as alunos/ as (pensamentos, visões, comprometimento, etc.).</p>

Fonte: JENSEN, 1997, p. 420.

O paradigma moralista vê a saúde só como a ausência de doença e as causas para os problemas de saúde puramente como falhas nos estilos de vida e comportamentos individuais (JENSEN, 1995). Neste modelo, as definições de saúde e de vida saudável são conceitos fechados confiados aos e às profissionais de saúde. Como resultado, esta abordagem pode ser considerada totalitária, porque não dá espaço para os pensamentos e decisões dos alunos e alunas sobre o que pode significar para eles os conceitos de saúde e de vida saudável (JENSEN, 1994 a) ou de sexualidades saudáveis.

Jensen (1997) alerta que “com tal base ética questionável, não é surpreendente que a agenda da educação para a saúde moralista seja mudar os comportamentos das pessoas por todos os meios possíveis, porque os especialistas sabem o que é bom para nós” (p. 420). Além disso, na sua opinião, focar-se apenas nos estilos de vida como um fator determinante da saúde está baseado numa imagem ingênua e simplista da realidade que pode bloquear diretamente o desenvolvimento das noções dos alunos e alunas sobre como é que a sociedade é estruturada, se desenvolve e influencia os nossos rumos imediatos da ação. Conseqüentemente, esta abordagem da educação para a saúde é fundamentada na ideologia de “culpar a vítima” e negligencia totalmente a investigação em sociologia, antropologia e medicina social que mostram que as condições de vida sociais são o maior fator quer para colocar a saúde em perigo, quer para a promover (JENSEN, 1997).

O investigador reforça que o ‘bem-estar’ incluído na definição de saúde obriga a levar a sério as noções próprias dos grupos-alvo, argumentando que é imprescindível na educação para a saúde ter em atenção o facto das pessoas, em geral, terem ideias sobre o que é o bem-estar, pois, essas visões podem, muitas vezes, apoiar ou contradizer diretamente os conselhos profiláticos em que a educação para a saúde se tem concentrado até agora (JENSEN, 1997). Conseqüentemente, alerta os e as especialistas que, se quiserem trabalhar com a definição de saúde da OMS, não podem em simultâneo dizer às pessoas em que consiste uma “vida saudável”. Eles e elas, tal como os professores e professoras nas escolas, devem ser capazes de dar conselhos sobre como reduzir o risco de doenças futuras, mas os grupos-alvo têm que ser convidados a tomar parte na discussão e as suas opiniões têm que ser levadas a sério. A educação em saúde moralista (planificada e implementada por especialistas sem a participação genuína do público alvo) tem provado ser geralmente ineficaz, porque raramente leva às necessárias mudanças de comportamento. Neste sentido, uma das

explicações para o modesto sucesso de muitas campanhas orientadas para a modificação do comportamento pode ser o fato do seu conteúdo ignorar as ideias dos próprios alunos e alunas sobre o que é o seu bem-estar.

A definição atual de saúde sexual já referida implica um conceito aberto de saúde sexual e de sexualidade e mudanças na educação em sexualidade. A abordagem metodológica tem que ser orientada para os princípios de participação ativa e democrática dos alunos e alunas. Isto não significa que a informação relevante sobre os fatores que provocam doenças deverá ser removida da educação em sexualidade, pelo contrário, essa informação deverá ser trazida para as discussões tal como as visões e preferências dos próprios alunos e alunas. Tais discussões equilibradas poderão ajudar a qualificar os alunos e alunas para fazerem escolhas em relação à sua própria sexualidade e à saúde sexual. Esta dinâmica é a fundamentação do paradigma de educação para a saúde democrática de Jensen (1997). As considerações pedagógicas de base subjacentes ao paradigma da educação para a saúde democrática são três (JENSEN, 1995, 1997):

- 1) A saúde nas nossas sociedades é influenciada pelas condições de vida e pelas escolhas dos estilos de vida, como enfatizado na estratégia *Saúde para Todos no ano 2000* e na *Carta de Ottawa*;
- 2) Os problemas de saúde representam uma mudança para as nossas sociedades e, como consequência, para a educação para a saúde nas escolas. As soluções para os problemas de saúde têm que ser pensadas a nível estrutural/social das condições de vida e a nível dos estilos de vida pessoais. Para as pessoas contribuírem para a resolução dos problemas de saúde, elas têm que estar capacitadas para identificarem quer as causas estruturais quer as causas pessoais e desenvolverem as suas próprias habilidades para influenciar e mudar essas condições;
- 3) As escolas têm a responsabilidade de ajudar a equipar os alunos e alunas com o conhecimento e o compromisso de tomarem decisões pessoais significativas e ações dirigidas para as mudanças colocadas quer pelos estilos de vida quer pelas condições sociais. Consequentemente, o objetivo

global para a educação para a saúde na escola é desenvolver a habilidade dos alunos e alunas para agirem a nível pessoal e social, isto é, aumentarem a sua competência para a ação.

Segundo Jensen (2000), a primeira razão para o forte desejo de envolver os grupos-alvo, e a mais vezes apresentada, está relacionada com reflexões sobre os efeitos de certas atividades que puxam ativamente os grupos-alvo para dentro do processo, originando-lhes, com maior probabilidade, um 'sentimento de posse' sobre o projeto ou área de investigação. Este sentimento de posse aumenta a probabilidade das atividades deixarem características permanentes no grupo-alvo, na forma de mudança de práticas, comportamento ou ação. A segunda razão para o envolvimento dos participantes são os benefícios potenciais para a democracia e a educação liberal que tais abordagens orientadas podem facilitar. Além disso, ainda podem ser adicionadas considerações éticas relacionadas com a obrigação de envolver os participantes num processo que está centralmente relacionado com as suas próprias vidas.

A 'participação' é um pré-requisito para desenvolver a competência para a ação nos alunos e nas alunas e um resultado desse processo. Uma das ligações chave entre os conceitos de competência para a ação e participação dos alunos e alunas é a noção de 'ação'. O primeiro elemento na definição de 'ação' é que a pessoa decida ativamente fazer alguma coisa, quer seja uma questão de mudança de comportamento ou uma tentativa para influenciar as condições de vida (JENSEN, 1994a). Como consequência, uma ação tem duas características chave dentro do paradigma de educação para a saúde democrática: deve ser premeditadamente dirigida para resolver um problema e isso deverá ser decidido pelos que desenvolvem a ação. Por outras palavras, uma ação é voltada para a mudança: a mudança do nosso próprio estilo de vida na escola, na sociedade local ou na sociedade global (JENSEN, 1997).

