

DM
MORE/S1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

2000-2002

*Atitudes dos Técnicos de Educação e Técnicos de Saúde
face à Educação Sexual em meio escolar*

Sara Cristina Oliveira Martins Moreira

Lisboa, Março 2005



	C.
Instituto Superior de Psicologia Aplicada	
Centro de Documentação	
Registo	16703
Data	24/06/06
Tel.: 21 661 17 90 • biblioteca@ispa.pt	

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação da Professora Doutora Isabel Leal apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia de Saúde, em conformidade com o disposto na Portaria n.º 109/97 de 17 de Fevereiro e em cumprimento da alínea “b” do n.º 2 do art.º 5 do Decreto Lei n.º 216/92, de 13 de Outubro.

AGRADECIMENTOS

Este foi um longo caminho, uma justa lista de agradecimentos seria infindável. Perdoem-me aqueles que, sem intenção, foram esquecidos neste breve momento. Obrigado ao Dinis, embora só no decorrer deste percurso o tenha encontrado, sem ele, não teria atingido esta meta. Também escrevo para o Nuno, o amigo, o colega, o confidente e o professor. Não posso esquecer a minha mãe e o meu pai que sempre em mim alimentaram o *bichinho do estudo*. O meu obrigado à Prof^a Isabel Leal pela orientação, apoio e *insistência*, às minhas colegas de mestrado, a Susana, a Paula, a Catarina, a Luísa, que nunca pararam de perguntar. Obrigado à Dulce por não insistir e compreender.

Obrigado à APF, por ter sido a minha escola pessoal e profissional onde vou e sempre irei buscar ensinamentos, apesar de tudo.

Mais importante que o obrigado, a tolerância pela eventual falta de paciência e o pedido de compreensão para o que me dá prazer para além de ti, Gabriel.

RESUMO

A Educação Sexual em meio escolar é uma temática transversal às áreas da saúde e da educação. Com a Lei n.º 3/84 que estabelece o direito ao planeamento familiar e à educação sexual inicia-se uma longa caminhada pela implementação da temática no seio escolar. Desde então foram realizados inúmeros esforços a nível formativo, educativo, político, cultural e social em prole de uma efectiva educação para a saúde na esfera da sexualidade.

A sexualidade é uma esfera repleta de valoração e emotividade. Se, por um lado, tal nós faz únicos, também pode constituir um obstáculo à vivência e respeito pelo que é diferente. Abordar a sexualidade num contexto escolar , em todas as suas vertentes, requer um trabalho interdisciplinar, investimento e formação dos técnicos de educação e de saúde.

Com este estudo pretendemos perceber quais as atitudes subjacentes à temática da educação sexual em meio escolar por parte dos técnicos de educação e dos técnicos de saúde e de que forma podem condicionar a implementação de programas de promoção de uma vivência positiva da sexualidade infanto-juvenil.

ABSTRACT

School-Based Sex Education is an intersection between two major areas, education and health. With the Law nº 3/84 in which is established the right to family planning and sex education, Portugal gives the first steps towards an effective school-based sex education. Since then there have been several efforts in the educational, training, political, cultural and social fields in order to develop a sexual health education in schools.

Sexuality is a sphere crowded by emotions and values. In one sense, that makes us unique, in the other sense is can be a barrier to the respect of what is different.

To approach sexuality, in all its areas, in a school-based program, requires training, participation of all school and community professionals.

