

EFICÁCIA DO PARADIGMA DEMOCRÁTICO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO DESENVOLVIMENTO DA ACÇÃO E COMPETÊNCIA DE ACÇÃO DOS ADOLESCENTES EM EDUCAÇÃO SEXUAL

Teresa Vilaça

Departamento de Metodologias da Educação, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho,
Braga, Portugal, tvilaca@iep.uminho.pt

Nos paradigmas de educação para a saúde moralista e democrático existem diferenças cruciais nos conceitos de saúde, na abordagem pedagógica e em relação ao currículo oculto, à abordagem nos contextos, avaliação e colaboração com a comunidade. Em Portugal, no actual quadro legislativo para a Educação Sexual (ES) (Lei nº 259/2000) o modelo curricular dominante preconizado é, embora não explicitamente, o paradigma democrático, pois reforça o papel dos alunos como actores genuínos e participantes activos na selecção e resolução dos problemas individuais/colectivos de saúde sexual.

O presente estudo, realizado no âmbito de uma investigação-acção-participativa mais abrangente, teve como principal objectivo analisar como evoluíram os projectos de ES baseados no paradigma democrático para aumentar a participação dos alunos e a sua competência de acção. A amostra integrou um grupo de alunos (N=350) e professores (N=43) de seis escolas dos 7º ao 12º anos de escolaridade. As técnicas de investigação (observação participante, notas de campo, entrevistas de grupo, diários de aula online e e-Fóruns) visaram a triangulação de dados. Os principais resultados deste estudo evidenciaram mudanças positivas a nível de várias dimensões da competência de acção dos alunos (conhecimento, compromisso, visões e experiências de acção). Considerando a dimensão participativa do estudo, estes resultados têm implicações a nível da organização e da gestão curricular das escolas.

1.Introdução

A *promoção da saúde* é vista, desde a Carta de Ottawa (WHO, 1986), como um processo de *capacitação* das pessoas para aumentar o controlo sobre a sua saúde e a melhorar, isto significa, aumentar o seu controlo sobre os factores pessoais, sociais, económicos e ambientais - *determinantes da saúde* - que influenciam o *status* de saúde dos indivíduos ou populações. Neste sentido, a promoção da saúde é um processo político e social que representa uma abordagem compreensiva, com acções dirigidas para fortalecer as competências e capacidades dos indivíduos e acções dirigidas para a mudança das condições económicas, ambientais e sociais.

A participação individual e colectiva não só é essencial para manter as acções relacionadas com os *estilos de vida* (valores, atitudes e comportamentos de saúde), como para agir sobre as *condições de vida* (sobre os factores do meio que têm impacto na saúde, como o rendimento e o *status* social, a educação, o emprego e as condições de trabalho, o acesso adequado aos serviços de saúde e os ambientes físicos). Adquirir estas mudanças nos *estilos de vida* e nas *condições de vida*, através de intervenções planeadas incluindo a promoção da saúde, prevenção da doença e cuidados de saúde primários é considerado um *resultado de saúde intermediário*. Os *resultados em promoção da saúde* representam os resultados mais imediatos das actividades de promoção da saúde e são geralmente dirigidos para a modificação dos

determinantes da saúde, por isso, incluem a *literacia em saúde*, as *políticas públicas saudáveis* e a *acção comunitária para a saúde* (WHO, 1998).

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. Assim, para as pessoas contribuírem para a resolução dos problemas de saúde têm que estar capacitadas para identificar quer as causas estruturais quer as causas pessoais, e desenvolver as suas próprias habilidades para influenciar e mudar essas condições. As escolas têm a responsabilidade de ajudar a habilitar os alunos com o conhecimento e sentido de compromisso necessários para tomarem decisões pessoais significativas e realizarem acções dirigidas para mudar quer os estilos de vida quer as condições sociais negativas para a saúde. Consequentemente, o objectivo global para a educação para a saúde na escola é desenvolver a habilidade dos alunos para agir a nível pessoal e social no sentido de resolver os problemas de saúde, isto é, aumentar a sua *competência de acção* (Jensen, 1995, 1997; Vilaça, 2006).

A definição de saúde “completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1978), descrita na *Declaração de Alma-Ata em Cuidados de Saúde Primários: Saúde para Todos no Ano 2000*, implica um conceito aberto de saúde e mudanças na educação para a saúde. A abordagem metodológica tem que ser orientada para os princípios de participação activa e democrática dos alunos. De acordo com Jensen (1997), isto não significa que a informação relevante sobre os factores que provocam doenças deverá ser retirada da educação para a saúde, pelo contrário, essa informação deverá ser trazida para as discussões, tal como as visões e preferências dos próprios alunos. Tais discussões equilibradas poderão ajudar a *qualificar* os alunos para fazerem escolhas em relação à sua própria saúde. Esta dinâmica é a fundamentação do *paradigma democrático* da educação para a saúde, que tem ligações com a educação ambiental. Jensen (1997) refere que a palavra *paradigma* foi escolhida com cuidado porque “as duas abordagens referem-se a duas visões incompatíveis e fundamentais sobre as crianças, a saúde, como é que as crianças e os jovens aprendem e sobre as bases pedagógicas para a aprendizagem” (p. 419).