Claro que a ação é impossível sem participação (SIMOVSKA, 2000). Na teoria educativa e na prática educativa da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde dinamarquesa e nos projetos de educação em sexualidade orientados para a ação desenvolvidos em Portugal, por Vilaça e colaboradores (RODRIGUES; VILAÇA, 2010, 2010a, 2011; VIEGAS; VILAÇA, 2010, 2011; VILAÇA, 2006, 2007, 2007a; 2008, 2008a; VILAÇA; JENSEN, 2010), o sucesso em envolver os alunos e alunas desde o início está relacionado com o

desenvolvimento da sua competência para a ação. As experiências nestas escolas mostraram que a participação dos alunos e alunas é a precondição mais decisiva para despertar e desenvolver o seu 'envolvimento' e para o seu conhecimento poder ser totalmente aplicável. Como consequência, na base desta experiência, a competência para a ação é uma habilidade para ser ativamente adquirida e não apenas uma competência para ser simplesmente 'passada' por alguém e passivamente recebida (JENSEN, 2000).

Simovska e Jensen (2003) referem que muitas vezes o termo participação significa envolvimento dos alunos e alunas em diferentes grupos ou atividades e, no ambiente da escola, é muitas vezes usado para referir a interatividade e jovialidade entre alunos e alunas promovida por estratégias de ensino que conduzem ao aumento da sua motivação. Por vezes, a participação simplesmente significa fazer parte de discussões e debates, enquanto noutras ocasiões implica partilhar poder na tomada de decisões. Os investigadores argumentam que a 'participação genuína' na aprendizagem, focada no desenvolvimento dos significados, reflexão crítica e interação entre o indivíduo e a sociedade é vista como um dos elementos cruciais do ensino democrático orientado para ação. Como consequência, para a educação para a saúde e a promoção da saúde nas escolas ser caracterizada como verdadeiramente democrática, os alunos e alunas deverão influenciar ativamente o conteúdo e o processo da sua aprendizagem.

Segundo Jensen (2000), a 'participação' dos alunos e alunas é muitas vezes igualizada à 'determinação dos alunos e alunas', que é a ideia que o grupo-alvo deverá formular as suas visões mais ou menos sem ajuda, trabalhar e planificar a ação para promover a mudança do mundo. De acordo com as suas investigações, muitas experiências com o envolvimento dos alunos e alunas indicam que é realmente necessário que o professor ou professora se envolva no processo e no diálogo como um/a parceiro/a responsável, mas que respeite os alunos e alunas. Os alunos e alunas, quando tentam desenvolver as suas visões e atitudes, necessitam de um parceiro ou uma parceira que os/as desafie a mudar e com quem eles/elas possam por à prova as suas visões.

Roger Hart, um investigador dos Estados Unidos em teoria e prática sobre o envolvimento de cidadãos jovens no desenvolvimento da comunidade, construiu a metáfora da 'escada de participação' para salientar a distinção entre os vários 'níveis de não participação', por um lado, e as diferentes formas de 'participação', por outro (Figura 1).

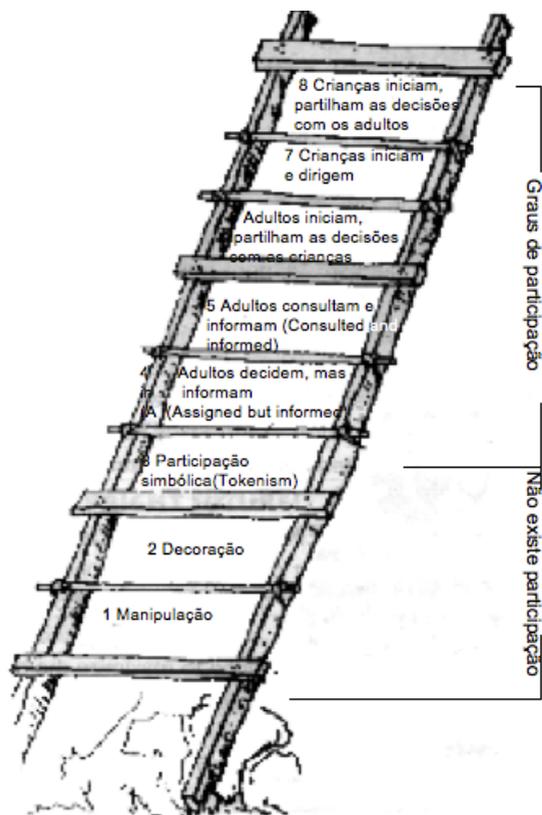


Figura 1: Escada de Participação das Crianças
 Fonte: HART, 1997, p. 41.

Os degraus mais elevados da escada expressam graus maiores de iniciativa e tomada de decisão independente pelas crianças e diferentes modos de cooperação com os adultos e adultas.

A primeira linha orientadora quando o objetivo é a participação dos alunos e alunas é evitar trabalhar os três níveis mais baixos da Escada de Hart – degraus de não participação. A ‘Manipulação’ dos alunos e alunas, primeiro degrau da escada, ocorre quando eles não compreendem os problemas e, como consequência, não compreendem as suas ações. De acordo com Hart (1992), acontece um exemplo de manipulação quando as crianças do infantário transportam placares políticos sobre o impacto das políticas sociais

nas crianças sem compreenderem as suas ações, embora ele defenda que “pode ser mais preciso chamá-las [a essas ações] mal orientadas em vez de manipulativas” (p. 8). Outro tipo de manipulação é quando os alunos e alunas são consultados/as mas não lhes é dado nenhum *feedback*. É possível observar vários exemplos deste tipo de manipulação nas escolas Portuguesas em que o processo de análise não é partilhado com os alunos e alunas e, como resultado, eles e elas não têm ideia nenhuma sobre como é que as suas ideias iniciais foram aplicadas. Estamos perante esse caso quando, por exemplo, os professores e professoras encorajam os alunos e as alunas a investigarem as suas ideias iniciais em relação a um tema que selecionaram previamente. Entretanto, depois, não lhes permitem que apliquem essas ideias na seleção das atividades de investigação e na planificação do seu projeto de educação em sexualidade. Pode acontecer o mesmo na planificação da ação quando a aplicação das visões (dos sonhos) dos alunos e alunas não é um processo claramente definido.

A ‘Decoração’ é vista, de acordo com Hart (1992, 1997), quando os alunos e alunas, por exemplo, vestem fardas ou *T-shirts* e cantam ou dançam com logotipos que promovem uma causa específica, mas têm pouca noção sobre o que é a causa na realidade e não tiveram envolvimento na organização do evento. Nesta situação, os adultos e as adultas aparentam que os alunos e as alunas estão envolvidos/as na sugestão da causa, mas, de fato, a causa foi sugerida pelos adultos e adultas que tomaram todas as decisões.

Na ‘Participação Simbólica’ (*Tokenism*), os alunos e as alunas parecem ter voz mas de fato têm pouca ou nenhuma hipótese de dizer o que querem fazer ou como desejam participar. Hart (1997, p. 41) afirmou que:

a participação simbólica é um assunto com que é particularmente difícil lidar, porque é muitas vezes realizado por adultos e adultas que estão fortemente comprometidos em dar voz às crianças mas não começaram a pensar cuidadosamente e auto-criticamente sobre como fazer isso.

