AÇÃO, COMPETÊNCIA PARA A AÇÃO E VISIBILIDADE DO GÉNERO NA EDUCAÇÃO EM SEXUALIDADE NAS ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE

Teresa VILAÇA

Introdução

Neste capítulo argumenta-se que a promoção de uma sexualidade saudável nos/as adolescentes, pode ser conseguida com a implementação de projetos de turma baseados numa abordagem da educação em sexualidade democrática, como parte da dinâmica das Escolas Promotoras de Saúde (EPS).

Assim, depois de se enquadrar a educação em sexualidade na promoção da saúde sexual e reprodutiva (SSR), será apresentada a sua implementação dentro do paradigma de educação para a saúde democrático e das escolas promotoras de saúde (EPS). Neste âmbito, será discutida a participação dos dos/as alunos/as e o desenvolvimento da sua competência para a ação durante a implementação da educação em sexualidade na comunidade escolar seguindo o modelo IVAM (Investigação– Visões– Ação e Mudança), desenvolvido por Jensen, que dá aos/às alunos/as a oportunidade de definirem um problema de saúde sexual local importante para eles/elas, adquirirem conhecimento sobre o problema, vislumbrarem soluções possíveis e tomarem algumas medidas para o resolver. Também serão discutidas algumas evidências que mostram como é importante a educação em sexualidade ser sensível às diferenças de género.

Por fim, serão feitas algumas considerações finais sobre o contributo das investigações que foram sendo referidas para a tomada de decisões informadas relativamente à adopção, ou não, do modelo IVAM dentro das EPS, como um suporte para a mudança social que ajuda os educadores, pais e grupos comunitários a conceptualizarem e implementarem as posições socialmente críticas necessárias para a realização de futuros alternativos saudáveis.

Saúde sexual e reprodutiva e educação em sexualidade

A interdependência entre o direito à sexualidade, saúde e educação, bem como a sua relação com outros direitos a partir de uma perspectiva de género e diversidade, mostram que o direito à educação em sexualidade encontra-se no âmbito das normas internacionais dos direitos humanos, sendo da responsabilidade do Estado analisar as tendências por região e país, bem como as diferentes perspectivas sobre o assunto e as formas como são valorizados o papel da família e da comunidade.

Na Plataforma de ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo (UNDP, 1995), defendeu-se que os Estados devem garantir que não se restrinja o acesso das pessoas aos serviços apropriados e às informações necessárias, devendo remover-se as barreiras sociais e regulamentações às informações sobre o cuidado e a saúde sexual e reprodutiva (SSR). Esta abordagem centrada no desenvolvimento humano definiu uma nova orientação, para a comunidade internacional e para todos os governos, ao clarificar o conceito de saúde sexual e a sua ligação com a saúde reprodutiva, dentro de uma visão holística da saúde, tal como preconizado pela Carta de Ottawa (WHO, 1986) e pelas Escolas Promotoras de Saúde (CONFERENCE..., 1997; VILAÇA, 2006):

> A saúde reprodutiva é um estado do completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias que se relacionam com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, consequentemente, que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e que tenham a capacidade de se reproduzir e decidir se, quando e com que frequência o fazem. Implícito nesta última condição estão os direitos de homens e mulheres serem informados e terem acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis, também como, o acesso a serviços de saúde adequados, que permitam às mulheres ter uma gravidez e parto em segurança e ofereçam aos casais as melhores oportunidades de terem crianças saudáveis. De acordo com esta definição de saúde reprodutiva, os cuidados de saúde reprodutiva são definidos como o conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde reprodutiva e o bem estar através da prevenção e da resolução de problemas de saúde reprodutiva. Isto também inclui a saúde sexual, cujo objectivo é promover a vida e as relações pessoais e não meramente fazer aconselhamento e prestar cuidados relacionados com a reprodução e as doenças sexualmente transmissíveis. (UNDP, 1995, p.37, tradução nossa).

A igualdade e equidade de gênero, o direito a atingir o mais alto standard de saúde física e mental e a família como base unitária da sociedade, foram três dos quinze princípios deste programa de ação. A igualdade e equidade de gênero, estabelece que promover a igualdade e equidade de gênero e a capacitação da mulher, a eliminação de todos os tipos de violência contra a mulher e assegurar a habilidade da mulher para controlar a sua própria fertilidade, são a base dos programas relacionados com o desenvolvimento das populações, sendo objectivos prioritários da comunidade internacional a plena e igual participação da mulher na vida cívica, cultural, econômica, política e social, a níveis regional e internacional, e a erradicação de todas as formas de discriminação relacionada com o gênero (UNDP, 1995,

cap.4). Neste documento, a saúde definida com um direito (UNDP, 1995, cap.8), atribuiu ao Estado o dever de tomar as medidas apropriadas para possibilitar a igualdade entre o homem e a mulher e criar condições para o acesso universal aos cuidados de saúde, incluindo os que estão relacionados com os cuidados de saúde reprodutiva. Estes cuidados englobam o planejamento familiar e a saúde sexual, defendendo que todos os casais e indivíduos têm o direito básico de decidir, livre e responsavelmente, o número e a altura para ter filhos e, para isso, ter a informação e a educação como um meio para o fazer. No capítulo IX (UNDP, 1995), a família, entendida como diferente em função dos vários sistemas culturais, políticos e sociais, foi defendida como a unidade básica da sociedade que deveria ser fortalecida.

No capítulo IV do Programa de Ação do Cairo (UNDP, 1995), estes três princípios foram desenvolvidos numa proposta de ação assente em dois pressupostos: a capacitação e o status da mulher (parágrafos 4.1 a 4.14) e as responsabilidades e participação do homem (parágrafos 4.24 a 4.29).

De acordo com este Programa, agir em relação à SSR da mulher, implica criar condições para que ela adquira a igualdade e equidade, baseada numa relação harmoniosa entre o homem e a mulher, e fique capacitada para realizar plenamente o seu potencial. Neste Programa, também se pretende agir para assegurar o aumento dos contributos da mulher para o desenvolvimento sustentável, através do seu envolvimento completo nos processos políticos e de tomada de decisão, e promover a sua participação em todos os aspectos da produção, emprego, educação, saúde, ciência e tecnologia, desportos, cultura e atividades relacionadas com a população e outras áreas em que, como pessoas que tomam ativamente decisões, participam e são beneficiárias, com o objetivo de que a todas as mulheres, tal como aos homens, lhes seja proporcionada a educação necessária para que sejam capazes de satisfazer as suas necessidades humanas básicas e o seu exercício dos direitos humanos.

As estratégias de ação em relação à SSR do homem, incluem, fundamentalmente, criar condições para a igual participação entre o homem e a mulher em todas as áreas da família e das responsabilidades em casa, incluindo o planejamento familiar, cuidar das crianças e participar com igualdade no trabalho doméstico, promovendo um equilíbrio entre as responsabilidades domésticas e públicas. Estas ações deverão promover uma responsabilidade partilhada entre o homem e a mulher e encorajar o envolvimento ativo do homem na paternidade e no comportamento sexual e reprodutivo, incluindo, nomeadamente, o planejamento familiar e os cuidados pré-natais da mãe e da criança, a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, a prevenção de gravidezes não desejadas e de alto risco, a partilha do controlo e a contribuição para o rendimento econômico da família, a educação das crianças, saúde e nutrição e o reconhecimento e promoção de valores iguais às crianças dos dois sexos. O objetivo é promover a igualdade de gênero em todas as esferas da vida do homem, incluindo a família e a vida na comunidade, e encorajar e capacitar o homem a assumir a responsabilidade pelo seu comportamento sexual e reprodutivo e pelos seus papéis sociais e familiares.

Verifica-se que uma grande parte das atenções na SSR dos homens está relacionada com a colaboração dos homens na satisfação das necessidades das mulheres nesta área da saúde. O que se tem vindo a constatar é que se tem descurado a importância dos homens, enquanto

grupo com necessidades em SSR particulares e, enquanto parceiros das mulheres, com responsabilidades partilhadas (NOGUEIRA, 2010). Em Portugal, entre essas necessidades particulares encontram-se as infecções sexualmente transmissíveis (IST), que têm uma incidência maior nos homens do que nas mulheres, especialmente no grupo etário dos 25 aos 44 anos (PORTUAL, 2004), o aumento da infertilidade, seja por factores do meio ambiente ou pelo uso de substâncias químicas, que se encontram na base do aumento das doenças testiculares que afetam a produção de esperma, e a doença da próstata e dos testículos, que aumentam com o envelhecimento da população (ICN, 2011), sendo o tumor da próstata, um dos tumores mais frequentes no homem, uma importante causa de morte (PORTUGAL, 2005). Na opinião de Prazeres (2003), para fomentar a equidade em SSR, não basta apenas esperar dos homens uma maior participação; é necessária uma apropriação partilhada de direitos e deveres, devendo os serviços de prestação de cuidados de saúde aumentar a atenção sobre a SSR e o desenvolvimento e o bem-estar dos jovens do sexo masculino. Na sua opinião, trata-se de uma questão de equidade ligada ao gênero, em que os benefícios a alcançar favorecerão, não só os adolescentes e os jovens do sexo masculino, mas também as raparigas, as mulheres, as crianças, os homens e as comunidades em geral.