As diferenças entre os paradigmas incluem, entre outras coisas, as diferenças entre informação e educação. 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. O *paradigma moralista* é totalitário, os programas são baseados na informação e o aluno é visto como um agente passivo, a quem não é proporcionado um espaço para expor os seus próprios pensamentos e conceitos sobre saúde e vida saudável. Em contraste, no *paradigma democrático*, os programas são baseados na educação, que enfatiza o envolvimento activo dos alunos na construção do seu próprio conhecimento e da *competência de acção*. Os dois paradigmas têm diferenças cruciais nos conceitos de saúde e na abordagem pedagógica, mas também diferem em relação ao currículo oculto, à abordagem nos contextos, avaliação e colaboração com a comunidade local (quadro 1).

Quadro 1: Dois paradigmas em educação para a saúde (Jensen, 1997, p. 420)

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

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 democrático. Por exemplo, está fora de questão “avaliar um programa cujo objectivo foi encorajar a competência de acção dos alunos através do exame, por exemplo, das mudanças no seu comportamento para fumar” (Jensen, 1997, p.419), da mesma maneira, “poderá não ser sábio avaliar uma campanha anti-tabaco moralista através do desenvolvimento das capacidades dos alunos para imaginar (visionar) alternativas saudáveis” (p. 419). A escolha por um dos modelos tem que ser feita desde o início (Jensen, 1994, 1995).

O *paradigma moralista* vê a saúde só como *ausência de doença* e as causas para os problemas de saúde puramente como falhas nos estilos de vida e comportamentos individuais. Neste modelo, as definições de saúde e de vida saudável são conceitos fechados confiados aos profissionais de saúde. Como resultado, esta abordagem pode ser considerada totalitária, porque não dá espaço para os pensamentos e decisões dos alunos sobre o que pode significar para eles os conceitos de saúde e de vida saudável. 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 peritos sabem o que é bom para nós” (p.420). Além disso, focar-se apenas nos estilos de vida como um factor determinante para a saúde, está baseado numa imagem ingénua e simplista da realidade que pode bloquear directamente o desenvolvimento das noções dos alunos sobre como é que a sociedade é estruturada, se desenvolve e influência os nossos rumos imediatos da acção. Consequentemente, esta abordagem da educação para a saúde é fundamentada na ideologia de “culpar a vítima” e negligência totalmente a investigação em sociologia, antropologia e medicina social que mostram que as condições de vida sociais são o maior factor quer para colocar a saúde em perigo, quer para a promover.

O conceito fechado e pré-definido de saúde do paradigma moralista focado na dimensão da doença,

viola a definição de saúde da OMS que muitas campanhas e materiais desse paradigma dizem construir. O *bem-estar* incluído na definição de saúde toma seriamente em atenção as noções próprias dos grupos-alvo sobre o que é qualidade de vida (uma vida boa), independentemente de serem médicos, crianças da escola ou membros da comunidade local (Jensen, 1997). Consequentemente, se os especialistas médicos quiserem trabalhar com a definição de saúde da OMS, não podem em simultâneo dizer às pessoas em que consiste uma “vida saudável”. Eles, tal como os professores 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.

Jensen (1994) salienta que a consequência do domínio científico nestas áreas, é que as pessoas nunca são vistas e compreendidas no contexto social e económico de que fazem parte. Desta maneira, apesar do ensino comunicar factos 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 com base no conhecimento. A individualização tem um carácter ilusório que bloqueia o trabalho de desenvolver as possibilidades de acção. Como consequência, tal ensino leva ao conhecimento sobre a existência e a extensão de um número de problemas, sem dar uma oportunidade para transformar o conhecimento em acção. Por isso, o conhecimento científico pode contribuir para aumentar quer a ansiedade quer a paralisia para a acção. Para resolver esse problema, Jensen (2000) descreve quatro dimensões para o conhecimento orientado para a acção, onde se trabalha com a mesma ênfase as áreas científica, psicológica, sociológica, política, cultural e económica: 1ª - Que tipo de problema é? Conhecimento sobre as consequências; 2ª - Porque temos os problemas que temos? Conhecimento sobre as causas; 3ª - Como podemos mudar as coisas? Conhecimento sobre estratégias de mudança; e 4ª - Para onde queremos ir? Conhecimento sobre as alternativas e visões.