Hart (1992, 1997) recomenda que é necessário olhar cuidadosamente para a participação das crianças nas conferências, porque é comum para uma criança encantadora ser selecionada pelos adultos e adultas para se sentar num painel, com pouca ou

nenhuma preparação profunda sobre o tema ou sem qualquer oportunidade para falar com os seus pares sobre o que está a apresentar nas conferências. Ele afirma que:

se não for dada nenhuma explicação à audiência ou às crianças sobre como é que elas foram selecionadas e que perspectivas das crianças elas representam, isto é geralmente uma indicação suficiente de que o projeto não é um verdadeiro exemplo de participação (HART, 1992, p. 10).

Hart salienta que a participação dos alunos e alunas é impropriamente usada em muitos contextos – dentro e fora do mundo escolar e da educação, e argumenta que um conjunto de atividades muitas vezes designadas “envolvimento dos alunos e alunas” não tem nada a ver com envolvimento: “Lamentavelmente, embora a participação das crianças e jovens ocorra em diferentes graus à volta do mundo, é muita vezes explorativa e frívola” (HART, 1992, p. 4). Por outro lado, a premissa básica de Hart sobre o que é que os/as jovens podem agir é otimista:

[...] os/as jovens podem desenhar e gerir projetos complexos em conjunto se sentem algum sentimento de poder sobre ele. Se os/as jovens pelo menos não desenham por si próprias parcialmente os objetivos dos projetos, não têm probabilidade de demonstrar a grande competência que possuem (HART, 1992, p. 5).

Como consequência, a mudança que os adultos e adultas (isto é, o professor e a professora) enfrentam é o desafio de criar um espaço em que os alunos e alunas possam demonstrar a sua competência (JENSEN, 2000).

O princípio mais importante na determinação do nível de participação deverá ser criar condições para ser o aluno ou aluna a escolher. Idealmente, as crianças deverão ser capazes de determinar o quanto gostavam de estar envolvidas e deverão ser proporcionadas condições para otimizar a oportunidade para todas as crianças participarem ao mais alto nível da sua habilidade e desejo. Todavia, na prática, um conjunto de determinantes influencia o nível de participação, tais como: a sociedade global e a cultura da escola; assuntos específicos que estão a ser tratados no ensino; e as competências e capacidades dos professores e professoras

(SIMOVSKA; JENSEN, 2003).

Alguns dos princípios do processo democrático que permitem um nível aceitável da participação dos alunos e alunas, como sugerido por Hart, incluem os seguintes aspectos (SIMOVSKA; JENSEN, 2003, p. 30-31):

- Os alunos e alunas deverão estar voluntariamente no projeto, depois de lhes terem sido explicados os objetivos.
- As relações de poder na estrutura organizativa do projeto deverão ser transparentes e estar claras desde o início para os alunos e alunas.
- As regras deverão ser estabelecidas através do diálogo. Isto não significa que os adultos e adultas não possam impor algumas regras; isso é um reflexo inevitável das relações de poder e das diferentes responsabilidades dos adultos e adultas em qualquer sociedade. Todavia, as regras estabelecidas no processo deverão ser transparentes e qualquer membro do grupo deverá ser livre para pedir a discussão de qualquer regra em qualquer altura.
- Os alunos e alunas deverão ter uma ampla variedade de oportunidades diferentes para participar de acordo com os seus interesses, experiências e habilidades.
- O processo inteiro do projeto deverá ser transparente e atualizado à medida que o projeto se desenvolve. Deverá ser explicado aos alunos e alunas a importância de todas as fases. Embora isto possa ser respeitado, deverá ser proporcionado um equilíbrio para diferentes considerações e objetivos educacionais. Outra vez, a transparência, os princípios democráticos e o diálogo são estratégias adequadas para tomar decisões deste tipo.

Os níveis de participação dos alunos e alunas começam por um nível de base, nível 4 da escada de Hart, em que 'os/as professores/as decidem por conta própria' (não participação), que foi incluído para que fique claro que, em alguns casos, devido a um motivo ou outro, a participação dos alunos e alunas não é possível.

Nos quatro níveis seguintes, há codeterminação, embora os limites entre os mesmos possam ser fluidos. O nível 5 se refere a uma situação em que 'o/a professor/a decide após consulta aos alunos e alunas' e os outros três níveis são diferenciados uns dos outros pela combinação de quem coloca a ideia ou proposta para discussão, e quem toma realmente a decisão final: 'nível 6 – professores/as sugerem e decidem em conjunto com os alunos e alunas'; "nível 7 – alunos e alunas sugerem e decidem por si próprios/as' e 'nível 8 – alunos e alunas sugerem e decidem em conjunto com os/as professores/as'.

O extrato seguinte descreve um projeto orientado para a ação realizado no âmbito exclusivo da disciplina de Educação Moral e Religiosa Católica, que ilustra o tipo de categorização anteriormente descrita:

[...] Um dos temas que já abordamos foi o "namoro" [...] eu disse que podíamos falar sobre isso e eles e elas mostraram interesse [Seleção do tema: 6 - a professora sugere e decide em conjunto com os alunos e alunas]. [...] A partir da escolha do namoro, as aulas são dadas por eles e elas. Dá-me mais trabalho a mim porque os temas mudam de turma para turma, mas são dadas de acordo com uma espécie de diagnóstico de curiosidades que eles e elas fazem antes. [...] Dentro desse diagnóstico, eles e elas decidem o que querem trabalhar em cada grupo [Aspetos do tema a tratar: 7 - os alunos e alunas sugerem e decidem]. [...] A dinâmica das aulas acaba por ser sempre em grupo. [...] Eles e elas gostam, e em função do trabalho que desenvolvem eu sugiro ou não a mudança de estratégias, mas geralmente preferem o trabalho de grupo. [Investigação: 6 - a professora sugere e decide em conjunto com os alunos e alunas]. Na apresentação dos trabalhos, enquanto vão explicando aos e às colegas o que descobriram, aí sim, é que eu vou metendo a minha colherada de vez em quando... [...] Fizeram acetatos e apresentaram, mas foram eles e elas que trabalharam, eu apenas fui orientando e dando a minha opinião. A nível de linguagem utilizada, a nível da profundidade dos temas ou das questões levantadas etc. surpreenderam-me muito. [Investigação: 8 - os alunos e alunas sugerem e decidem em conjunto com a

professora]. [...] Já sabem o ritmo das aulas, já conhecem a professora, conversam uns/umas com os/as outros/as e, regra geral, estão em grupo e, regra geral, há sempre um/a ou outro/a que quebra o gelo e a partir dali falamos sobre estes temas. Eles já sabem que são avaliados por tudo isso. Nem preciso dizer. [Avaliação: 4 - a professora decide]. (VILAÇA, 2006, p. 481).