A promoção da SSR na adolescência e a educação em sexualidade dos/as adolescentes foi pela primeira vez enfatizada, em 1994, na Conferência do Cairo:

> A resposta da sociedade às necessidades de saúde reprodutiva dos/as adolescentes deve basear-se em informações que os/as ajudem a atingir um nível de maturidade necessário para tomarem decisões responsáveis. Em especial, deve fornecer aos/às adolescentes informação e serviços que os/as ajude a compreenderem a sua sexualidade e protegê-los/as de uma gravidez não desejada, doenças sexualmente transmissíveis e subsequente risco de infertilidade. Tal deve ser articulado com a educação dos homens jovens para que respeitem a autodeterminação das mulheres e com elas partilhem responsabilidades em matéria de sexualidade e procriação. (...) Em muitas sociedades, os/as adolescentes enfrentam pressões para ter relações sexuais. As mulheres jovens, principalmente adolescentes de famílias de baixa condição econômica, são especialmente vulneráveis. Os/as adolescentes sexualmente ativos de ambos os sexos estão expostos a um risco aumentado de contrair e disseminar doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH/SIDA, e muitas vezes estão mal informados/as sobre como se proteger. Tem sido demonstrado que os programas para adolescentes são mais eficazes quando há a sua plena participação na definição das suas necessidades de saúde sexual e reprodutiva e no desenvolvimento de programas para atender a essas necessidades. (UNDP, 1995, p.46-47, tradução nossa).

Regista-se ainda a preocupação em traçar orientações em relação aos programas de educação em sexualidade a implementar na adolescência, valorizando-se a igualdade de género, a violência contra adolescentes, o comportamento sexual responsável, o planeamento familiar responsável, a vida familiar, a saúde reprodutiva, as doenças sexualmente transmissíveis e a prevenção do VIH/ SIDA e a prevenção do abuso sexual e incesto.

Também se denota uma preocupação especial em proporcionar um acompanhamento diferenciado aos/às adolescentes pelo fato de serem ou não sexualmente ativos ou estarem a experienciar uma gravidez. É ainda importante salientar que já neste congresso se enfatiza o importante papel da participação dos/as adolescentes na ação dos Serviços de Saúde e Educação nesta área.

Várias organizações e acontecimentos chave têm traçado o caminho para a promoção da SSR dos/as adolescentes. Os vinte anos do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PDNU) têm vindo a ser avaliados a nível do seu progresso e mudanças a partir do acordo estabelecido na Conferência do Cairo. Os primeiros cinco anos da sua implementação foram o foco de uma série de congressos que levaram à 21ª Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UN, 1999), onde os participantes referiram alguns resultados positivos e negativos conseguidos desde a CIPD. Por um lado, nessa altura verificava-se um aumento da utilização do planeamento familiar, do acesso à contracepção, da qualidade dos cuidados de saúde reprodutiva e dos serviços de saúde reprodutiva. Por outro lado, ainda continuava a existir discriminação continuada contra mulheres e raparigas, crescentes níveis de mortalidade relacionados com o VIH/SIDA, inaceitáveis níveis elevados de mortalidade materna e vulnerabilidade dos/as adolescentes em relação aos riscos de saúde sexual e reprodutiva. Em resposta a esta situação, a revisão dos cinco anos da CIPD reafirmou o objetivo para os países se empenharem na meta de acesso universal à saúde reprodutiva até 2015.

Os dez anos de implementação do programa de ação do CIPD foram avaliados em 2004, oferecendo uma oportunidade para refletir sobre o progresso até ao momento e fazer um balanço dos desafios futuros. Para atingir esse objetivo o Fundo da População das Nações Unidas (UNFPA, 2005) conduziu uma aprofundada análise, país por país, dos resultados obtidos, limitações, lições aprendidas e abordagens viáveis para a plena implementação do programa, e demonstrou como a realização do CIPD seria caminhar para atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

A forma como a saúde sexual e reprodutiva da população poderá contribuir para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), de acordo com o UNFPA (2005), será apresentada a seguir de forma sintética:

ODM 1: Erradicar a pobreza extrema e a fome. O planeamento familiar voluntário pode ajudar as pessoas a terem os/as filhos/as que querem e decidirem quando querem. Se isso acontecer, as famílias mais pobres podem ser menores, fazer um maior investimento na saúde e educação das crianças e espaçar melhor os nascimentos para melhorar a nutrição das crianças.

ODM 2: Atingir o ensino básico universal. Um grande número de crianças em famílias pobres significa que algumas não estudam, outras podem ter a educação adiada, interrompida ou reduzida e as raparigas têm mais probabilidade que os rapazes de não poderem estudar. O início precoce da atividade sexual aumenta o risco de abandono escolar e o casamento precoce interrompe a escolaridade das raparigas.

ODM 3: Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres. A igualdade de género começa com indicadores comuns de literacia e educação e continua com os cuidados de saúde, incluindo o controlo, pessoal e voluntário, sobre a fertilidade. É importante que as famílias e as sociedades aceitem uma maior participação social das mulheres. As meninas e as mulheres precisam de ambientes onde estejam a salvo da violência baseada no género, incluindo a escola.

ODM 4: Reduzir a mortalidade infantil. A mortalidade infantil é mais elevada nas mães mais jovens e depois de nascimentos pouco espaçados. A fertilidade elevada reduz a prestação de cuidados de saúde às crianças, as crianças não desejadas estão mais propensas a morrer do que as desejadas e a morte da mãe aumenta o risco de que os/as filhos/as morram.

ODM 5: Melhorar a saúde materna. Os cuidados na gravidez, durante e após o parto, e cuidados obstétricos de emergência salvam a vida das mulheres, no entanto, a gravidez é mais arriscada em fases precoces do ciclo de vida. O planeamento familiar salva a vida das mulheres, pois reduz a gravidez indesejada, o aborto inseguro e a mortalidade materna. A capacitação (empowerment) das mulheres permite-lhes lidar com as condições sociais que põem em perigo a sua saúde e vida.

ODM 6: Combater o VIH / SIDA, tuberculose, malária e outras doenças. Metade das novas infecções pelo VIH ocorrem em jovens. Prevenir a infecção significa capacitar os/as jovens para se protegerem a si próprios/as das ISTs. Os preservativos masculinos e femininos devem estar disponíveis, precisando os países pobres de sistemas adequados para o garantir. Os serviços de saúde devem ser encorajados a usar programas integrados para abordar as necessidades de saúde reprodutiva de forma holística e servirem uma variedade de necessidades ao longo do ciclo de vida.

ODM 7: Garantir a sustentabilidade ambiental. Equilibrar o uso de recursos e as exigências ecológicas dependerá criticamente do crescimento, localização e movimentos da população, dos padrões de consumo de recursos e da gestão de resíduos. Políticas adequadas irão reduzir a migração urbana e promover o crescimento sustentável da população rural, dependendo a melhoria sustentável da vida nas favelas das políticas para lidar com altas taxas de crescimento urbano, o resultado do crescimento natural e a migração.

ODM 8: Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento. Os programas de saúde reprodutiva nos países menos desenvolvidos, devem beneficiar de maior ajuda internacional, do perdão da dívida e de recursos internos para a saúde e educação. Além disso, precisam de preços acessíveis para medicamentos essenciais para o tratamento de VIH/ SIDA, malária e tuberculose, e uma fonte segura de contraceptivos.

Durante 2009, o Fundo da População das Nações Unidas, a agência que lidera a realização da visão do CIPD estabeleceu parcerias com o objetivo de fortalecer o Programa de Ação CIPD e usá-lo como base para alcançar os ODM. Em 2010, o Relatório do Relator Especial das Nações Unidas sobre o direito à educação, apresentou o tema da educação em sexualidade, colocando-a no contexto do patriarcado e do controlo da sexualidade. O direito à educação em sexualidade foi apresentado no âmbito das normas internacionais de direitos humanos, e foi reiterada a necessidade e relevância do direito a uma educação em sexualidade holística, e apresentadas recomendações concretas para os Estados e a comunidade internacional (UN, 2010).