A interdisciplinaridade pode ser mencionada como a pré-condição para o desenvolvimento da *competência de acção*. A abordagem da educação para a saúde aqui delimitada implica, como já foi referido, que não pode ser tratada meramente dentro da disciplina de Ciências Naturais. Se só é empregue o nível científico, o foco será descrever – e ilustrar – os efeitos graves que os problemas apresentam e os resultados do ensino serão a preocupação e a falta de poder dos alunos. Se o objectivo é essa falta de poder ser transformada ou qualificada na habilidade real para agir, as aulas têm que colocar a *perspectiva de acção* no centro e envolver as perspectivas sociais na discussão das soluções para os nossos problemas de saúde e ambiente (Jensen, 1995; Simovska, Jensen, 2003; Vilaça, 2006).

Neste âmbito, no estudo que a seguir se apresenta, será analisada a eficácia de um projecto de educação sexual baseado no paradigma democrático de educação para a saúde no desenvolvimento da *acção*, *competência de acção* e *participação* em educação sexual, dos adolescentes de seis escolas oficiais Portuguesas dos 7º ao 12º anos de escolaridade.

2. Metodologia

Desenho geral da investigação

Este estudo surgiu da problematização feita por um grupo de professores que integrou pelo segundo ano lectivo consecutivo o projecto *Jovens Saudáveis em Acção: Projecto Piloto de Educação Sexual* baseado na metodologia S – IVAM (selecção do tema/problema, investigação, visão e acção & mudança), com utilização das tecnologias de informação e comunicação (TIC) (ver Vilaça, 2006). O objectivo foi analisar como evoluiu o projecto para aumentar a participação dos alunos e a realização de acções que os levem a desenvolver a competência de acção no âmbito da sexualidade. Nesse sentido foi investigado o tipo de participação dos alunos e o desenvolvimento das componentes da *competência de acção* no âmbito da sexualidade: quatro dimensões do conhecimento orientado para a acção (consequências e causas do problema, estratégias de mudança e visões), as acções que realizaram e o sentido de compromisso com a promoção da saúde sexual que desenvolveram.

A implementação do Projecto nas escolas e a interacção através do website do Projecto (www.dct.uminho.pt/jsea), visou melhorar a aprendizagem a partir da experiência, através da condução de trabalho de projecto centrado na turma e orientado para a acção e participação. O estudo foi desenvolvido em duas fases. A primeira decorreu no ano lectivo 2003/04, durante aproximadamente cinco meses, sendo uma parte desenvolvida em simultâneo com a formação contínua de professores. Nesta etapa, os alunos criaram a infra-estrutura online para a participação no *website* do Projecto, debateram o conceito de sexualidade e educação sexual e seleccionaram os temas/ problemas que gostariam de tratar. Na segunda fase, que ocorreu no ano lectivo seguinte (2004/05), os alunos desenvolveram um ou dois temas/problemas dos que desejavam tratar, no âmbito da metodologia de projecto.

O tipo de participação dos alunos nas várias fases do projecto foi analisado em função de *quem sugere e quem decide*, desde um nível de não participação, que significa, "o professor decide por si próprio", até um nível progressivamente cada vez maior de participação: "o professor decide consultando os alunos"; "o professor sugere e decide em conjunto com os alunos"; "os alunos sugerem e decidem por si próprios" e "os alunos sugerem e decidem em conjunto com o professor".

Para apoiar científica e pedagogicamente o projecto, foi desenvolvido um programa do 7º ao 12º ano de escolaridade designado *Participação Genuína dos Alunos na Educação Sexual: Aprendizagem Orientada para a Acção e Participação com Aplicação de TIC*, constituído pelo seguinte material: Website Jovens Saudáveis em Acção: www.dct.uminho.pt/jsea; Kit de Actividades para Alunos; e Guia para Professores.

Este programa foi desenvolvido para o aluno ter o *papel central* na selecção dos temas ou problemas que queria tratar e na coordenação e implementação das actividades de educação sexual. O professor devia ter o papel de *facilitador*, o que significa assumir a responsabilidade pela motivação dos alunos, pelo incentivo para cooperarem democraticamente, pelo suporte científico e pelo suporte no desenvolvimento da sua competência de acção (conhecimento e *insights*, compromisso, visões e experiências de acção). Quer o

website quer o *Kit de Actividades* estavam organizados em seis *núcleos temáticos* independentes: (1) sexualidade(s) e educação sexual; (2) despertar da maturidade sexual; (3) amor, intimidade, comunicação e comportamento sexual; (4) fertilidade humana; (5) sexualidade e reprodução; e (6) prevenção de DSTs.