Num estudo de Vilaça (2008b) em educação em sexualidade orientada para a ação com utilização das TIC, realizado em quinze escolas, na maioria das escolas (73.3%), a entrada dos alunos e das alunas para o projeto foi sugerida pelos professores e professoras que decidiram em conjunto com eles e elas o desenvolvimento do projeto na turma. Nestas escolas, foram selecionados 31 temas durante os dois anos letivos de implementação do projeto. A seleção da maioria dos temas gerais para os projetos foi sugerida pelos professores e professoras e decidida em conjunto com os alunos e alunas (54,8% dos temas) ou sugerida e decidida pelos alunos e alunas (38,7%). Os aspetos do tema geral a serem trabalhados, em 6.2% dos temas, foram selecionados e decididos pelos professores e professoras, após consulta aos alunos e às alunas, em 37.5% dos temas, foram sugeridos pelos professores e professoras e decididos em conjunto com os alunos e as alunas, em 25.0% dos temas, foram sugeridos e decididos pelos alunos e alunas e, em 31.3% dos temas, foram sugeridos pelos alunos e alunas e decididos em conjunto com os professores e as professoras.

As atividades a serem realizadas na fase de investigação foram, em 6.2% dos subtemas/problemas, selecionadas e decididas pelos professores e professoras após consulta aos alunos e alunas, em 62.5% dos subtemas/problemas, foram sugeridas pelos professores e professoras e decididas juntamente com os alunos e alunas, em 25.0% dos subtemas/problemas, foram sugeridas e decididas pelos alunos e alunas e, em 6.3% dos subtemas/problemas, foram sugeridas e decididas juntamente com os professores e professoras. Depois dos alunos e alunas investigarem as causas dos problemas que impedem a vivência de sexualidades saudáveis, desenvolveram visões sobre a forma como gostariam de ver a suas vidas, escola e sociedade em relação às causas que determinavam os problemas identificados, de modo a superar os problemas. Em 55.0% dos casos, as visões foram sugeridas pelos alunos e alunas e decididas juntamente com os professores e professoras, em 35.0% dos casos, foram sugeridas pelos alunos e

alunas que também decidiram quais as visões que gostariam de atingir com as ações que em seguida iriam planificar e realizar para eliminar as causas dos problemas.

Quando os alunos e alunas planejaram as ações a realizar, em 33.3% dos casos, elas foram sugeridas e decididas pelos alunos e alunas e, em 61.1% dos casos, foram sugeridas pelos alunos e alunas e decididas em conjunto com os professores e professoras. Houve apenas dois casos em que os professores e professoras sugeriram a ação e decidiram em conjunto com os alunos e alunas, como se pode ver no extrato da entrevista seguinte:

Eu sei que os alunos e alunas gostam de trocar ideias com os seus colegas de outras turmas sobre o que estão a discutir [no projeto de educação em sexualidade], a fim de partilhar um entendimento comum a respeito do tema. O dia da Mulher chegou no momento certo para realizar uma ação na escola em relação ao aspeto do tema que estava a ser investigado [Diferentes formas de viver a sexualidade ao longo da história e em diferentes culturas]. Eu sugeri aos alunos e alunas que devíamos fazer um teatro sobre o assunto. Não só concordaram como ficaram muito entusiasmados/as [...]. A peça faz referência ao uso da pílula, à legalização do aborto, à evolução dos diferentes papéis de gênero e à submissão das mulheres. Trabalhando em grupo, os alunos e alunas explicaram por que era importante para eles e elas incentivar os/as colegas a pensarem seriamente sobre estes temas. Mais tarde, partilharam as suas opiniões e ideias com a turma. Devido a isso, eu escrevi a peça com eles e elas e perguntei ao professor de Português da turma a sua opinião sobre ela. Depois ensaiamos a peça de teatro com os alunos e alunas. (VILAÇA, 2008b, p. 664).

Este é o primeiro dos três níveis de participação que, de acordo com Jensen (2000), são importantes no contexto escolar, deixando estes níveis, claro que nenhum princípio de envolvimento dos alunos e das alunas exclui por si só o professor ou a professora. Além disso, segundo Jensen (2000), este primeiro nível de participação poderá ser o nível de participação possível nas escolas que estão a iniciar os

seus projetos de educação orientados para a ação, pois para alcançar um nível real de decisões partilhadas, os alunos e as alunas precisam estar habituados a participar em algum grau nos seus processos de aprendizagem, uma vez que a participação, entendida como “quem sugere e quem decide”, também se aprende.

Esta mudança para o paradigma de educação democrática (participativa e orientada para a ação) enfrentou duas tendências diferentes na sociedade moderna (JENSEN, 1994a). Enquanto uma das tendências é a grande preocupação atual sobre os problemas de saúde, a outra tendência é a recuperação de uma paralisia crescente da população confrontada com o desenvolvimento da tecnologia e da sociedade à sua volta. Conforme Jensen (1994a), a mudança para o paradigma democrático consiste em começar com as visões e ansiedades que os alunos e alunas têm por considerarem que não são capazes de resolver os problemas, para trabalhar sistematicamente transformando essa incapacidade no desejo e habilidade para agir. Na sua opinião, uma das razões para a paralisia das ações estar a aumentar no campo da promoção da saúde, está relacionada com o ‘elevado *status*’ que o conhecimento científico tem na nossa cultura, que faz com que os não especialistas se sintam incapazes de resolver problemas.

Jensen (2000) salienta que a consequência do domínio científico nestas áreas leva a que as pessoas nunca sejam vistas e compreendidas no contexto social e econômico de que fazem parte. Desta maneira, apesar do ensino comunicar fatos científicos indiscutíveis, leva a um falso desenho das relações entre as pessoas e a sociedade, nomeadamente, o desenho de que as pessoas enfrentam um número de escolhas livres que são tomadas somente na base do conhecimento. Esta individualização tem um carácter ilusório que bloqueia o trabalho de desenvolver as possibilidades de ação. Como consequência, tal ensino leva ao conhecimento sobre a existência e a extensão de um conjunto de problemas, sem dar uma oportunidade para transformar o conhecimento em ação, por isso, o conhecimento científico pode contribuir para aumentar quer a ansiedade quer a paralisia para a ação. Para resolver esse problema, Jensen (2000) descreve quatro dimensões para o conhecimento orientado para a ação, nas quais se trabalha com a mesma ênfase as áreas científica, psicológica, sociológica, política, cultural e econômica, como se verá na secção seguinte.

Os desafios da metodologia IVAM na aprendizagem orientada para a ação e desenvolvimento da competência para a ação

O 'ensino orientado para a ação', dentro da perspectiva democrática, envolve trabalhar num campo amplo do conhecimento que inclui conhecimentos não só acerca das consequências dos problemas mas, também, das suas causas, das visões sobre o futuro e do conhecimento sobre as estratégias para encontrar soluções para os problemas. Por outras palavras, o conhecimento orientado para a ação é um conhecimento interdisciplinar complexo construído num processo partilhado de diálogo crítico, reflexão, desenvolvimento de visões, planificação e tomada de ação como parte do processo de ensino e aprendizagem (SIMOVSKA; JENSEN, 2003).