Simultaneamente, a Associação Mundial para a Saúde Sexual (WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH – WAS) e a Organização Panamericana da Saúde, da Organização Mundial de Saúde, desenvolveram recomendações para a ação na promoção da saúde sexual (WAS; OPS, 2000), aprovaram no XVII Congresso Mundial de Sexologia da WAS, a *Declaração de Montreal Saúde Sexual para o Desenvolvimento do Milénio* (WAS, 2005) e divulgaram a declaração e o documento técnico *Salud Sexual para el Milenio* (WAS; OPS, 2009), que se assume como um documento que especifica e explica em detalhe os oito aspectos bem diferenciados, mas interrelacionados, da saúde sexual, que desempenham funções importantes para fomentar o desenvolvimento humano, visando contribuir de maneira significativa e eficaz para o cumprimento dos ODM ao propor programas de promoção da saúde sexual que abordam uma visão holística da sexualidade. Esta visão holística da sexualidade e uma abordagem pedagógica da educação em sexualidade orientada para o desenvolvimento da habilidade dos/as alunos/as para realizarem ações reflexivas, individual ou coletivamente, e provocarem mudanças positivas nos estilos de vida e/ou condições de vida que levem à saúde sexual (competência para a ação), especialmente no âmbito das Escolas Promotoras de Saúde, têm sido preconizadas por outros documento recentes muito relevantes para a educação em sexualidade na comunidade escolar, nomeadamente as *International Guidelines on Sexuality Education: An Evidence Informed Approach to Effective Sex, Relationships and HIV/ STI Education*) (UNESCO, 2009), a *Resolução de Vilnius Melhores Escolas Através da Saúde* (*Better Schools through Health Vilnius Resolution*) (EUROPEAN..., 2009) e a *Carta de Aveiro* (TEIXEIRA et al., 2010).

Educação em sexualidade democrática nas escolas promotoras de saúde e modelo IVAM

A abordagem democrática na educação para a saúde e nas escolas promotoras de saúde, representa um dos desafios mais significativos aos modelos tradicionais focados na modificação dos comportamentos relacionados com a saúde (SIMOVSKA; JENSEN, 2008).

Jensen (1997), estabelece o plano geral de dois paradigmas de educação para a saúde diferentes. O paradigma de educação para a saúde democrático e a escola promotora de saúde, como oposto ao paradigma de educação para a saúde moralista cuja distinção inclui, entre outros aspectos, as diferenças entre informação e educação. A educação enfatiza "[...] o envolvimento ativo dos alunos na construção do seu próprio conhecimento e no

desenvolvimento da sua competência para a ação, em contraste com a visão passiva do aluno nos programas baseados na informação." (SIMOVSKA; JENSEN, 2008, p.653, tradução nossa).

Quadro 1 – Dois paradigmas em educação para a saúde

Educação para a saúde moralista	Educação para a saúde democrática
Conceito de saúde	
comportamento/ estilo de vida	condições de vida e estilos de vida
orientado para a doença	bem-estar e ausência de doença
saúde como um conceito fechado	saúde como um conceito aberto
Abordagem pedagógica	
objectivo: mudança de comportamento	objectivo: competência para a ação
moralista totalitário	democrático/ participativo
escola saudável	escola promotora de saúde
Abordagem no contexto	
professor no papel de modelo (fumar, álcool, nutrição)	professor aberto, democrático, ouvinte, cooperativo, etc.
ambiente da escola (alimentação na cantina, áreas livres de tabaco/ proibido fumar, etc.)	ambiente da escola (em mudança, estimulante, assembleia de alunos, etc.)
escola/ sociedade: os profissionais médicos da sociedade são usados na escola e nas aulas	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.).

Fonte: Jensen (1997, p.420).

Neste sentido, o paradigma moralista é totalitário, os programas são baseados na informação e o/a aluno/a 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, pelo contrário, no paradigma democrático os programas são baseados na educação, que enfatiza o envolvimento ativo dos/as alunos/as na construção do seu próprio conhecimento e da sua competência para a ação (VILAÇA; JENSEN, 2009a).

O paradigma moralista é dominante na educação para a saúde de muitos países surgindo o paradigma democrático como uma alternativa participativa enquadrada na definição holística de saúde da OMS (JENSEN, 1995), construída com base num conceito amplo e positivo de saúde que inclui a qualidade de vida e as condições de vida, bem como os comportamentos relacionados com a saúde e o estilo de vida (SIMOVSKA; JENSEN, 2003).

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, 2000). Neste modelo, as definições de saúde e de vida saudável são conceitos fechados confiados aos profissionais de saúde. Jensen (1997), alerta que focar-se apenas nos estilos de vida como um fator determinante para a saúde, está

baseado numa imagem ingênua e simplista da realidade, que pode bloquear diretamente o desenvolvimento das noções dos alunos sobre como é que a sociedade é estruturada, se desenvolve e influência a forma como agimos. 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 fator quer para colocar a saúde em perigo, quer para a promover (JENSEN, 2000). Jensen (1997), reforça que o conceito fechado e pré-definido de saúde do paradigma moralista focado na dimensão da doença, viola a definição de saúde da OMS – "estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" – que muitas campanhas e materiais desse paradigma dizem construir. Na sua opinião, a grande mudança desta definição é que ela inclui duas dimensões diferentes: assuntos relacionados com o evitar a doença e a dimensão mais subjetiva do bem-estar e qualidade de vida, que tem como consequência que as pessoas e os/as alunos/as tenham o direito de estar envolvidos/as no desenvolvimento da definição de vida saudável (JENSEN; SIMOVSKA, 2005).

A definição da saúde da OMS 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 ativa e democrática dos/as alunos/as. Isto não significa que a informação relevante sobre os fatores que provocam doenças deverá ser removida da educação para a saúde, pelo contrário, essa informação deverá ser trazida para as discussões, tal como as visões e preferências dos próprios alunos/as (VILAÇA; JENSEN, 2009a). Tais discussões equilibradas poderão ajudar a *qualificar* os/as alunos/as para fazerem escolhas em relação à sua própria saúde (JENSEN, 2000). Esta dinâmica é a fundamentação do paradigma democrático da educação para a saúde. Então, o ponto de partida para o desenvolvimento de uma alternativa à educação para a saúde moralista são as questões de saúde atuais, as preocupações e problemas enraizados nas nossas vidas do dia-a-dia e a estrutura da sociedade (VILAÇA, 2006).

Nos dois paradigmas existem 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 (VILAÇA; JENSEN, 2009a). 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.

Escolas Promotoras de Saúde e Rede das Escolas para a Saúde na Europa

Argumenta-se muitas vezes que uma das características principais da escola promotora de saúde é ser o cenário apropriado para os/as alunos/as participarem em aspetos relevantes das tomadas de decisão na escola e, como consequência, no processo de ensino e aprendizagem (SIMOVSKA, 2007). Os princípios orientadores da Rede Europeia das Escolas Promotoras de Saúde (REEPS), criada em 1991 pela OMS Europeia, o Conselho da Europa e a União Europeia, adotam o Paradigma de Educação

para a Saúde Democrático e baseiam-se na Carta de Ottawa, que afirma que a promoção da saúde é um processo que tenta ajudar as instituições a capacitar os/as jovens para terem controlo sobre os seus comportamentos e melhorarem a sua saúde. De acordo com Vilaça (2006, 2009), interpretar os cincos blocos da carta de Ottawa no contexto da escola é descrever as EPS: construir políticas públicas saudáveis; criar ambientes de suporte; fortalecer a ação comunitária; desenvolver competências pessoais e reorientar os serviços de saúde. Os três pilares do programa consistem no ambiente da escola, no curriculum da escola e nas relações da escola com os pais/mães e a comunidade. Estes princípios têm sido descritos como o modelo que equilibra o esforço e a atenção dadas ao desenvolvimento do currículo e ensino na sala de aula, com ações dirigidas para a melhoria do ambiente na escola e melhoria das ligações com a família e a comunidade ampla (VILAÇA, 2009). No passado, a apresentação do programa para o projeto das Escolas Promotoras de Saúde não incluiu conceitos como participação e capacitação (*empowerment*) (WHO; CE; CEC, 1993), mas têm ocorrido substanciais diferenças para a dimensão da orientação para a ação desde a primeira Conferência da REEPS (CONFERENCE..., 1997). Os conceitos de capacitação e competência para a ação foram assim descritos na Resolução Final dessa Conferência:

> A Escola Promotora de Saúde melhora a habilidade dos/as jovens para realizarem ações e gerarem mudança. Isto proporciona um lugar dentro do qual eles/as, trabalhando em conjunto com os/as professores/as e outros, podem ganhar o sentido de realização. A capacitação dos/as jovens, ligada às suas visões e ideias, capacita-os/as para influenciarem as suas vidas e as suas condições de vida. Isso é adquirido através de políticas e práticas educativas de qualidade, que proporcionam oportunidades para a participação em tomadas de decisão críticas. (CONFERENCE..., 1997, p.3, tradução nossa).