With this study we intend to explore health and education professionals attitudes towards School-Based Sex Education and in which way this attitudes may result as a barrier or a facilitator element to the promotion of a positive and satisfying child and adolescent sexuality.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1. ATITUDES E INTENÇÕES COMPORTAMENTAIS	13
1.1.1. CONCEITO DE ATITUDE	13
1.1.2. MODELO DOS TRÊS COMPONENTES	14
1.1.3. AS ATITUDES PESSOAIS FACE À SEXUALIDADE	15
1.1.4. ATITUDES, TRAÇOS DE PERSONALIDADE, CRENÇAS E VALORES	19
1.1.5. AS ATITUDES SOCIAIS FACE À SEXUALIDADE	21
1.1.6. A EROTOFILIA, A EROTOFOBIA E A EDUCAÇÃO SEXUAL	22
1.2. EDUCAÇÃO SEXUAL – SEXUALIDADE, SAÚDE E EDUCAÇÃO	25
1.3. EDUCAÇÃO SEXUAL E A ESCOLA	28
1.3.1. O CONCEITO E OS OBJECTIVOS DA EDUCAÇÃO SEXUAL	31
1.3.2. ENQUADRAMENTO HISTÓRICO-LEGAL	32
1.3.3. A EDUCAÇÃO SEXUAL – IMPLEMENTAÇÃO	41
1.3.4. EDUCAÇÃO SEXUAL–ÁREAS, OBJECTIVOS, ATITUDES e COMPETÊNCIAS.....	43
1.4. TEORIA DA COGNIÇÃO SOCIAL	46
1.4.1. OS COMPONENTES DA TEORIA	47
1.4.2. AS FASES DA TEORIA	48
1.4.2.1. A MOTIVAÇÃO	48
1.4.2.2. A ACÇÃO	48
2. METODOLOGIA	51
2.1. PERTINÊNCIA E OBJECTIVOS DO ESTUDO	51
2.2. TIPO DE ESTUDO	52
2.3. SELECÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	52
2.3.1. POPULAÇÃO	52
2.3.2. PARTICIPANTES	52
2.3.2.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	53
2.4. PROCEDIMENTOS	61
2.4.1. INSTRUMENTO.....	61
2.4.1.1. ESTRUTURA DO QUESTIONÁRIO	62
2.4.1.2. CONSISTÊNCIA INTERNA	67
2.4.1.3. RECOLHA DOS DADOS	68

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	69
3.1. RESULTADOS, TEORIA E SEUS COMPONENTES	70
3.2. CORRELAÇÕES SEGUNDO ALGUMAS RESPOSTAS DOS GRUPOS	76
3.3. INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE CONTEÚDOS EM EDUCAÇÃO SEXUAL SEGUNDO OS GRUPOS PROFISSIONAIS	86
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	90
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
6. ANEXOS	98
6.1. ANEXO 1 - INSTRUMENTO	
6.2. ANEXO 2 – ALPHAS DE CRONBACH	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Modelo dos três componentes da atitude	15
Figura 2	Teoria da cognição social	50
Figura 3	Caracterização da amostra relativamente ao sexo	54
Figura 4	Estrutura etária da amostra	55
Figura 5	Caracterização da amostra relativamente ao grupo a que pertence	56
Figura 6	Caracterização da amostra relativamente à zona de residência	57
Figura 7	Caracterização da amostra relativamente à religião	58
Figura 8	Caracterização por confissão religiosa	59
Figura 9	Caracterização da amostra relativamente à participação em actividades relacionadas com a educação sexual	60
Figura 10	Média simples das classificações atribuídas às respostas obtidas na amostra, por componente da teoria	74
Figura 11	Histograma de frequências do item 3 do questionário	76
Figura 12	"Box-Plot" do item 3 do questionário	76
Figura 13	Histograma de frequências do item 27 do questionário	77
Figura 14	"Box-Plot" do item 27 do questionário	77
Figura 15	Histograma de frequências do item 62 do questionário	77
Figura 16	"Box-Plot" do item 62 do questionário	77
Figura 17	Histograma de frequências do item 51 do questionário	78
Figura 18	"Box-Plot" do item 51 do questionário	78
Figura 19	Histograma de frequências do item 31 do questionário	78
Figura 20	"Box-Plot" do item 31 do questionário	78
Figura 21	Histograma de frequências do item 1 do questionário	79
Figura 22	"Box-Plot" do item 1 do questionário	79
Figura 23	Histograma de frequências do item 21 do questionário	80
Figura 24	"Box-Plot" do item 21 do questionário	80
Figura 25	Histograma de frequências do item 35 do questionário	80
Figura 26	"Box-Plot" do item 35 do questionário	80
Figura 27	Histograma de frequências do item 41 do questionário	81
Figura 28	"Box-Plot" do item 41 do questionário	81
Figura 29	Histograma de frequências do item 33 do questionário	81
Figura 30	"Box-Plot" do item 33 do questionário	81
Figura 31	Histograma de frequências do item 58 do questionário	82
Figura 32	"Box-Plot" do item 58 do questionário	82
Figura 33	Histograma de frequências do item 52 do questionário	83
Figura 34	"Box-Plot" do item 52 do questionário	83
Figura 35	Histograma de frequências do item 37 do questionário	83
Figura 36	"Box-Plot" do item 37 do questionário	83
Figura 37	Histograma de frequências do item 48 do questionário	84
Figura 38	"Box-Plot" do item 48 do questionário	84
Figura 39	Histograma de frequências do item 45 do questionário	84
Figura 40	"Box-Plot" do item 45 do questionário	84