O conceito de *núcleo temático* foi entendido como o conjunto central de conhecimentos que deverão ser adquiridos em cada tema ao longo do 3º ciclo e do ensino secundário, para englobar as diferentes perspectivas das quatro dimensões do conhecimento orientado para a acção, segundo as quais um tema de saúde sexual pode ser observado e analisado: consequências dos problemas de saúde sexual e reprodutiva; causas desses problemas; estratégias de mudança; e alternativas e visões. Foram sugeridas as três dimensões abaixo indicadas, adaptadas da metodologia IVAM de Jensen (1995; 1997) para serem tratadas nos projectos de educação sexual (quadro 2).

Quadro 2: Perspectivas a trabalhar dentro dos projectos de educação sexual

A: Investigação de temas de saúde sexual e reprodutiva

1. Com que temas/subtemas quer a turma trabalhar?
2. Com que problema dentro do tema/subtema em questão quer a turma trabalhar?
3. Quais são as consequências desse problema? (porque é que esse problema é importante para nós/outros agora/no futuro?)
4. Quais são as causas desse problema? (quais são os estilos de vida e as condições de vida que contribuem para a existência desse problema?)
5. O que é que nos influencia para termos esses estilos de vida/ condições de vida?
6. Como eram as coisas no passado e porque mudaram?

B: Desenvolvimento de visões sobre como gostaríamos de viver no futuro em relação a esse problema

7. Que alternativas se podem imaginar para o futuro?
8. O que acontece nos outros países e culturas em relação a esse problema?
9. Que alternativa preferimos para o futuro e porquê? (visão sobre a sua vida e a sociedade em que querem viver no futuro)

C: Acção & mudança

10. O que temos que mudar em nós próprios, na família, na turma e na sociedade para atingirmos a nossa visão?
11. Que planos de acção existem para obter essas mudanças?
12. Que barreiras nos podem impedir de realizar essas acções?
13. Que barreiras podem impedir as acções de levarem às mudanças desejadas?
14. Que acção será iniciada?
15. Como será avaliada a acção?

No processo de desenvolvimento do Projecto, as questões dentro de cada uma das dimensões descritas no quadro 2 não devem ser vistas como objectivos a serem atingidos por uma ordem, mas como uma espiral auto-reflexiva de “investigação – acção – reflexão – contexto” durante a qual os participantes vão e vêm várias vezes a certos tópicos/questões das três fases do projecto, para os elaborar no futuro.

Métodos e Técnicas de Recolha e Análise de Dados

A primeira decisão dos professores foi alargar a comunidade crítica aos alunos e, quando apropriado, aos pais e colaboradores externos (médicos e psicólogos). A espiral auto-reflexiva da investigação-acção-participativa foi seguida pela comunidade crítica alargada, através da avaliação que os participantes fizeram no fim de cada uma das fases da metodologia S – IVAM.

As questões de investigação inicialmente formuladas, a intenção de desenvolver os processos de cooperação e colaboração na comunidade crítica e a preocupação com a validade da investigação, levaram a

optar por um processo de triangulação das técnicas de investigação e triangulação das inferências ou conclusões entre a investigadora e participantes (professores, alunos e, pontualmente, pais, médicos, psicólogas e enfermeiras). Neste sentido foram seleccionadas para este estudo as seguintes técnicas de investigação:

- (1) *nas seis escolas deste estudo*: observação participante das actividades dos alunos na escola e notas de campo; entrevistas informais individuais e de grupo; entrevista final de grupo semi-estruturada, para professores e para alunos; e
- (2) *em todas as escolas envolvidas no projecto*: análise de documentos produzidos na escola pelos alunos e colocados online: e-diários de aula dos alunos/ professores, *e-forum* de relações interpessoais entre alunos do projecto (*Forum da Amizade*), e – *fórum* de discussão sobre os temas para os alunos (*Fórum Jovens em Acção*) e professores (*Fórum Projecto Piloto de Educação Sexual On-line*), e – *fórum* de discussão dos alunos para tirar dúvidas sobre sexualidade (*Fórum Sexualidades*); observação participante nas acções com pais ou colegas; e entrevistas informais a pais e colaboradores.

A apresentação e discussão dos resultados será feita por escola, recorrendo a categorias de codificação como organizadores da análise.

Caracterização dos participantes no estudo

Este estudo foi focalizado na análise do trabalho desenvolvido pelos alunos de 15 escolas (quadro 3) de diferentes concelhos do Distrito de Braga, no norte de Portugal, que estavam a implementar o projecto de educação sexual baseado na metodologia S – IVAM, com utilização das TIC desde o ano lectivo anterior, como consequência da formação contínua de professores realizada previamente. A partir desta amostra inicial seleccionada através de uma amostragem intencional (Patton, 1990) estratificada por nível de ensino, foi, posteriormente, seleccionada uma sub-amostra para se recolher dados de investigação com um maior grau de profundidade. Esta sub-amostra foi constituída por alunos de 6 escolas que estavam a implementar o projecto de educação sexual na *Área-Escola* no ensino complementar – 10º ao 12º anos (3 escolas) ou na *Área Projecto e/ou Formação Cívica* no ensino básico – 7º ao 9º ano (3 escolas) (quadro 4).