O ponto de partida para o desenvolvimento da competência para a ação é que atualmente os problemas de saúde e ambiente estão estruturalmente ancorados na nossa sociedade e na nossa maneira de viver (VILAÇA; JENSEN, 2009a). Resolver esses problemas exige mudanças fundamentais quer na sociedade quer a nível pessoal, assim, a educação na escola tem que se esforçar ao máximo para que os/as alunos/as melhorem a sua capacidade para tomar decisões sobre as suas próprias vidas e sejam capazes de influenciar o seu ambiente (JENSEN, 1994b).

A atual Rede das Escolas para a Saúde na Europa (SHE), constituída por 43 países membros, entre os quais Portugal, tem como precursor a REEPS e assenta num conceito positivo de saúde e bem-estar, respeitando a Convenção sobre os Direitos da Criança e a Convenção Europeia do Conselho da Europa sobre o exercício dos Direitos da Criança. A abordagem da promoção da saúde na escola é baseada em cinco valores nucleares (Quadro 2).

Quadro 2 – Valores nucleares da Rede Europeia de Escolas para a Saúde na Europa

Equidade
As escolas promotoras de saúde asseguram a igualdade de oportunidade no acesso a recursos educativos e a recursos de saúde. A longo prazo, a escola promotora de saúde tem um impacto significativo na redução de desigualdades na saúde e no aumento da qualidade da formação ao longo da vida.

Sustentabilidade
As escolas promotoras de saúde reconhecem que a saúde, a educação e desenvolvimento estão estritamente ligados. As escolas atuam como centros de aprendizagem académica. Apoiam e desenvolvem uma visão positiva e responsável do papel dos alunos no futuro da sociedade.
As escolas promotoras de saúde desenvolvem-se quando os esforços e as ações são implementados de forma sistémica e por um certo período de tempo, pelo menos 5-7 anos. Os resultados (tanto na saúde como na educação) normalmente ocorrem a médio ou longo prazo.

Inclusão
As escolas promotoras de saúde promovem a diversidade e garantem que as escolas são comunidades de aprendizagem, onde todos são valorizados e respeitados. É importante um bom relacionamento entre os alunos, entre estes e o pessoal docente e não docente da escola, entre as escolas, os pais e a comunidade educativa.

Competência para a ação e capacitação (*empowerment*)
As escolas promotoras de saúde capacitam as crianças e os jovens, o pessoal docente e não docente da escola e de toda a comunidade educativa para se envolverem na fixação de objetivos relacionados com a promoção da saúde, levando a cabo ações na escola e na comunidade de forma a atingir esses mesmos objetivos.

Democracia
As escolas promotoras de saúde estão assentes em valores e práticas democráticas no exercício dos direitos e na tomada de responsabilidade.

Fonte: Schools for Health in Europe (2009, p.4).

Os cinco pilares da Rede de Escolas para a Saúde na Europa estão descritos no quadro 3.

Quadro 3 – Pilares da Rede Européia de Escolas para a Saúde na Europa

Abordagem da saúde em toda a escola. Há uma coerência entre as políticas e as práticas das escolas em áreas que são reconhecidas por toda a comunidade educativa. Esta abordagem envolve:

- Promover a educação para a saúde orientada para a ação e fazendo parte do currículo;
- Considerar o próprio conceito de promoção da saúde e bem-estar dos alunos;
- Desenvolver políticas de saúde na escola;
- Desenvolver o ambiente físico e social da escola;
- Desenvolver competências para a vida;
- Fortalecer os laços entre a família e a comunidade;
- Fortalecer a parceria com os serviços de saúde.

Participação. Os alunos, professores e pais devem promover uma cultura de escola, através da participação e envolvimento significativos, os quais são um pré-requisito para uma efetiva promoção da educação para a saúde na escola.

Qualidade da escola. As escolas promotoras de saúde contribuem para melhorar o processo de ensino e aprendizagem. Alunos saudáveis aprendem melhor, pessoal docente e não docente saudáveis trabalham melhor e têm uma maior satisfação profissional. O trabalho principal da escola é maximizar os resultados escolares.

Evidência. A escola promotora de saúde deve ser informada sobre investigações recentes que comprovem a evidência científica da mais valia de uma intervenção prática e dinâmica, nomeadamente em assuntos da área da promoção da saúde: por exemplo, saúde mental, alimentação saudável, prevenção de consumos.

Escola e Comunidade. As escolas promotoras de saúde têm uma relação de compromisso com a comunidade mais alargada. Apoiam a colaboração entre a escola e a comunidade e são agentes ativos no fortalecimento do capital social e da literacia na saúde.

Fonte: Schools for Health in Europe (2009, p.5-6).

Segundo Buijs (2009), na Europa a saúde e o bem-estar das crianças e jovens tem alta prioridade nas agendas políticas internacional e nacional, sendo a abordagem da escola promotora de saúde um começo saudável na vida das crianças e jovens. Na sua perspectiva, a saúde contribui para uma melhor aprendizagem, por isso, melhorar a saúde e o bem-estar é visto como um ponto de entrada para a melhoria do rendimento escolar e o desenvolvimento da escola.

O modelo IVAM como propulsor da interdisciplinaridade na educação em sexualidade

Os/as professores/as de Ciências Naturais e de Biologia têm sido tradicionalmente os principais responsáveis pela educação para a saúde e sexualidade em Portugal (VILAÇA, 2006), bem como, em muitos países da Europa, o trabalho prático e teórico das Ciências Naturais tem proporcionado aos/às alunos/as uma boa e bem fundamentada compreensão sobre os efeitos dos problemas ambientais e de saúde nos indivíduos e sociedades e no mundo natural (JENSEN, 2000, 2004). Segundo Jensen (2004), baseado no pressuposto de que se os/as alunos/as compreenderem que os problemas ameaçam a vida humana tornar-se-ão envolvidos e motivados para os resolver, a aprendizagem dos/as alunos/as nas Ciências tem estado preocupada com o estudo das consequências dos problemas. Todavia, os problemas estão muito relacionados com as nossas tecnologias e sociedades e identificar as suas causas complexas deverá ser um pré-requisito necessário para contribuir para a sua resolução (JENSEN, 2004). Por outras palavras, a metodologia de ensino deverá ser orientada para a ação, o que significa que dentro da perspectiva democrática, envolve trabalhar num campo amplo do conhecimento que inclui conhecimentos não só acerca das consequências dos problemas de saúde mas, também, das suas causas, das visões sobre o futuro e do conhecimento sobre as estratégias para encontrar soluções para resolver os problemas (VILAÇA; JENSEN, 2009a). 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).

É importante compreender como é que os/as professores/as e os/as alunos/as realmente tomam parte na resolução dos problemas com os quais podem desenvolver a competência para a ação (JENSEN, 1997). A abordagem IVAM (Investigação – Visão – Acção e Mudança) (Quadro 4), foi desenvolvida por Jensen como um instrumento prático que pode ser usado nas escolas para estruturar as atividades de promoção da saúde e facilitar a participação dos/as alunos/as, com o objetivo de desenvolver a sua competência para a ação. Este instrumento assume um número de perspectivas que podem ser tratadas num projeto, ou metodologia de ensino, dentro das áreas da saúde (e ambiente) (JENSEN, 1997; SIMOVSKA; JENSEN, 2003; VILAÇA; JENSEN, 2009a).

Quadro 4 – Abordagem IVAM (Investigações, Visões, Ações & Mudança)

A: Investigação do tema
- porque é importante para nós?
- qual é o seu significado para nós/outros? – agora/ no futuro?
- que influência têm os estilos de vida e as condições de vida?
- a que influencias estamos expostos e porquê?
- como eram as coisas antes e porque mudaram?

B: Desenvolvimento de visões
- que alternativas são imagináveis?
- como são as condições nos outros países e culturas?
- que alternativas preferimos e porquê?

C: Ação e mudança
- que mudanças nos trazem para mais próximo das nossas visões? (mudanças dentro de nós próprios, na turma e na sociedade?)
- que possibilidades de ação existem para realizar estas mudanças?
- que barreiras nos podem impedir de realizar essas ações?
- que barreiras podem impedir as ações de resultarem em mudanças?
- que ações iremos iniciar?
- como vamos escolher avaliar essas ações?

Fonte: Jensen (1995, 1997, 2004); Simovska; Jensen (2003).