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	Educação sexual – áreas, objectivos, atitudes e competências	44
Tabela 2	Os componentes da teoria e os itens do instrumento	64
Tabela 3	<i>Alpha de Cronbach</i>	67
Tabela 4	Média das respostas por itens correspondentes à vulnerabilidade	70
Tabela 5	Média das respostas por itens correspondentes à expectativa do resultado	71
Tabela 6	Média das respostas por itens correspondentes às crenças normativas	72
Tabela 7	Média das respostas por itens correspondentes à expectativa de eficácia	73
Tabela 8	Média simples das classificações atribuídas às respostas obtidas na amostra, por componente da teoria	74
Tabela 9	Inclusão/exclusão de conteúdos em educação sexual segundo os grupos profissionais	86

INTRODUÇÃO

Desde 1984 que a educação sexual se encontra legislada em Portugal. E, desde então, têm sido várias as iniciativas que visam a sua efectiva implementação.

O quadro legal, técnico e normativo esclarece conceitos, mas não se revela claro quanto a responsabilidades e deveres, podendo, frequentemente, as iniciativas em meio escolar que visam a abordagem da sexualidade, encontrarem-se na dependência de atitudes, crenças e valores de grupos profissionais. O ideário da transversalidade respeita a visão holística da sexualidade mas pode, em conjunto com a ausência de formação generalizada dos técnicos e da necessária supervisão e acompanhamento de programas, constituir um obstáculo à implementação da educação sexual em meio escolar.

Paralelamente, existem ainda enraizadas na nossa sociedade e na nossa cultura, posturas erotofóbicas face à sexualidade. Tem sido progressivo o abandono do modelo anátomo-fisiológico e a generalização do modelo biográfico, democrático ou de desenvolvimento pessoal e social que permite uma valorização positiva da sexualidade e das suas múltiplas expressões. Tal como é referido ao longo deste estudo, a educação sexual parece ter sido temática sempre associada a questões como o planeamento familiar ou o aborto, não constituindo ao longo de três décadas um objecto independente e integrador da vivência positiva da sexualidade.

A temática foi enquadrada no âmbito da Psicologia da Saúde, recorrendo a conceitos como a promoção e a educação para a saúde, nos quais o processo de capacitação do indivíduo na área da saúde conjuga-se com a vertente educativa e formativa.

A educação sexual assume-se como um verdadeiro processo contínuo de aprendizagem a ser integrada em todas as fases de socialização do indivíduo, embora, por vezes, ainda seja considerada uma área do âmbito exclusivo da saúde. Será fundamental perceber que a saúde, nomeadamente a saúde sexual e reprodutiva deva ser, tal como outras dimensões do ser humano, alvo de um processo de aprendizagem. A saúde sexual baseia-se nas capacidades de comunicação e nas relações interpessoais, no respeito das necessidades próprias e das necessidades do outro. A comunicação e as competências sociais requerem o treino, a

formação pessoal. A escola, paralelamente à família, será sempre um espaço privilegiado de crescimento e aprendizagem, fundamental à integração positiva e estruturante da sexualidade. As barreiras a este crescimento surgem, invariavelmente, em nós, enquanto técnicos, enquanto pessoas. São as nossas atitudes, os nossos valores que podem catapultar ou limitar uma intervenção numa área tão vasta como a educação sexual. São estas atitudes que deveremos abordar e debater para que possamos crescer enquanto técnicos isentos e abstinentes.