Quadro 3: Características da amostra total de alunos online (N=817)

	Ensino Básico						Ensino Secundário			
	7º ano (N= 222)		8º ano (N= 223)		9º ano (N= 214)		10º (N= 82)		11º (N= 76)	
Ano de esc.										
Idade média	12,7 (11-16; DP= 0,99)		13,4 (12-16;DP= 0,89)		14,5 (12-18;DP= 1,1)		15,4 (14-19;DP= 0,75)		16,1 (15-20; DP= 0,73)	
Sexo	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Masculino	123	55,4	107	48,0	100	47,2	32	39,0	27	35,5
Feminino	99	44,6	116	52,0	112	52,8	50	61,0	49	64,5

Os dados recolhidos online da amostra total (quadro 3) funcionaram como dados adicionais para a recolha de informação.

Nas seis turmas onde os dados foram recolhidos em profundidade (quadro 4), em duas do ensino básico e duas do ensino secundário o projecto foi desenvolvido nos dois anos lectivos consecutivos com os

Quadro 4: Características da sub-amostra de alunos por escola para recolha de dados em profundidade (N=350)

Escola	Ensino Básico						Ensino Secundário						
	B		G		J		L		O		Q		
2003/2004	Nº Turmas/Ano	3T/ 7º ano		1T/ 7º ano		2T/ 8º ano		2T/ 11º ano		2T/ 11º ano		3+1T/ 10º+11º	
	Nº aulas (total alunos)	Aulas: 25 (N= 63)		Aulas: 60 (N= 28)		Aulas: 60 (N= 50)		Aulas: 25 (N= 40)		Aulas: 25 (N= 21)		Aulas: 25 (N= 82)	
	Idade média	13,1 (11-16; DP= 1,35)		12,5 (12-16; DP= 0,98)		13 (12-15; DP= 0,61)		16 (15-17; DP= 0,46)		16 (15-18; DP=0,0)		15,5 (15-18; DP=0,80)	
	Sexo	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
	Masculino	36	57,1	16	57,1	29	58,0	17	42,5	7	33,3	41	50,0
Feminino	27	42,9	12	42,9	21	42,0	23	57,5	14	66,7	41	50,0	
2004/2005	Nº Turmas/Ano/	3T/ 9º ano		Mesmos		Mesmos		2+1T/10º+12º (mesmos)		Mesmos		Mesmos	
	Nº aulas (total alunos)	Aulas: 60 (N= 46)		alunos		alunos		Aulas: 25 (N= 45)		alunos		alunos	
	Idade média	14,5 (13-17; DP= 0,84)						16,6 (15-20; DP= 1,0)					
	Sexo	f	%					f	%				
	Masculino	22	47,8					5	11,1				
Feminino	24	52,2					40	88,9					

mesmos alunos. O número de alunos envolvido no Projecto em cada nível de ensino foi aproximadamente igual (141 no ensino básico e 143 no ensino secundário). No ensino básico participou no projecto um maior número de rapazes (57,4%) e no ensino secundário um maior número de raparigas (54,5%).

3. Apresentação e discussão dos resultados

Construção do conhecimento orientado para a acção

As *manifestações da sexualidade* identificadas pelos alunos, como uma das consequências da sexualidade (ver website), incluíram o *estilo de vida* (e.g., “olhar para o espelho” (20,0 %), “vestir roupa sexy” (86,7%), “escolha de filmes ou programas de TV” (46,7%), “a forma de olhar, dar piropos e apreciar o corpo das raparigas” (86,7%), “namorar” (100%), “ter relações coitais” (66,7%), “comprar o preservativo” (6,7%)) e as *condições de vida* (e.g., “na escola existem em todos os pavilhões duas casas de banho individuais, uma para rapazes e outra para raparigas” (6,7%), “a divisão dos grupos na escola, os rapazes vão para um lado e as raparigas para outro” (6,7%), “filmes e novelas proporcionados pela TV” (46,7%)).