Segundo vários investigadores/as que têm vindo a aplicar esta abordagem na educação para a saúde (JENSEN, 1995, 1997, 2004; SIMOVSKA; JENSEN, 2003) e educação em sexualidade (VILAÇA, 2007, 2008, 2009; VILAÇA; JENSEN, 2009a), a primeira parte do modelo ilustra as questões que os/as alunos/as deverão dirigir para atingir uma percepção partilhada (comum) sobre o que é realmente o problema atual com que estão a trabalhar. Os/as alunos/as têm que ser ativamente envolvidos na escolha do problema e procurar uma resposta sobre por que razão este problema é importante para eles/as, tal como aconteceu em quinze escolas cujos/as alunos/as (entre os 13 e os 17 anos), envolvidos em projetos de educação em sexualidade orientada para a ação (VILAÇA, 2009), escolheram os seguintes problemas para desenvolver os seus projetos: prevenção da gravidez na adolescência e métodos contraceptivos (73,3% das 15 escolas); prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (60,0%); a primeira relação sexual (46,7%); comportamento sexual (40,0%); namoro (40,0%); diálogo com os pais/mães sobre a sexualidade na adolescência (40,0%); puberdade/despertar da maturidade sexual (33,3%); homossexualidade (20,0%); relações interpessoais e amizade (13,3%); Consulta Jovem no centro de saúde (13,3%); pílula de emergência (13,3%); fertilidade humana (6,7%); aborto (6,7%); amor, intimidade e comunicação entre os parceiros românticos (6,7%); pedofilia (6,7%) e outras parafilias (6,7%); sexualidade do adulto (6,7%); e disfunções sexuais (6,7%).

Também deverão trabalhar com a dimensão histórica do problema, pois para serem capazes de concluir como é que as condições atuais ou um dado desenvolvimento do problema é influenciado, é importante compreenderem quais são as determinantes que contribuíram, ao longo do tempo, para o seu desenvolvimento. Por outras palavras, esta mudança de perspectiva torna necessário olhar para os problemas numa perspectiva de desenvolvimento. A perspectiva das ciências sociais é importante para clarificar as causas por trás do problema. Recorde-se que mesmo quando o problema se manifesta numa sala de aula ou na escola (seja em relação à zanga entre amigos/as, à gravidez precoce ou a comportamentos de risco para as ISTs), as causas subjacentes irão muitas vezes surgir fora desses locais. Aqui, são importantes os métodos de observação social para mostrar as estruturas económicas, culturais e sociais onde se desenvolvem os problemas (JENSEN, 1995, 1997; SIMOVSKA; JENSEN, 2003, VILAÇA; JENSEN, 2009a, 2009b).

A segunda parte trata do desenvolvimento das visões, isto é, sobre como é que as condições atuais que gostariam de mudar poderiam ser no futuro. Este ponto trata do desenvolvimento das ideias, percepções e visões dos/as alunos/as sobre a sua vida futura e a sociedade em que irão crescer. Por exemplo, numa investigação realizada em Portugal (VILAÇA; JENSEN, 2009a), para prevenir a gravidez não desejada na adolescência, os/as alunos/as partiram das causas que levam à gravidez para pensarem sobre como poderiam ganhar controlo sobre as suas próprias vidas em relação a esse problema e ajudar os seus pares a ganhá-lo também, expondo as seguintes visões para o mundo em que desejariam viver no futuro: ter maior conhecimento prático sobre o uso dos métodos contraceptivos e como os adquirir; ter boas competências pessoais para falar com os seus/suas pais/mães e parceiro/a sobre métodos contraceptivos e sexo seguro; não ter vergonha nem medo de ir ao centro de saúde buscar preservativos ou de os comprar na farmácia.

Na terceira parte, também é importante que haja espaço para a imaginação, para que os/as alunos/as proponham uma grande quantidade de ações possíveis que lhes possibilitem atingir algumas das visões que desenvolveram. É de grande importância que todas as sugestões feitas pelos/as alunos/as sejam tidas em consideração na discussão. Algumas das ações serão desenvolvidas pelos próprios alunos/as, enquanto outras exigirão uma colaboração próxima dos professores, pais e pessoas chave da comunidade local. Para as diferentes possibilidades de ação deverão ser discutidos os potenciais resultados e barreiras que podem surgir. Finalmente, deverá ser decidido que ação ou ações irão ser realizadas.

No estudo de Vilaça e Jensen (2010), já referido, para os/as alunos/as atingirem as suas visões planearam e desenvolveram as seguintes ações: i) desenvolvimento de uma ação para os/as pais/mães, que consistiu numa mesa redonda com os/as alunos/as e um especialista como palestrantes, e que terminou com um debate com os/as pais/mães para elaborarem um contrato sobre como iriam promover o diálogo entre pais e filhos/as sobre sexualidade no futuro; ii) sessão prática sobre métodos contraceptivos para outra turma da escola, com a colaboração de um médico e uma enfermeira; iii) publicação no website do projeto de uma reportagem sobre as ações, para educarem outros/as colegas que não estiveram presentes; iv) interação com uma médica e uma psicóloga no e-fórum Sexualidades, para tirar dúvidas e esclarecer preocupações que foram surgindo.

Os/as investigadores/as que têm vindo a avaliar a aplicação desta metodologia, nomeadamente na área da educação em sexualidade (VILAÇA, 2006; RODRIGUES; VILAÇA, 2010a, 2010b; VIEGAS; VILAÇA, 2010, 2011), reforçam a recomendação deixada por Jensen (2000, 2004), de que em vez de olhar para as questões das caixas do quadro 4 como objetivos para serem trabalhados com uma determinada ordem, o processo pode ser descrito como um círculo, ou talvez uma espiral, onde as pessoas vão e vêm a certas etapas várias vezes para as elaborarem no futuro.

Estas perspectivas não implicam que a tarefa do/a professor/a se torne mais fácil ou menos excitante, ou que o papel do/a professor/a se deverá tornar menos importante (VILAÇA; JENSEN, 2009a). O/a professor/a deverá estar em posição de fazer o papel de consultor/a e, além disso, a partir da sua própria experiência e talento ser capaz de perceber as condições e os problemas de saúde atuais a partir de um ponto de vista intersubjetivo. Essas são as principais mudanças para o futuro da formação inicial e contínua de professores em educação para a saúde e, também, para a investigação pedagógica (VILAÇA, 2006). A mudança é encontrar um equilíbrio onde os/as alunos/as estão envolvidos/as como parceiros/as ativos/as e são levados/as a sério mas, ao mesmo tempo, os/as professores/as têm um importante papel a desempenhar no diálogo educativo com os/as alunos/as durante o processo de ensino/ aprendizagem. Sem parceiros/as de diálogo qualificados/as, os/as alunos/as poderão não ser capazes de desenvolver as suas próprias atitudes e compreensões e, como consequência, a sua competência para a ação.

Competência para a ação, participação e questões de gênero em educação sexual orientada para a ação

Dentro do paradigma democrático, o objetivo educacional principal é desenvolver a competência para a ação dos/as alunos/as, ou seja, a sua habilidade para realizarem ações reflexivas e provocarem mudanças positivas em relação à saúde (SIMOVSKA; JENSEN, 2003; VILAÇA; JENSEN, 2009a). Têm sido apontados os seguintes elementos para definir e operacionalizar o conceito de competência para a ação (JENSEN, 1995, 1997; SIMOVSKA; JENSEN, 2003; VILAÇA, 2006):

- *Insight e conhecimento*: uma compreensão da saúde ampla, positiva, coerente e orientada para a ação.
- *Comprometimento*: motivação para se envolver na produção de mudanças relacionadas com a sua própria vida e com os processos dinâmicos da sociedade.
- *Visões*: habilidade para seguir os problemas de saúde e pensar criativamente.
- *Experiências de ação*: experiências reais de participação individual e coletiva na iniciação de mudanças de promoção da saúde dentro da rede democrática e considerando como é que as barreiras podem ser ultrapassadas.

A primeira componente está relacionada com a aquisição pelos/as alunos/as de um conhecimento coerente sobre o problema que os preocupa: conhecimento sobre a natureza e alcance do problema, como surgiu, a quem afeta e que possibilidades existem para o resolver. Se esta mudança não for conseguida, os/as alunos/as enfrentam a primeira barreira para a ação. Por outras palavras, para os/as alunos/as desenvolverem a competência para a ação, a abordagem educativa deverá proporcionar condições para que sejam capazes de construir uma compreensão e conhecimento que lhes permita ver que possibilidades têm para agir por si próprios/as e que possibilidades têm para agir como grupo – isto significa que a educação deverá lidar com as causas básicas e com o desenvolvimento histórico por trás do problema particular com que estão a trabalhar. A abordagem científica tradicional, sendo o fator dominante nas áreas da saúde e ambiente, poderá, como consequência, ser percebida como uma barreira para o desenvolvimento da habilidade para agir. Os/as alunos/as provavelmente estarão em posse de imenso conhecimento sobre a extensão e gravidade do problema, mas para ultrapassar essa barreira é necessário trabalhar com a construção de *insights* para trabalhar temas interdisciplinares. Este *insight* e conhecimento é, como consequência, uma componente importante para a habilidade para agir. Se a educação para a saúde e ambiente é principalmente caracterizada pelos aspectos científicos, os/as alunos/as terão dificuldade em encontrar as soluções possíveis para agirem (JENSEN, 1994b).