A interdisciplinaridade pode ser mencionada como a precondição para o desenvolvimento da competência para a ação (VILAÇA, 2008a). A abordagem da educação em sexualidade democrática aqui delimitada implica, como já foi referido, que esta não pode ser tratada meramente dentro da disciplina de Ciências Naturais. Se só é utilizado no nível científico, o foco será descrever e ilustrar a gravidade dos efeitos que os problemas apresentam e os resultados do ensino serão a preocupação e o sentimento de falta de poder dos alunos e das alunas para os resolver. Se o que se pretende é transformar ou qualificar essa falta de poder na habilidade real para agir, as aulas têm que colocar a 'perspetiva de ação' no centro e envolver as perspetivas sociais na discussão das soluções para os problemas (JENSEN, 1995; SIMOVSKA; JENSEN, 2003; VILAÇA; JENSEN, 2010). Com base na experiência de um grande número de grupos de estudo dentro do projeto das escolas promotoras de saúde, Jensen (JENSEN, 1997; SIMOVSKA; JENSEN, 2003, 2008; VILAÇA; JENSEN, 2010) desenvolveu a metodologia IVAM (Investigação, Visão, Ação e Mudança) (Figura 2), para ser utilizada nas escolas como um instrumento prático para estruturar as atividades de promoção da saúde e facilitar a participação de alunos e alunas, com o objetivo de desenvolver a sua competência para a ação.

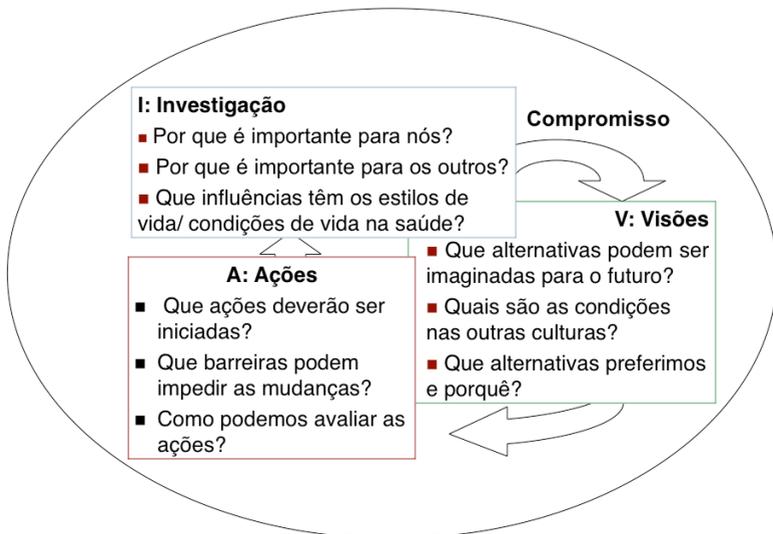


Figura 2: Metodologia IVAM: perspectivas a trabalhar dentro dos projetos de educação em sexualidade
 Fonte: VILAÇA, 2012a, p. 98.

A primeira fase do modelo – Investigação (I) – inclui as seguintes dimensões diferentes do conhecimento orientado para a ação, dentro das quais um dado tópico de saúde poderá ser visto e analisado:

1ª dimensão: Que tipo de problema é? – Conhecimento sobre os efeitos. Esta dimensão pretende atingir uma percepção comum sobre o problema real com que se está a trabalhar. Jensen (2000) explica que esta dimensão lida com o conhecimento sobre a existência e o alcance dos problemas de saúde, isto é, sobre as consequências de um dado comportamento (tal como o não uso de preservativo ou o uso de álcool antes das relações sexuais) ou pode ser sobre como é que a violência no namoro na escola afeta a saúde e o bem-estar de alunos e alunas. Este tipo de conhecimento, capacita-nos para considerar afirmações tais como: “Se eu fizer isto, então isto pode acontecer” ou “se as condições ou circunstâncias são estas, então o risco disto poderá aumentar” (SIMOVSKA; JENSEN, 2003). Este conhecimento sobre as consequências é importante, porque é o tipo de conhecimento que desperta a nossa preocupação e atenção e, como consequência, cria o ponto de partida para sentir vontade de agir. Neste sentido, pode ser um dos pré-requisitos para

desenvolver a capacitação de alunos e alunas e suas competências para a ação. Esta forma de conhecimento é principalmente de natureza científica. Se nos fixarmos apenas nesta perspectiva e os alunos e as alunas não tiverem nenhuma explicação sobre as razões porque temos esses problemas e como podemos contribuir para os resolver, corre-se o risco, já referido, de contribuir simultaneamente para o despertar da preocupação e a criação da paralisia da ação entre os alunos (JENSEN, 2000; SIMOVSKA; JENSEN, 2003; VILAÇA; SEQUEIRA; JENSEN, 2011).

2ª dimensão: Por que temos os problemas que temos? – Conhecimento sobre as causas. Esta dimensão trata de atingir uma compreensão comum sobre as causas subjacentes ao problema escolhido. Essas causas têm de ser descobertas logo que possível (JENSEN, 1994b), incluem os fatores sociais subjacentes aos nossos comportamentos e podem ser investigadas com questões como as seguintes: Por que é que usar o preservativo é mais comum em certas idades? Que aspetos das nossas condições de vida influenciam se o uso de álcool leva ao abuso sexual? Quando se trabalha com um problema na comunidade local, na turma ou escola, deverá fazer-se uma discussão ampla das causas, pois mesmo que o problema se manifeste na turma ou na escola, as causas subjacentes estão muitas vezes fora desses locais. Como consequência, são aqui importantes os métodos de observação social, nos quais os problemas de saúde e ambiente mostram as estruturas econômicas, sociais e culturais em que se desenvolvem (JENSEN, 2000; VILAÇA, 2012).

Também é importante ter em consideração o aspecto histórico. Ser capaz de fazer uma avaliação sobre o que influencia as causas atuais, ou um dado desenvolvimento do problema, é importante para compreender que condições têm contribuído (ao longo do tempo) para desenvolver essas causas. Este conhecimento pertence principalmente às áreas sociológica, cultural e econômica. Um conjunto de explicações para o aumento de desigualdades em saúde na Europa pode ser encontrado dentro desta dimensão (JENSEN, 2000; SIMOVSKA; JENSEN, 2003; VILAÇA; JENSEN, 2010).

3ª dimensão: Como mudamos as coisas? – Conhecimento sobre estratégias para a mudança. Esta dimensão do conhecimento inclui o atual processo de mudança (SIMOVSKA; JENSEN, 2003). Engloba o conhecimento sobre como ter controle sobre a nossa própria vida, como influenciar o ambiente da escola ou como contribuir para mudar as condições de vida na sociedade, por exemplo: como podemos mudar as estruturas do ambiente

envolvente na escola, no local de trabalho, ou na comunidade para ter acesso facilitado ao preservativo? Esta área de conhecimento é crucial para a ação dentro da escola promotora de saúde democrática. Também inclui o conhecimento sobre como as estruturas cooperam, como desenvolver e organizar estratégias, como analisar e usar relações de poder, etc. Esses aspetos importantes do conhecimento estão particularmente relacionados com o campo da psicologia e sociologia.