Com este estudo procurámos explorar o conceito de atitude em dois grupos profissionais distintivos. Estas duas populações representam dois dos principais intervenientes em educação sexual em meio escolar. Revelou-se importante compreender algumas atitudes subjacentes à sua intervenção, de forma a procurar ultrapassar alguns obstáculos no processo de disseminação da educação sexual em meio escolar. É também objectivo deste estudo perceber de que modo as atitudes face à educação sexual e, numa primeira instância, face à sexualidade (uma vez que uma é consequência imediata da outra) têm permitido uma integração mais vasta da sexualidade num contexto de construção da identidade pessoal, das relações interpessoais, dos papéis sociais e do exercício da cidadania.

Este estudo encontra-se dividido em quatro grandes partes: enquadramento teórico, metodologia, apresentação e análise dos resultados e discussão dos resultados.

No capítulo relativo ao enquadramento teórico é realizada uma revisão bibliográfica sobre o conceito de atitude. São conceptualizadas os conceitos de atitude pessoal e social face à sexualidade. Tomámos por ponto de partida as atitudes face à sexualidade uma vez que são elas que irão condicionar a postura pessoal, profissional e social face à integração da educação sexual em meio escolar. Paralelamente são abordadas neste capítulo as questões relativas ao enquadramento histórico legal da educação sexual e consequente perspectiva de implementação do conceito. Neste sentido, foi revisto o conceito de educação em meio escolar na perspectiva da saúde e também na perspectiva da educação.

Ainda deste capítulo consta a revisão bibliográfica relativa à teoria da cognição social, componentes e fases da mesma, à qual se encontra subordinado o nosso estudo.

No capítulo referente à Metodologia são apresentados os objectivos do estudo e caracterizados os seus participantes. De seguida é revista a estrutura do instrumento. Este encontra-se dividido em três partes, uma primeira secção relativa à caracterização sócio demográfica dos participantes; a segunda secção consta de uma escala de Likert que remete os participantes para uma opinião face ao objecto atitudinal, a educação sexual em meio escolar. Nesta segunda secção foram construídos itens que conduzem o indivíduo a um posicionamento favorável ou desfavorável, procurando eliminar as opiniões neutras face à educação sexual em meio escolar. Do instrumento consta ainda, em terceiro lugar, uma lista de conteúdos, face à qual os participantes se posicionam quanto à sua inclusão nos conteúdos programáticos em educação sexual.

Na apresentação e análise dos resultados é caracterizada a população e são estabelecidas correlações entre as respostas aos itens do questionário pelos dois grupos profissionais em análise, os técnicos de educação e os técnicos de saúde. Ainda com base no instrumento procurámos perceber quais as temáticas que os dois grupos incluem e excluem da abordagem da educação sexual em meio escolar e de que forma essa divisão poderá ser condicionada pelos resultados obtidos face ao objecto atitudinal.

Numa última instância procurámos discutir os resultados apresentados à luz do enquadramento teórico e também com recurso à experiência em educação sexual em meio escolar, nomeadamente na formação de técnicos de educação, técnicos de saúde, pais, educadores, crianças e jovens.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. ATITUDES E INTENÇÕES COMPORTAMENTAIS

1.1.1. CONCEITO DE ATITUDE

Na Sociedade Portuguesa, quando falamos de educação sexual em meio escolar e sua respectiva implementação, confrontamo-nos com estruturas atitudinais que tendem a ser características dos diferentes grupos socio-profissionais. As diferenças caracterizam o indivíduo e, conseqüentemente, o grupo em que se inserem. Estas diferenças são, desde há muito, fonte de interesse para a psicologia social. O termo atitude tem sido utilizado para descrever diferentes posicionamentos face a questões sociais como, a educação sexual, o aborto, a pílula do dia seguinte, a adopção por casais homossexuais ou as uniões de facto. Este termo generalizado pelo senso comum, é associado à postura, demonstração de uma intenção, propósito, norma ou modo de procedimento.

O conceito de atitude foi construído de modo a explicar a maneira como reagimos face ao objecto atitudinal (Eagly & Chaiken, 1993). De acordo com Lima (1993) a atitude medeia o pensamento e a acção, sendo inferida do comportamento.