Por um lado, estas *manifestações da sexualidade* que incluíram o desenvolvimento afectivo – sexual e a mudança das “figuras de apego”; o cuidado com a imagem corporal e a acomodação aos estereótipos de género existentes, como ponte para a popularidade; e todas as atitudes e comportamentos sexuais nos adolescentes (excepto a compra do preservativo) foram associadas por eles ao seu bem estar e vistas como sinónimo de qualidade de vida. Por outro lado, quando descreveram como uma das causas que condicionam a sua sexualidade as *mensagens sobre sexualidade que recebem no seu dia-a-dia das pessoas da sua idade* (ver website), às mensagens sobre a imagem pessoal (e.g.; “uso de roupa de marca, maquilhagem, etc.” (66,7%), “beleza corporal” (46,7%)), incentivo ao divertimento (e.g., “sair, ir a discotecas, conhecer pessoas” (33,3%)) e relações afectivo-sexuais (e.g., “experimenta ter relações sexuais que vais gostar (...) é uma nova experiência na tua vida” (66,7%), “é normal pedirem namoro e começarem a namorar” (46,7%)) associam

mensagens de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e de gravidez não desejada (e.g., “não te esqueças de te proteger, usa o preservativo” (46,7%), “dizem-nos para usarmos sempre métodos contraceptivos”(33,3%). Isto significa que colocam a par do bem-estar e da qualidade de vida a que deram mais ênfase, provavelmente porque é mais importante para eles, a ausência de doença e de condições pessoais negativas. Por outras palavras, assumem claramente uma dimensão positiva (ausência de doença e bem-estar/ qualidade de vida) e ampla (estilos de vida e condições de vida) da saúde sexual, tal como defendido pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1975; 1993,1995; 2000).

As visões desenvolvidas pelos alunos no âmbito deste projecto, em qualquer tema/ problema seleccionados, publicados na quarta secção metodológica do Website “Visões” (ver website), continuaram a trabalhar esta visão ampla e positiva dos problemas de saúde sexual e originaram experiências de acção que envolveram os pais, os colegas mais velhos e os colegas da mesma idade.

Em seguida será apresentado um exemplo de uma visão desenvolvida por alunos do 3º ciclo, criada para resolver o problema pelo qual decidiram começar o projecto: a prevenção da gravidez não desejada. Consideraram que esse problema era importante para eles por três razões principais: porque não estavam biológica, emocional e economicamente preparados para ser mães ou pais; não queriam prejudicar os seus estudos e o seu futuro e porque os pais podiam reagir mal e não ajudar a criar um filho. Na opinião destes alunos, as causas para a gravidez na adolescência eram de dois tipos: (1) *causas pessoais* – e.g. “porque não se informam, muitas vezes nem sequer sabem o que é o planeamento familiar; porque são irresponsáveis não usam métodos contraceptivos”; e (2) *causas sociais* – e.g. “às vezes as raparigas são pressionadas e para não perderem o namorado fazem a relação sexual; muitas vezes vão para as discotecas, bebem, depois não sabem o que fazem e os rapazes aproveitam-se; porque se sentem inferiores às colegas mais velhas que já tiveram relações sexuais; a liberdade que muitos pais dão levam-nos a cometer muitos erros, como a gravidez; a gravidez muitas vezes acontece por falta de aconselhamento dos pais”. As alternativas que estes alunos colocaram para no futuro não existir estes problemas incluíram imaginar situações educativas para aumentar o conhecimento dos adolescentes e as suas habilidades pessoais e sociais, tais como: educação sexual nas escolas, campanhas de prevenção da gravidez e publicidade a métodos contraceptivos. Também descreveram alterações desejáveis a nível dos estilos de vida e do comportamento sexual e de condições de vida específicas, tais como, melhorar o diálogo sobre estes assuntos com pais e professores.

Em todas as escolas, tal como neste exemplo, os alunos desenvolveram visões que deram mais ênfase ao conceito de bem-estar e qualidade de vida, mesmo quando o foco de preocupação foi evitar condições de saúde negativas tal como a gravidez não desejada e a pressão de amigos para adquirir comportamentos não saudáveis. Estes resultados são semelhantes a outros encontrados na REEPS quando se utiliza o modelo IVAM (ver e.g., Jensen, 2000; Simovska, Jensen, 2003; Simovska, 2004; Vilaça, 2006).

Acção e Mudança

Ao seguirem a metodologia S- IVAM os alunos realizaram várias *acções* com vista a iniciar as mudanças de promoção da saúde. As *acções* estavam relacionadas com as ideias dos alunos sobre as possibilidades para resolverem os problemas ao agirem para modificar as causas que foram previamente identificadas. As *acções* foram realizadas por 10 das 15 escolas do Projecto e foram agrupadas em três tipos de acordo com os objectivos visionários que pretendiam atingir: (1) mudar as políticas da escola e o ambiente em casa para envolver os pais na educação sexual dos jovens (60%); (2) educação de pares com colegas mais velhos (30%); e (3) educação de pares com colegas mais novos (60%).