A segunda fase do modelo – Visões – trata do desenvolvimento das ideias, percepções e visões de alunos e alunas, sobre o que desejam para a sua vida futura e a sociedade em que irão crescer, em relação ao problema em estudo (JENSEN, 1994b; SIMOVSKA; JENSEN, 2003; VILAÇA; JENSEN, 2010). Um importante prerequisite para a vontade e habilidade para agir e iniciar a mudança é que a pessoa tenha possibilidades reais, incluindo o suporte necessário e energia excedente para desenvolver e moldar os seus próprios sonhos e ideias para o futuro em relação à sua própria vida, família, sociedade e ao trabalho (SIMOVSKA; JENSEN, 2003). Esta dimensão pode incluir conhecimento sobre as circunstâncias na vizinhança da escola ou sobre como é que os assuntos são tratados nas outras culturas, próximas e longe, desde que o conhecimento sobre essas circunstâncias possa ser uma boa fonte de inspiração para desenvolver as nossas próprias visões (JENSEN, 2000; SIMOVSKA; JENSEN, 2003).

Na terceira fase do modelo IVAM – Ação e Mudança – é importante que haja espaço para que a população-alvo use a imaginação e pense criativamente para propor uma grande quantidade de ações relacionadas com a possibilidade de atingir algumas das visões que foram anteriormente desenvolvidas (JENSEN, 2000; SIMOVSKA; JENSEN, 2003, 2008, 2009; VILAÇA; JENSEN, 2010). As diferentes ações deverão ser discutidas em relação aos efeitos e às barreiras que podem surgir e impedir que a ação resulte nas mudanças de estilo de vida e/ou condições de vida desejadas (JENSEN, 1994b). Pedagogicamente, é muito importante que se tenha em consideração na discussão das ações que poderão vir a ser realizadas todas as sugestões dadas pelo público-alvo, dentro de um clima de aprendizagem democrática. As ações poderão ser desenvolvidas pelos/as próprios/as participantes ou por eles/as com a colaboração de professores/as, pais/mães e especialistas da comunidade local (VILAÇA, 2012a). Finalmente, deverá ser tomada a decisão sobre qual deverá ser a primeira ação a realizar e fazer a sua planificação, incluindo a forma como vai ser avaliada em relação às

mudanças desejadas.

Numa escola em que se aplicou a metodologia IVAM nos projetos de educação em sexualidade orientados para a ação, os alunos e as alunas de uma turma do 12º ano (17 anos) começaram por aplicar um questionário às mães, avós e aos pais para conhecerem o que pensavam acerca dos aspetos que queriam conversar com eles numa sessão para pais e mães que iriam realizar. Depois, prepararam atividades para pais e mães realizarem durante a sessão, tais como jogos assertivos e cartões para procurar o conhecimento aos pares. Decidiram chamar à sessão que foi integrada na semana da saúde da escola de “Conversa entre Gerações”.

Quando estavam a preparar a sessão, identificaram barreiras ou dificuldades que poderiam impedir de desenvolver essa ação, nomeadamente, os horários dos pais e mães, o tema sexualidade ou educação em sexualidade e a falta de vontade de pais e mães para participarem. Também identificaram algumas barreiras que poderiam impedir a ação de resultar em mudança e atingir o que desejavam (as suas visões). Essas barreiras incluíram duas possibilidades:

os pais e mães podem sentir-se inibidos para apresentar as suas opiniões na frente dos filhos e filhas e dos outros pais e mães, e a sexualidade dos filhos e filhas pode não ser um problema importante na vida deles e delas, porque os pais e mães pensam que o problema mais importante dos filhos e filhas é a vida profissional e escolar e esquecem-se que a sexualidade dos e das jovens condiciona toda a sua vida. (VILAÇA, 2006).

Os alunos e as alunas organizaram uma mesa redonda, com colegas como oradores/as, a partir da qual intercalaram as atividades que pediram aos pais e mães para realizar. A sessão começou com a apresentação dos/as participantes, do projeto de educação em sexualidade e do *website* do projeto. Nesta apresentação, a turma tinha recomendado aos/às colegas oradores que preparassem questões para interagir com pais e mães de maneira a clarificar três ideias chave: “a sexualidade não é só sexo”; “os e as jovens gostavam de falar com os pais e as mães sobre sexualidade, não exclusivamente sobre sexo” e “para se falar de sexualidade não é necessário e geralmente até é contraindicado expor a nossa intimidade”. Este diálogo com os pais e as mães foi muito interativo. Em seguida, alunos e alunas aplicaram os jogos que geraram um

diálogo muito rico e horizontal entre pais, mães, filhos e filhas, como se pode ver pela transcrição abaixo efetuada da filmagem em vídeo da sessão:

Maria: Como puderam ver isto é um projeto muito contínuo, com novas turmas. Nós para o ano já não estamos cá, mas provavelmente novas turmas vão continuar o projeto que iniciamos. Isto que o Zé apresentou foi relativamente ao site, à construção do site, depois, na segunda parte, vamos abordar o conceito de sexualidade. Ao longo de todo o ano, foram fornecidas muitas atividades, com muitas perguntas, foram realizados muitos jogos, um deles vamos realizar aqui. Nós gostamos muito do projeto, no final do ano verificamos que nem tínhamos ideia daquilo que tínhamos construído! Ficamos muito admirados, nunca pensamos que tínhamos feito tantas coisas. [...]

Agora, nesta segunda parte, vamos iniciar o debate e os jogos [...].
Rita: Pronto, eu vou começar com os cartões das perguntas. A primeira pergunta é: “A sexualidade restringe-se ao ato sexual?” Vocês vão pensar um bocadinho, depois, deslocam-se para junto dos cartazes “concordo”, “discordo” ou “indefinido”, conforme a vossa opinião. [...] Toda a gente discorda? Agora, arranjam uma pessoa para falar, para discutir o porquê de discordar.

Pai: É assim, na minha opinião, a sexualidade faz parte da personalidade da pessoa desde o primeiro dia em que nasce e, por isso, há duas diferenças entre sexualidade como personalidade da pessoa e a sexualidade, ato sexual, paixão e amor.

Esta mesa redonda terminou com a elaboração e assinatura por todos os presentes de um contrato com um conjunto de regras que pais, mães, filhos e filhas se comprometiam a seguir para falar em casa sobre a sexualidade.

A opinião manifestada pela maior parte dos pais entrevistados no final das ações foi muito semelhante à percepção que os filhos e as filhas tinham sobre o que os pais e as mães pensavam. O extrato seguinte será apenas utilizado para ilustrar algumas dessas ideias-chave que foram encontradas nas entrevistas aos pais e às mães:

Pai: Bem, sinceramente, é a primeira vez que eu venho a uma reunião destas, destas e de qualquer outra em termos escolares, adorei. [...]

Representante dos pais e mães: Em relação à participação dos pais e ao grande número de pais que vieram, que para mim não foi uma surpresa, há participação, é assim, a participação não se mede só por quem falou, se as pessoas não se foram embora é porque estão

interessadas, não é? Se estão a ouvir estão a tentar participar à sua maneira. [...]