A segunda componente está relacionada com o *comprometimento dos/as alunos/as* e a sua *orientação para agir*. Os dois são importantes porque o conhecimento sobre o problema não é transformado em ações a não ser que estejam presentes a coragem e o comprometimento (JENSEN, 1995, 1997; SIMOVSKA; JENSEN, 2003). A assertividade também é uma parte desta componente (JENSEN, 1995). Não é suficiente ter um conhecimento útil da área com que se está a trabalhar se falta o entusiasmo e o desejo para usar esse conhecimento. Também em relação a isto, o domínio científico pode ser percebido como uma barreira. Se o conhecimento que os/as alunos/as recebem lida exclusivamente com os nossos problemas maiores; como as coisas são catastróficas e como se desenvolvem rapidamente na direção errada, então correm o risco de matar qualquer potencial entusiasmo e comprometimento. O comprometimento tem, como consequência, que ser protegido e desenvolvido, talvez pelos/as próprios/as alunos/as ao tentar transferir o seu conhecimento para as ações (JENSEN, 1994b).

O *comprometimento* também é ameaçado por outro ângulo. Se os/as alunos/as não têm nenhuma influência nos temas e problemas com que estão a lidar na escola, terão dificuldade em construir e manter qualquer tipo de comprometimento. Como consequência, se se quer quebrar esta barreira, é importante trabalhar conscientemente com o envolvimento dos/as alunos/as nos temas e encorajar a democracia. Isto não significa que a responsabilidade dos/as professores/as sobre o currículo se torna menos ativa; a arte está, segundo Jensen, em descobrir o equilíbrio entre os objectivos considerados pelo/a professor/a para o total do ensino, por um lado, e, por outro lado, as percepções dos/as próprios/as alunos/as, experiências e conceitos (JENSEN, 1994b).

A terceira componente da *competência para a ação* envolve o desenvolvimento de visões pelos/as alunos/as sobre como é que o mundo e as suas vidas poderiam ser em geral, e

como é que a sociedade e o ambiente poderiam ser melhorados em relação a problemas particulares que os/as preocupam. Esta componente lida com o desenvolvimento das ideias dos/as alunos/as e das suas percepções sobre as suas vidas futuras e a sociedade em que eles/as irão crescer (JENSEN, 1995, 1997; SIMOVSKA; JENSEN, 2003). É uma importante pré-condição para desenvolver a *competência para a ação* ter visões sobre a vida "ideal" e o mundo no futuro (JENSEN, 1995). O fato de ser dado aos/às alunos/as uma oportunidade para desenvolverem, discutirem e partilharem visões com os/as outros/as – ou talvez participarem no desenvolvimento de visões comuns – é provavelmente um dos pré-requisitos mais importantes ou precursores do desejo para agir (SIMOVSKA; JENSEN, 2003). Os projetos de turma que intencionalmente e sistematicamente dão tempo e espaço aos/às alunos/as para desenvolverem as suas visões, têm tido impactos positivos ao nível do comprometimento e motivação dos/as alunos/as para agir (JENSEN, 1997).

A quarta componente – experiências de ação – enfatiza o benefício de realizar ações concretas durante o processo de aprendizagem. Tem que se debater a extensão com que todos os projetos de saúde e ambiente poderão envolver algum grau de ação. Todavia, as experiências de professores/as e alunos/as dentro da Rede Nacional Dinamarquesa de EPS parecem apoiar a idéia que participar numa ampla variedade de diferentes tipos de ações é um passo vital no desenvolvimento da competência de ação (JENSEN, 1994a).

Segundo Jensen (1997), as quatro componentes da ação não podem ser percebidas isoladamente. Por exemplo, é importante que o conhecimento que o/a aluno/a adquire também inclua o conhecimento sobre as possibilidades existentes para influenciar as condições de saúde a nível da turma, escola e sociedade e o comprometimento ativo com elas. Além disso, parece que o conhecimento e insights que os/as alunos/as adquirem através da ação é qualitativamente diferente do conhecimento que lhes é ensinado pelo/a professor/a durante as aulas na turma e os/as alunos/as acreditam que o conhecimento que adquiriram através da ação lhes será mais útil em relação às ações futuras e mudança social.

Simovska (2004), baseando-se na perspectiva sociocultural argumenta que o processo de aprendizagem e desenvolvimento deverá dar atenção a como é que os esforços pessoais, as relações interpessoais e as atividades estruturadas culturalmente se formam umas em relação às outras, o que significa que pode não ser suficiente focar-se na aprendizagem do indivíduo ou no desenvolvimento de competências, sem qualquer preocupação com as relações interpessoais como atividades culturais em que a aprendizagem e o desenvolvimento está a ocorrer. Assim, tal como defendido por Simovska (2004), seguindo Vigotsky (1978), são particularmente importantes as relações dos/as alunos/as com os/as professores/as e outros/as adultos/as, ou participantes mais experientes, porque eles têm um papel importante como facilitadores da aprendizagem na zona de desenvolvimento proximal de Vigotsky.

De acordo com Jensen e outros investigadores (JENSEN, 2000; SIMOVSKA; JENSEN, 2003; VILAÇA; JENSEN, 2009a), a participação genuína dos/as alunos/as tem como principal objectivo a sua socialização através de um processo democrático de tomada de decisões em conjunto com os outros, atingindo a partilha de objetivos e significados e, também, o desenvolvimento de competências emocionais e pessoais. Esses/as investigadores/

as argumentam que a participação genuína dos/as alunos/as não significa, todavia, que eles/as tenham que tomar todas as decisões por si próprios.

Jensen (2000), defende que o nível de "não – participação" tem sido incluído na análise destes projetos para tornar claro que em alguns casos, por uma razão ou outra, a participação não é possível. Nos quatro níveis seguintes de codeterminação na participação, embora os limites entre eles possam ser fluidos, representam diferentes tipos ideais. O primeiro, refere-se a uma situação em que o/a professor/a apresenta uma proposta que é aceite pelos/as alunos/as sem muita discussão e os outros três níveis distinguem-se uns dos outros pela combinação de: (1) quem coloca a idéia ou proposta para discussão; e (2) quem realmente toma a decisão final. Esta operacionalização do nível de participação dos/as alunos/as deverá ser aplicada a todas as fases do projeto orientado para a ação: entrada dos/as alunos/as para o projeto; escolha do tópico geral; aspetos do tópico selecionados; investigações; visões (objetivos visionários); ações e avaliação *follow up*. Em cada uma das fases deverá ser analisado se: 1) os/as professores/as decidem sozinhos/as (nível de não participação); 2) os/as professores/as decidem mas consultam os/as alunos/as; 3) os/as professores/as sugerem mas decidem em conjunto com os/as alunos/as; 4) os/as alunos/as sugerem e decidem por si próprios/as; 5) os/as alunos/as sugerem e decidem em conjunto com os/as professores/as. Os/as alunos/as dos 7º ao 12º ano de escolaridade, de seis escolas, envolvidos num projeto de educação em sexualidade orientado para a ação, entrevistados em 25 grupos focais (VILAÇA, 2008), falaram sobre a sua participação essencialmente do ponto de vista de "quem escolhe" e não de "quem sugere" e explicaram que os aspectos que mais contribuíram para gostarem do projeto e aumentar a sua autoconfiança para resolver os seus problemas pessoais de saúde sexual no futuro foram: ter tido a responsabilidade de escolher os temas/problemas que deram origem ao projeto de educação em sexualidade (92%); selecionarem as atividades que queriam desenvolver para compreender as consequências e causas do problema (68%); dar aulas aos colegas da sua turma sobre os problemas que estavam a estudar (60,0%); e a grande liberdade que sentiram quando apresentaram as suas visões e sugeriram ações e decidiram o que seria feito com a colaboração do/a professor/a (48%).

As investigações de Vilaça (2006), mostram várias evidências de diferenças associadas ao gênero na forma com os/as alunos/as lidam com a sexualidade e a educação em sexualidade. Estas diferenças na sala de aula estão muito claras na voz de duas professoras:

> *As meninas estavam muito à-vontade nessas aulas e enfrentavam com muita naturalidade o tema. Elas faziam observações acerca da menstruação com toda naturalidade. Os rapazes riam-se delas. Os rapazes são mais infantis, isso é-me claro, eles são mais infantis mas muito tensos. (Ent. Professor 9, p.279).*

> *Numa primeira parte os rapazes são muito reservados para fazer qualquer tipo de pergunta. São os que fazem as primeiras gracinhas logo na primeira aula, mas depois ficam muito reservados. [...] Aos rapazes quase que lhes é exigido pelo facto de serem rapazes que têm que ter obrigatoriamente mais conhecimentos, enquanto que as raparigas se fizerem perguntas não é visto como ignorância ou falta de feminilidade. Para os rapazes é falta de masculinidade! Os rapazes mesmo quando têm dúvidas retraem-se por acharem que os colegas vão fazer troça! (Ent. Professor 38, p.1065).*

Muita da educação recebida vem de fontes fora da escola tais como os média, revistas, Internet e vídeos. Este material muitas vezes descreve a mulher como vítima e o homem como fonte de poder. As escolas, como reflexo da sociedade, criam e mantêm conceitos de masculinidade e feminilidade, por isso, é importante discutir conceitos de múltiplas masculinidades/ feminilidades. A pressão dos pares para a manutenção da "imagem de macho" é intensa, em conjunto com o medo da homossexualidade e o medo do ridículo de serem associados a essa orientação. Como consequência, é importante discutir a construção da identidade de gênero e dos papéis de gênero dentro da sala de aula e os efeitos da imagem de "macho" na dinâmica das aulas de educação em sexualidade. Estas evidências têm sido apoiadas por vários estudos não só em Portugal (RODRIGUES; VILAÇA, 2010a, 2010b; VIEGAS; VILAÇA, 2010, 2011), como noutros países (BOND, 2004; MABRAY; LABAUVE, 2002; HALSTEAD; WAITE, 2001; HILTON, 2001; MEASOR; TIFFIN; MILLER, 2000; MEASOR, 2004; FRANCIS; SKELTON, 2001).