Será dado o exemplo de uma *acção*, retomando a visão acima referida desenvolvida por alunos do 3º ciclo, para resolver o problema da gravidez não desejada na adolescência. Primeiro, os alunos reflectiram sobre as mudanças que teriam que acontecer dentro de deles próprios. Foram várias as mudanças indicadas: e.g. “ter consciência do que estamos a fazer quando temos relações sexuais; ter cuidado e informarmo-nos bem antes de praticar relações sexuais; ter calma e esperar pela altura certa; estar de olho aberto para que ninguém nos pressione”. Também foram várias as mudanças indicadas para a escola: “a escola deve informar os alunos sobre os métodos contraceptivos; devemos organizar na escola debates e palestras sobre o tema; podíamos fazer publicações na escola sobre o sexo e os métodos contraceptivos; devíamos ter aulas práticas sobre o funcionamento dos métodos contraceptivos; devíamos ter aulas de educação sexual; a escola devia ocupar os tempos livres para que alguns jovens não tenham tempo para ter relações sexuais à vista de todos e deve haver uma boa convivência entre todos para que se possa falar sobre sexualidade”. Por fim, os alunos identificaram várias mudanças a fazer na sociedade: “haver mais informação na televisão, rádios e jornais sobre os métodos contraceptivos; haver mais campanhas para informar os jovens, mas diferentes das que têm existido; haver mais postos que facilitem a compra de métodos contraceptivos; haver um acesso mais fácil aos métodos contraceptivos para os jovens e baixar-se o preço deles; e haver menos filmes pornográficos”.

Antes de planificar a *acção* na escola os alunos ainda reflectiram sobre as *acções* que no seu dia-a-dia deveriam realizar para prevenir a gravidez. Identificaram três *acções* prioritárias: “nunca se deixar influenciar pelos outros; falar com o namorado(a) sobre métodos contraceptivos, antes de ter a 1ª relação sexual; e não ter relações sexuais se tiver dúvidas e conversar com os pais sobre isso”. Decidiram chamar à *acção* na escola “Sem tabus: Sexualidade na adolescência” e convidar todas as turmas do 9º ano. No convite que fizeram ao médico explicaram que queriam uma sessão prática por turma sobre métodos contraceptivos, onde pudessem colocar todas as perguntas que desejassem. A figura 1 ilustra a dinâmica da sessão prática.

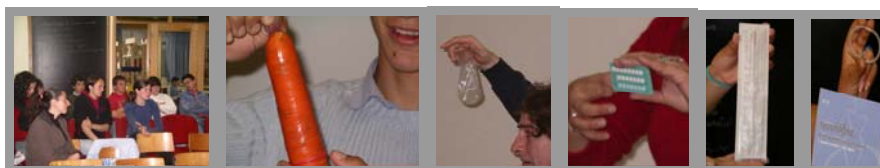


Figura 1: Realização da *acção* com os colegas da mesma idade (Website, Escola EB2,3 de Apúlia, Esposende)

Estes alunos estiveram a trabalhar intencionalmente e voluntariamente para resolver um problema pessoal de falta de conhecimento e à-vontade sobre a utilização de métodos contraceptivos e a prevenção da gravidez não desejada e de ISTs. Quando sentiram necessidade da colaboração de profissionais de saúde para completar o seu conhecimento organizaram a acção acima referida. Como sabiam que os colegas sentiam as mesmas dúvidas que as que possuíam, ao planificar esta acção trabalharam também orientados para a resolução deste problema nos seus pares. Este tipo de acções foi muito frequente durante o projecto. A disponibilidade dos médicos e/ou enfermeiras(os) foi sempre incondicional e apenas pediram aos alunos reajuste no calendário. Uma das grandes mudanças positivas a que se assistiu na maior parte das escolas foi à interacção alunos – médicos, em vez de professores – médicos para planificar e implementar as sessões.

Em todas as acções em que os alunos agiram colectivamente como catalizadores das mudanças dos pais, na educação de pares (de colegas mais velhos ou da mesma idade) ou na sua própria educação, trabalharam as dimensões de um escola promotora de saúde (EPS): (1) as dimensões de saúde sexual trabalhadas pelos alunos mostrando uma visão holística ampla e positiva da saúde foram criadas a partir das suas experiências pessoais e das suas ideias; (2) os alunos foram parceiros activos no diálogo com os adultos em todas as situações e fases destes projectos orientados para a acção; (3) as suas acções evidenciaram resultados de aprendizagem categorizados num nível de literacia de saúde crítica com aplicação de conhecimentos adquiridos nas quatro áreas orientadas para a acção definidas por Jensen, demonstrando evidências de ganhos nos vários elementos constituintes da operacionalização do conceito de competência de acção: *insight* e conhecimento, comprometimento, visões e experiências de acção.