Estas entrevistas de grupo finais em que a investigadora pedia informalmente a opinião dos participantes (alunos e alunas, pais e mães, representantes da Associação de Pais e Mães, representantes da Direção da Escola, médicos/as, enfermeiras/os, psicólogos/as) tornaram-se verdadeiros momentos de avaliação do projeto e criação de visões para o futuro, num diálogo horizontal em que todos e todas se sentiam participantes ativos no processo, como se pode ver pela entrevista anterior.

Considerações finais

A Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1975), embora reconhecendo que é difícil chegar a uma definição universal aceitável da totalidade da sexualidade humana, define saúde sexual como “a integração dos aspetos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de maneira que sejam positivamente enriquecedores e engrandecem a personalidade, a comunicação e o amor” (p. 2). A sexualidade é experienciada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Embora possa incluir todas essas dimensões, nem todos as experienciam ou expressam sempre, sendo a sexualidade influenciada pelas interações dos fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (WORLD HEALTH ORGANIZATION 1993, 1995).

Os projetos educativos de educação em sexualidade que se têm mostrado eficazes integram sempre as seguintes dimensões: i) a promoção de comportamentos que ajudem os indivíduos a adquirir resultados positivos e a evitar resultados negativos na sua sexualidade; ii) a utilização de experiências de aprendizagem que incluem o acesso à informação apropriada para a idade, suporte motivacional e oportunidades para desenvolver as competências necessárias para a harmonização sexual dos indivíduos para terem relações interpessoais satisfatórias; iii) a capacitação dos indivíduos, dos pares, das famílias e das comunidades para desenvolverem o conhecimento, motivação e competências comportamentais necessárias para aumentarem a saúde sexual e evitarem os problemas relacionados com as suas expressões da sexualidade; e

iv) manter um diálogo aberto que respeite as crenças individuais.

Neste capítulo, argumentou-se que a educação em sexualidade orientada para o desenvolvimento de ações por alunos e alunas na promoção de sexualidades saudáveis em si próprios/as, nos seus pares e na sua escola e comunidade, constituem vivências de cidadania ativa e participativa em sociedades democráticas. Para desenvolver esta argumentação, explorou-se as ligações entre o paradigma de educação para a saúde democrática e a participação genuína dos alunos e alunas, fornecendo algumas evidências dos seus resultados positivos na educação em sexualidade, recolhidas em estudos de caso baseados na implementação da educação em sexualidade orientada para a ação.

Com o objetivo de clarificar o ensino e aprendizagem orientados para a ação e a abordagem IVAM (Investigação, Visão, Ação e Mudança) nas escolas promotoras de saúde, enfatizando como principal resultado de aprendizagem o desenvolvimento da competência para a ação de alunos e alunas, forneceram-se novas evidências de investigação dando voz a alunos e alunas, professores e professoras e pais e mães que ilustraram o que acontece nas escolas com a aplicação desta metodologia, e mostraram alguns dos principais efeitos da participação e ação de alunos e alunas na promoção de sexualidades saudáveis na comunidade escolar e família, como parte do seu processo de aprendizagem na escola.

Esta educação em sexualidade democrática (participativa e orientada para a resolução de problemas reais da sexualidade) capacita alunos e alunas para o desenvolvimento de processos participativos, individuais e coletivos, que apela à reflexão e à ação sobre os problemas sentidos por cada um e pela sociedade. Isto é, capacita alunos e alunas para o exercício da cidadania que implica, “por parte de cada indivíduo e daqueles com quem interage, uma tomada de consciência, cuja evolução acompanha as dinâmicas de intervenção e transformação social” (PORTUGAL, 2014). A principal implicação desta argumentação é mostrar a pertinência da capacitação de professores e professoras para planificar, implementar e avaliar projetos de educação em sexualidade orientados para a participação genuína e ação de alunos e alunas. Estes projetos levam ao desenvolvimento de atitudes, comportamentos, valores e ações em sociedade que têm como referência os direitos humanos, nomeadamente, os valores da equidade, democracia e justiça social em todas as áreas sociais e, mais especificamente, nas que se relacionam com a sexualidade.

REFERÊNCIAS

EURONGO. **The road to global reproductive health: Reproductive Health and Rights on the International Agenda, 1968-2003.** Bruxelas: EuroNGOs, 2003.

HART, R. **Children's participation: From tokenism to citizenship.** Florence, Italy: UNICEF International Child Development Centre, 1992.

_____. **Children's participation: The theory and practice of involving young citizens in community development and environmental care.** London: Earthscan Publications, 1997.

JENSEN, B. B. Health promoting schools in Denmark: an action competence approach to health education. In: CHU, C.; SIMPSON, K. R. (Ed.). **Ecological public health: from vision to practice.** Canadá e Australia: Institute of Applied Environmental Research, Griffith University & Centre for Health Promotion, Toronto, Canadá, 1994a. p. 132-141.

_____. Action, action competence and change in the field of environmental and health education. In: JENSEN, B. B.; SCHNACK, K. (Ed.). **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, 1994b. p. 73-85.

_____. Concepts and models in a democratic health education. In: JENSEN, B. B. (Ed.). **Research in environmental and health education.** Copenhagen: Research Centre for Environmental and Health Education. The Danish University of Education, 1995. p.151-169.

_____. A case of two paradigms within health education. **Health Education Research**, Oxford, v. 12, n. 4, p. 419-428, 1997.

_____. Participation, commitment and knowledge as components of pupil's action competence. In: JENSEN, B. B.; K. SCHNACK; SIMOVSKA, V. (Ed.). **Critical Environmental and Health Education. Research Issues and Challenges.** Copenhagen: Research Centre for Environmental and Health Education. The Danish University of

Education, 2000. p. 219-237.

PORTUGAL. Direção Geral da Educação. **Educação para a cidadania – Linhas orientadoras**. Lisboa, 2013. Disponível em: <<http://www.dge.mec.pt/educacaocidadania/index.php?s=directorio&pid=71>>. Acesso em: 9 jan. 2014.

RODRIGUES, C. J. de; VILAÇA, T. Género e aprendizagem participativa orientada para a acção em educação sexual em Educação Moral e Religiosa Católica no 7º ano de escolaridade. In: PEREIRA, H. et al. (Ed.). **Educação para a saúde, cidadania e desenvolvimento sustentado**. Covilhã: Universidade da Beira Interior, 2010. p. 519-531.

_____. Género e o efeito da aprendizagem participativa e orientada para a acção no desenvolvimento da competência de acção em educação sexual. In: TEIXEIRA, F. et al. (Ed.). **Sexualidade e educação sexual: políticas educativas, investigação e práticas**. Braga: CIEd, 2010a. p. 214–222.

_____. Responder às necessidades em educação sexual dos adolescentes: influência do género no desenvolvimento da competência de acção. In: LOZANO, A. B. et al. (Org.). Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia, 9, 2011, Corunha. **Actas...** Corunha: Universidade de Corunha, Universidade do Minho, 2011. p. 457 – 467.