Considerações Finais

A investigação focada em professores/as e alunos/as que experienciaram projetos de educação em sexualidade participativos e orientados para a ação, tem mostrado que a metodologia de ensino IVAM é promissora para o desenvolvimento na comunidade escolar do discurso democrático dentro da educação em sexualidade e da escola promotora de saúde.

As reflexões dos/as professores/as e alunos/as têm vindo a mostrar que a educação em sexualidade participativa e orientada para a ação é relevante para a teoria e prática das escolas promotoras de saúde e para a promoção da saúde sexual a curto, médio e longo prazo, quando assumem como ponto de partida para o seu trabalho que os problemas de saúde sexual estão estruturalmente ancorados na nossa sociedade e na nossa forma de viver, e reconhecem que a saúde sexual é influenciada quer pelos estilos de vida (atitudes, valores, crenças e comportamentos) quer pelas condições de vida (ambiente social e físico e rede cultural e econômica que afeta a vida das pessoas).

As relações dialéticas existentes entre a participação e ação dos/as alunos/as dentro dos projetos orientados para a ação, tem mostrado que a educação em sexualidade deve ser sensível às questões de gênero e enfatizar a construção da identidade de gênero e dos papéis de gênero, bem como, a existência de múltiplas masculinidades/ feminilidades.

REFERÊNCIAS

BOND, C. **Key issues in the implementation of programmes for adolescent sexual and reprodutive health**. Geneva: Department of Child and Adolescent Health and Development World Health Organization, 2004.

BUIJS, G. Better schools through health: networking for health promoting schools in Europe. **European Journal of Education**, Oxford, v.44, n.4, p.507-519, 2009.

CONFERENCE OF THE EUROPEAN NETWORK OF HEALTH PROMOTING SCHOOLS, 1., 1997, Copenhagen. **The health promoting school:** an investiment in education, health and democracy. Copenhagen: ENHPS: WHO Regional Office for Europe, 1997. p.50.

EUROPEAN CONFERENCE ON HEALTH PROMOTING SCHOOLS, .3, 2009, Lithuania. **Better Schools Through Health.** Lithuania: Schools for Health in Europe, 2009. Disponível em: <http://ws10.e-vision.nl/she_network/upload/pubs/conference_report_Vilnius.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2010.

FRANCIS, B.; SKELTON, C. Men teachers and the construction of heterosexual masculinity in the classroom. **Sex education**: sexuality, society and learning, Abingdon, v.1, n.1, p.9-21, 2001.

HALSTEAD, J. M.; WAITE, S. Living in different worlds: gender differences in the developing sexual values and attitudes of primary school children. **Sex education**: sexuality, society and learning, Abingdon, v.1, n.1, p.59-76, 2001.

HILTON, G. L. S. Sex education – the issues when working with boys. **Sex education**: sexuality, society and learning, Abingdon, v.1, n.1, p.31-41, 2001.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES [ICN]. **El CIE y la salud del hombre.** Disponível em: <http://www.icn.ch/matters_menshealthsp.htm>. Acesso em: 10 abr. 2011.

JENSEN, B. B. **Possibilities and obstacles in participatory education**. 2004. Comunicação apresentada no Ph.D.-course on Sustainable Development, Participation and Education. Copenhagen, 2004.

_____. Participation, commitment and knowledge as components of pupil's action competence. 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, 2000. p.219-237.

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

_____. 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, 1995. p.151-169.

_____. 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. Toronto: Institute of Applied Environmental Research, Griffith University: Centre for Health Promotion, 1994a. p.132-141.

_____. Action, action competence and change in the field of environmemtal and health educationlenge. In: JENSEN, B. B.; SCHNACK, K. (Ed.). **Action and action competence as key concepts in critical Pedagogy.** Copenhagen: Didaktiske Studier: Royal Danish School of Educational Studies, 1994b. p.73-85.

JENSEN, B. B.; SIMOVSKA, V. Action-oriented knowledge, information and communication technology and action competence. In: CLIFT, S.; JENSEN, B. B. (Ed.). **The health promoting school**: international advances in theory, evaluation and practice. Copenhagen: Danish University of Education, 2005. p.309-328.

MAYBRAY, D.; LABAUVE, B. J. A multidimensional approach to sexual education. **Sex Education**: sexuality, society and learning, Abingdon, v.2, n.1, p.31-44, 2002.

MEASOR, L. Young people's views of sex education: gender, information and knowledge. **Sex Education**: sexuality, society and learning, Abingdon, v.4, n.1, p.153-166, 2004.

MEASOR, L.; TIFFIN, C.; MILLER, K. **Young people's views on sex education.** London: Routledge: Taylor & Francis Group, 2000.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. **O cancro do cólon e do recto é, em Portugal, o cancro mais frequente nos homens.** Lisboa, 2005. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/cancro/cancro+colon.htm>. Acesso em: 9 abr. 2011.

_____. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010.** Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. Disponível em: < http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf >. Acesso em: 10 abr. 2011.

NOGUEIRA, P. C. F. B. **Diferenças de género em educação para a saúde sexual e reprodutiva**: um estudo com utentes e enfermeiros das consultas de planeamento familiar e saúde materna. 2010. 245f. Tese (Mestrado em Educação) – Instituto de Educação, Universidade do Minho, Braga, Portugal, 2010.

PRAZERES, V. **Saúde juvenil no masculino**: género e saúde sexual e reprodutiva. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003.

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, 2010a. 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, 2010b. p.214–222.

SIMOVSKA, V. The changing meanings of participation in school-based health education and health promotion: the participants' voices. **Health Education Research,** Cary, v.22, n.6, 864-878, 2007.

_____. Student participation: a democratic education perspective – experience from the health-promoting schools in Macedonia. **Health Education Research**, Cary, v.19, n.2, p.198-207, 2004.

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

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

TEIXEIRA, F. et al. (Ed.). **Sexualidade e educação sexual:** políticas educativas, investigação e práticas. Braga: CIEd, 2010. Disponível em: <http://www.ua.pt/cidtff/PageText.aspx?id=11400>. Acesso em: 5 mar. 2011.

UNESCO. **International guidelines on sexuality education:** an evidence informed approach to effective sex, relationships and HIV/ DTI Education. Paris, 2009.

UNITED NATIONS [UN]. **Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación.** 2010. Disponível em: <http://www.right-to-education.org/sites/r2e.gn.apc.org/files/SR%20Education%20Report-Human%20Right%20to%20Sexual%20Education.pdf>. Acesso em: 9 maio 2011.

_____. **Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.** 1999. Disponível em: <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/1999/key_actions_sp.pdf>. Acesso em: 9 maio 2011.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME [UNDP]. **Human Development Report 1995**. New York; Oxford: Oxford University Press, 1995.

UNITED NATIONS POPULATION FUND [UNFPA]. **ICPD at Ten:** the world reaffirms Cairo: Official Outcomes of the ICPD at Ten Review. New York, 2005.

VIEGAS, A.; VILAÇA, T. Educação em ciências e desenvolvimento da competência de acção em educação sexual. In: LEITE, L. et al. (Org.). ENCONTRO NACIONAL DE EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS, 14., 2011, Braga. **Educação em ciências para o trabalho, o lazer e a cidadania**. Braga: Centro de Investigação em Educação Instituto de Educação – Universidade do Minho, 2011. p.319–331.

_____. 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.109–117.

VIGOTSKY, L. S. **Mind in Society.** Cambridge: Harvard University Press, 1978.

VILAÇA, T. Action-oriented health education: a didactic approach in the development of intercultural competencies while encouraging youthful dialogue between cultures. In: ANNUAL CONFERENCE OF THE ASSOCIATION FOR TEACHER EDUCATION IN EUROPE, 33., 2008, Brussel. **Teacher education, facing the intercultural dialogue:** proceedings. Brussels: University of Brussels, 2009. p.313-324.