Os professores e alunos participantes assumiram como ponto de partida para o seu trabalho que os problemas de saúde sexual estavam estruturalmente ancorados na nossa sociedade e na nossa maneira de viver. Reconheceram que a saúde sexual não é influenciada só pelos estilos de vida (atitudes, valores e comportamentos) ou só pelas condições de vida (ambiente social e físico e a rede cultural e económica que afecta a vida das pessoas) mas pela sua interacção. Por um lado, experienciaram que as condições de vida e a sociedade afectam as nossas possibilidades de acção imediata e, por outro lado, ficaram conscientes que podem agir para ajudar a mudar a rede social. Neste sentido, os seus projectos contribuíram para a sua capacitação e desenvolvimento da competência de acção, tal como é preconizado pela REEPS.

Conclusões e implicações para o futuro

A eficácia demonstrada pela aplicação da metodologia S – IVAM na educação sexual no desenvolvimento de competências de acção dos alunos sugere que esta metodologia deverá ser ensinada aos professores na formação, tal como os paradigmas de educação para a saúde democrático (e moralista) e o conceito de saúde amplo e positivo dentro de uma abordagem metodológica que cria condições para a construção das quatro dimensões do conhecimento orientado para a acção.

As áreas curriculares não disciplinares já existentes no 3º ciclo – Área de Projecto e Formação Cívica

– e a Área de Projecto actualmente existente para o 12º ano são fundamentais para a educação para a saúde na escola e, mais especificamente, para a educação para a saúde sexual. Deveriam ser criadas parcerias entre as escolas, os Centros de Saúde, a Câmara Municipal e outras entidades ou instituições de referência na comunidade, para planificar um projecto de promoção e educação para saúde na comunidade que integrasse o plano da escola “dentro” e “em colaboração” com o da comunidade (e.g., no âmbito do Conselho Municipal de Educação). Os resultados desta investigação também sugerem que os programas das diversas disciplinas, mesmo quando não são centrais no desenvolvimento do projecto de promoção e educação para a saúde, deverão ter alguma flexibilidade para colaborar com as áreas curriculares não disciplinares e otimizar a sua natureza transversal e integradora de saberes.

Referências bibliográficas

- Jensen, B. B. (1994). 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. (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. (1997). A case of two paradigms within health education. *Health Education Research*, 12 (4) pp.419-428.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. London: Sage Publications.
- Simovska V.(2004). *Learning by InterAction: Learning about health through participation and action – the health promoting schools perspective*. Copenhagen: Danish University of Education Press.
- 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.
- Vilça, 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).
- WHO (1975). *Education and treatment in human sexuality: The training of health professio*. Geneva: WHO.
- WHO (1978). *Alma-Ata Declaration*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (1993). *Counselling skills training in adolescent sexuality and reproductive health*. Geneva: WHO.
- WHO (1995). *Teaching modules for basic education in human sexuality*. Geneva: WHO.
- WHO (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO. WHO/HPR/HEP/98.1.
- WHO (2000). *Promotion of sexual health. Recommendations for action*. Geneva: WHO.

A Coruña,
19, 20 e 21 de setembro.

Sede:
Facultade de Ciencias da Educación.
Campus de Elviña.
Universidade da Coruña.

Áreas temáticas:

- * Conflicto e mediación en contextos educativos.
 - * Desenvolvemento vocacional e orientación para a carreira.
- * Espazo Europeo de Educación Superior (EEES).
 - * Estratexias de aprendizaxe e intervención psicoeducativa.
- * Formación e transición ao mundo do traballo.
 - * Integración e adaptación á Universidade.
 - * Interculturalidade e educación.
 - * Modelos e dispositivos de formación.
 - * Necesidades educativas especiais e adaptacións curriculares.
 - * Políticas e prácticas de avaliación.
 - * Procesos de adaptación escolar, familiar e social e contextos educativos.
 - * Procesos de aprendizaxe en contextos educativos.
- * Procesos motivacionais e aprendizaxe escolar.
 - * Técnicas de intervención psicolóxica en medios educativos.
 - * Tecnoloxías e comunicación educativa.
 - * Temas transversais do curriculum.

IX congreso internacional 2007 galego-portugués de psicopedagogía

Barca, A., Peralbo, M., Porto, A., Duarte da Silva, B.
e Almeida, L. (Eds.) (2007).

Libro de Actas do Congreso Internacional Galego-Portugués de Psicopedagogía.

A. Coruña/Universidade da Coruña:
Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía
e Educación.

ISSN: 1138-1663.



Barca, A., Peralbo, M. e Porto, A., Duarte da Silva, B. e Almeida, L. (Eds.) (2007).
Libro de Actas do Congreso Internacional Galego-Portugués de Psicopedagogía.
A. Coruña/Universidade da Coruña:
Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación.
ISSN: 1138-1663.



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

A Coruña: Universidade da Coruña, Setembro, 2007.