SIMOVSKA V. Exploring student participation within health education and health promoting schools. In: JENSEN, B. B.; SCHNACK, K.; SIMOVSKA, V. (Ed.). **Critical Environmental and Health Education: Research Issues and Challenges**. Copenhagen: Research Centre for Environmental and Health Education. The Danish University of Education, 2000. p. 29-43.

SIMOVSKA, V.; JENSEN, B. B. **Young-minds.net/lessons learnt: student participation, action and cross-cultural collaboration in a virtual classroom**. Copenhagen: Danish University of Education Press, 2003.

_____. On-line learning environments and participatory health education: teachers' reflections. **J. Curriculum Studies**, Basingstoke, v. 40, n. 5, p. 651-669, 2008.

_____. **Conceptualizing participation** – the health of children and young people. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2009.

UNITED NATIONS. **Agenda 21. United Nations publication.** 1992a. Disponível em: <<http://habitat.igc.org/agenda21/index.htm>>. Acesso em: 5 jan. 2014.

_____. **Rio Declaration on Environment and Development.** United Nations publication, 1992b. Disponível em: <<http://habitat.igc.org/agenda21/rio-dec.htm>> Acesso em: 7 jan. 2014a.

_____. **Report of the International Conference on Population and Development:** Cairo, 5-13 September 1994. New York: United Nations, 1995.

_____. **General Assembly: Twenty-first special session, Agenda item 8:** Resolution adopted by the General Assembly S-21/2. Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development. New York: United Nations, 1999.

_____. **General Assembly Fifty session, Agenda item 60 (b):** Resolution adopted by the General Assembly 55/2. United Nations Millennium Declaration. New York: United Nations, 2000.

VIEGAS, A.; VILAÇA, T. Contributos da aprendizagem sobre puberdade e reprodução humana para o desenvolvimento da competência de acção em educação sexual no 6o ano de escolaridade. In: TEIXEIRA, F. et al. (Ed.). **Sexualidade e Educação Sexual: Políticas Educativas, Investigação e Práticas.** Braga: CIEd, 2010. p. 119 – 128.

_____. Educação em ciências e desenvolvimento da competência de acção em educação sexual. In: LEITE, L. et al. (Org.). Encontro Nacional de Educação em Ciências: Educação em Ciências para o Trabalho, o Lazer e a Cidadania, 14, 2011, Braga **Actas...** Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação, 2011. p. 319-331.

VILAÇA, T. **Acção e competência de acção em educação sexual:** uma investigação com professores e alunos do 3º ciclo do ensino

básico e do ensino secundário. 2006. 803f. Tese (Doutoramento em Educação) – Instituto de Educação, Universidade do Minho. Braga, Portugal, 2006.

_____. 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: CHAMOSA, L. C. et al. (Ed.). Congresso ENCIGA, 20, 2007, Sanxenxo. **Actas...** Sanxenxo: Hotel Carlos I, 2007. p. 30.

_____. Eficácia do Paradigma Democrático de Educação para a Saúde no Desenvolvimento da Acção e Competência de Acção dos Adolescentes em Educação Sexual. In: BARCA, A. et al. (Ed.). Congresso Internacional Galego-Portugués de Psicopedagogía, 9, 2007, Corunha. **Actas...** Corunha: Universidade da Coruña, Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxia e Educación, 2007a. p. 971-982.

_____. Projecto de Educação Sexual Orientado para a Acção e Participação: Efeitos nas 101 Escolas, Professores, Pais e Alunos. In: CRUZ, F. (Coord). Congresso Internacional Saúde, Cultura e Sociedade, 3, 2008, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: Associação para a Investigação e Desenvolvimento Sócio-Cultural, 2008. p. 128-159.

_____. The Roles of Biological Knowledge While Exploring Action-Oriented Knowledge and the S-IVAC Methodology in Sex Education. In: RAICHVARG, D. (Ed.). **BioEd 2008 International Conference Biological Sciences Ethics and Education: The Challenges of Sustainable Development.** France, Dijon: University of Burgundy, 2008a.

_____. Teaching Students to Participate on Health Education: A Study about Action-Oriented In-Service Teacher Training on Sex Education. In: ICET (Org.), **ICET 53rd World Assembly Learning, Leading and Linking: Impact of Policy and Research upon Practice.** Braga: Universidade do Minho, 2008b. p. 657-668.

_____. Ação, competência para a ação e visibilidade do género na educação em sexualidade nas escolas promotoras de saúde. In: SOUZA, C.; P. RIBEIRO (Org.). **Políticas Públicas em Educação no Contexto Ibero – Americano.** São Paulo: Cultura Académica, 2012. p. 133-157.

_____. Metodologia de ensino para uma sexualidade positiva e responsável. **ELO Revista do Centro de Formação Francisco de Holanda**, Guimarães/Portugal, v.19, p. 91-102, 2012a.

VILAÇA, T.; JENSEN, B. B. Applying the S-IVAC Methodology in Schools to Explore Students' creativity to solve sexual health problems. In: MONTANÉ, M.; SALAZAR, J. (Ed.). **ATEE 2009 Annual Conference Proceedings**. Brussels, Belgium: ATEE Association for Teacher Education in Europe, 2010. p. 215-227.

VILAÇA, T., SEQUEIRA, M.; JENSEN, B. B. Partnerships between teachers and the community: In-service training on the development of participatory and action-oriented sexual education in schools. **Revista Doxa**, Alicante/Espanha, v.15, n.1, p. 8596, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Education and treatment in human sexuality**: The Training of health professionals. Report of a WHO Meeting. Geneva: World Health Organization, 1975.

_____. **Alma-Ata Declaration**. Geneva: World Health Organization, 1978.

_____. **Counselling skills training in adolescent sexuality and reproductive health**: A facilitator's guide. Geneva: World Health Organization, 1993.

_____. **Teaching modules for basic education in human sexuality**. Geneva: World Health Organization, 1995.

_____. **Promotion of sexual health. Recommendations for action**. Geneva: World Health Organization, 2000.

Coleção Cadernos Pedagógicos da EaD

A Coleção Cadernos Pedagógicos da EaD, financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), é uma iniciativa da Secretaria de Educação a Distância da Universidade Federal do Rio Grande – SEaD/FURG. A referida Coletânea tem como propósito congregar textos que subsidiem os estudos dos discentes matriculados em cursos de graduação e pós-graduação, tanto da educação a distância como do ensino presencial.

Cada volume apresenta temáticas relevantes para o estudo de uma ou mais disciplinas dos cursos oferecidos pela FURG e tem o intuito de contribuir de maneira significativa para a formação dos seus leitores.

Suzane da Rocha Vieira
Organizadora da Coleção



Volume 23

Educação para a Sexualidade

Coleção Cadernos Pedagógicos da EaD

Coleção Cadernos Pedagógicos da EaD



Educação para a Sexualidade

Volume 23

Joanalira Corpes Magalhães e Paula Regina Costa Ribeiro (Org.)