_____. Teaching students to participate in health education: a study about action-ariented in-service teacher training in sex education. In: ICET. **ICET International Yearbook on Teacher Education**. Wheeling, 2008. p.657-668.

_____. Eficácia do paradigma democrático de educação para a saúde no desenvolvimento da acção e competência de acção dos adolescentes em educação sexual. In: CONGRESO INTERNACIONAL GALEGO-PORTUGUÉS DE PSICOPEDAGOXÍA, 9., 2007, Corunha. **Actas...** Corunha: Universidade da Coruña, 2007. p.971-982.

_____. **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.

VILAÇA, T.; JENSEN, B. B. Applying the S-IVAC methodology in schools to explore students' creativity to solve sexual health problems. In: ASSOCIATION FOR TEACHER EDUCATION IN EUROPE, 34., 2009, Brussels. **Annual Conference Proceedings**. Brussels: ATEE, 2009a. Disponível em: <http://www.atee1.org/uploads/atee_2009_conference_proceedings_final_version.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2011. p.215-227.

_____. Potentials of action-oriented sex education projects in the development of action competence. In: EUROPEAN CONFERENCE ON HEALTH PROMOTING SCHOOLS, .3, 2009, Lithuania. **Better Schools Through Health.** Lithuania: Schools for Health in Europe, 2009b. p.89-91. Disponível em: <http://ws10.e-vision.nl/she_network/upload/pubs/conference_report_Vilnius.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2010.

WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH [WAS]. **Declaração de Montreal "Saúde sexual" para o Milênio"**. Trabalho apresentado no XVII Congresso Mundial de Sexologia, Montreal, 2005. Disponível em: < http://www.marciaatik.com.br/noticia.asp?codigo=200&COD_MENU=48>. Acesso em: 9 maio 2011.

WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH [WAS]; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [OPS]. **Salud sexual para el Milenio Declaración y documento técnico**. 2009. Disponível em: <http://new.paho.org/uru/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=159&Itemid=241>. Acesso em: 9 maio 2011.

_____. **Promoción de la salud sexual:** recomendaciones para la acción. 2000. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/salud_sexual.pdf >. Acesso em: 9 maio 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Ottawa charter for health promotion**. Geneva: WHO, 1986. (WHO/HPR/HEP/95.1).

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]; COUNCIL OF EUROPE [CE]; COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES [CEC]. **The European network of health promoting schools:** a joint WHO/CE/CEC project. Copenhagen, 1993.

De fato, a obra coordenada pelos professores doutores Cláudio B. Gomide de Souza e Paulo Rennes Marçal Ribeiro da UNESP-Universidad Estadual Paulista me retrocede a infinidades de experiências, viagens, atividades compartilhadas e pessoas que deixaram alguma marca: experiências de outros encontros anteriores na Espanha, Jornadas no Chile, doutorados compartilhados no México, teses doutorais brasileiras já defendidas ou em processo de pesquisa, e-mails quase permanentes... Este breve prólogo é a atual expressão desta colaboração entre universidades hispano-americanas e espanholas, especialmente entre as espanholas de Alcalá e Granada. É também uma homenagem ao encontro de tão bons profissionais, autores das diferentes contribuições que compõem o livro.

Manuel Lorenzo Delgado

ISBN 978-85-7983-284-0

Universidad de Alcalá

CULTURA ACADÊMICA Editora

unesp UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JULIO DE MESQUITA FILHO" Faculdade de Ciências e Letras Campus de Araraquara

POLÍTICAS PÚBLICAS EM EDUCAÇÃO NO CONTEXTO IBERO-AMERICANO



Cláudio Benedito Gomide de Souza
Paulo Rennes Marçal Ribeiro
(Organizadores)

Faculdade de Ciências e Letras, UNESP – Univ Estadual Paulista, Campus Araraquara
Vice-reitor no exercício da reitoria: Julio Cezar Durigan
Diretor: José Luis Bizelli
Vice: Luiz Antonio Amaral

Programa de Pós-Graduação em Educação Escolar
Coordenador: Prof. Dr. Cláudio Benedito Gomide de Souza
Vice-Coordenador: Prof. Dr. Ricardo Ribeiro

SÉRIE TEMAS EM EDUCAÇÃO ESCOLAR Nº 16

Encontro Ibero-americano de Educação (EIDE)

Conselho Editorial Acadêmico do Laboratório Editorial
Prof. Dr. José Luís Bizelli (Presidente)
Profa. Dra. Clotilde de Almeida Azevedo Murakawa (área de Letras);
Profa. Dra. Vera Teresa Valdemarin (área de Educação);
Prof. Dr. Dagoberto José Fonseca (área de Ciências Sociais);
Prof. Dr. Jorge David Barrientos Parra (área de Administração);
Prof. Dr. Luís Fernando Ayerbe (área de Economia).

Editoração eletrônica
Eron Pedroso Januskeivictz

Montagem da capa
Guilherme Faria Secatto

Normalização
Biblioteca da Faculdade de Ciências e Letras

POLÍTICAS PÚBLICAS EM EDUCAÇÃO NO CONTEXTO IBERO-AMERICANO

Cláudio Benedito Gomide de Souza
Paulo Rennes Marçal Ribeiro
(Org.)

Universidad de Alcalá
unesp
CULTURA ACADÊMICA Editora

Copyright © 2012 by Laboratório Editorial da FCL
Direitos de publicação reservados a:
Laboratório Editorial da FCL

Rod. Araraquara-Jaú, km 1
14800-901 – Araraquara – SP
Tel.: (16) 3334-6275
E-mail: laboratorioeditorial@fclar.unesp.br
Site: http://www.fclar.unesp.br/laboratorioeditorial

Políticas públicas em educação no contexto ibero-americano / Organizado por Cláudio Benedito Gomide de Souza e Paulo Rennes Marçal Ribeiro. – São
P779 Paulo : Cultura Acadêmica, 2012
250 p. ; 24 cm. - (Série Temas em Educação Escolar, 16)

ISBN: 978-85-7983-284-0

1. Educação. 2. Políticas públicas. I. Souza, Cláudio Benedito Gomide de. II. Ribeiro, Paulo Rennes Marçal. III. Série Temas em Educação Escolar.

CDD 370

SUMÁRIO

Apresentação
Manuel Lorenzo Delgado 7

Estudo comparativo sobre a conceitualização das adaptações curriculares e análises de modelos práticos na Espanha
Eladio Sebastián Heredero 9

Reflexões sobre a formação do professor para o Atendimento Educacional Especializado no contexto das atuais políticas educacionais
Claudia Regina Mosca Giroto 27

Diversidade e autonomia: elementos fundantes para a formação em Educação Especial
Fátima Elisabeth Denari 41

Inclusão escolar: algumas reflexões sobre a articulação dos contextos comum e especializado
Silvia Regina Ricco Lucato Sigolo e Luci Pastor Manzoli 53

Educaçao e Direitos Humanos: conviver é viver
Esteban Martínez Lobato 65

O contexto da Educação Infantil em processo de transição: vínculo com o Ensino Fundamental
Maria Letícia Nascimento 75

O contexto da Educação Infantil em processo de transição e vínculo com o Ensino Fundamental e a família
Maristela Angotti 85

Da família à instituição de educação infantil: uma vivência de transição normativa
Taciana Mirna Sambrano 101

As políticas públicas de educação para a sexualidade no Brasil: a relevância da implementação de um curso de formação continuada de professores da rede básica de educação pública, a experiência da UNESP – campus de Rio Claro
Célia Regina Rossi *117*

Formação docente e educação sexual: proposta de estudo comparativo das realidades portuguesa, espanhola, brasileira e Argentina
Graziela Raupp Pereira, Rui Marques Vieira, Sonia Maria Martins de Melo e Maria Isabel Seixas da Cunha Chagas *125*

Ação, Competência para a Ação e Visibilidade do Género na Educação em Sexualidade nas Escolas Promotoras de Saúde
Teresa Vilaça *133*

Educação sexual e formação continuada: desafios e cuidados no trato de temas polêmicos.
Mary Neide Damico Figueiró *159*

Educação para a sexualidade: formação inicial de professores/as em um ambiente virtual de aprendizagem
Paula Regina Costa Ribeiro e Juliana Lapa Rizza *173*

Reflexões sobre a caminhada de produção do programa de tv "educação sexual em debate" como material pedagógico de apoio a processos de educação sexual emancipatória.
Sonia Maria Martins de Melo, Marina dos Santos Teixeira e Raquel da Veiga Pacheco *189*

Música popular e a identidade feminina: análise sobre a compreensão das letras de canções populares
Ari Fernando Maia e Nieves Hernández Romero *201*

Pesquisa em educação: contribuições das novas tecnologias
Cláudio Benedito Gomide de Souza e Silvio Henrique Fiscarelli *213*