Ainda segundo Eagly e Chaiken (1993) as atitudes são tendências psicológicas para a avaliação, positiva ou negativa de uma entidade particular ou objecto. Também Insko e Schopler (1980, cit. por López e Fuertes, 1999) definem as atitudes como predisposições para avaliar favorável ou desfavoravelmente os objectos. Resultam das experiências e dos comportamentos apreendidos.

Para a corrente comportamentalista, as atitudes representam o comportamento verbal através do qual os indivíduos se posicionam quanto às suas preferências e aversões. A afirmação de determinada atitude pode ser vista como uma inferência a partir da observação do comportamento do indivíduo e das variáveis situacionais em que o mesmo ocorre (Bem, 1967, cit. por Lima, 1993).

A corrente cognitivista procura, por seu lado, teorizar a congruência interna das atitudes, estabelecendo a relação das mesmas com as crenças e valores individuais ou de grupo.

1.1.2. MODELO DOS TRÊS COMPONENTES

Segundo Rosenberg e Hovland as atitudes são predisposições para responder a determinada classe de estímulos com determinado tipo de respostas (1960, cit. por Lima, 1993). Estes autores propõem ainda o **Modelo dos Três Componentes** que caracteriza as atitudes e a sua relação com as repostas observáveis. Assim sendo, de acordo com este modelo, existem três classes de repostas observáveis face a uma realidade social. López e Fuertes (1999) referem-se também a este modelo quando nos propõem uma compreensão das atitudes em relação à sexualidade. As atitudes apresentam três componentes estreitamente interligadas:

- componente cognitiva
- componente afectiva
- componente comportamental

A componente cognitiva diz respeito ao pensar, às opiniões e crenças individuais. Nesta componente está presente a representação cognitiva do objecto, sobre a qual assenta a estrutura da atitude. A componente afectiva relaciona-se com a intensidade das emoções (positivas ou negativas) relativamente ao objecto. A componente comportamental representa a tendência para actuar de uma determinada forma. A atitude adquire, nesta componente, o papel de intenção comportamental. Este modelo parece-nos completo por apresentar uma visão multidimensional das atitudes.

Neste estudo, a atitude é abordada, numa primeira instância, como um posicionamento individual, mas compreendida e integrada num grupo específico de intervenção em educação sexual em meio escolar. Para este estudo será também importante realçar a importância das crenças e dos valores que suportam a atitude, constituindo a sua componente cognitiva e racional referida anteriormente.

Tomando, por exemplo, um dos temas abordados pela educação sexual em meio escolar como é a masturbação, podemos distinguir opiniões, sentimentos e comportamentos. As opiniões podem considerá-lo como natural, saudável e moralmente aceite, ou como anti-natural, nocivo e moralmente inaceitável. Relativamente aos sentimentos, estes podem ir desde a aceitação e bem-estar à rejeição e à culpa. Os comportamentos estabelecem-se, então, entre a tendência para a masturbação consoante o desejo sentido, ou tendência para evitá-lo, mesmo quando se deseja. Esta componente pode ser observada como uma fase de preparação, uma intenção para a acção, uma predisposição orientada para o comportamento, mais do que a própria concretização do comportamento.

Estas três componentes reforçam-se mutuamente, formando uma estrutura de conjunto estável (López e Fuertes, 1999). Na área da sexualidade esta estrutura está muitas vezes sujeita a influências contraditórias, podendo, por vezes, entrar em ruptura. Se, por um lado, a pulsão sexual é fonte de motivação para o comportamento, a cultura, a estrutura de crenças e valores da sociedade na qual o indivíduo se insere, exercem uma função repressiva da expressão comportamental. Consequentemente, as atitudes sexuais entram em processo de ruptura e constante mudança. Extrapolando estas ideias para a área da educação sexual, deparamo-nos também com uma ruptura quase constante na estrutura atitudinal. Se, por um lado, concordamos com a educação sexual e a encaramos como um instrumento fundamental para a vivência em sociedade, também veiculamos a ideia de que os jovens não têm capacidades para lidar com a sua sexualidade, limitando-lhes a autonomia nas suas decisões. Por outro lado, limitam-se ainda os conteúdos a serem abordados por uma temática tão abrangente como a sexualidade. Tal poderá ser confirmado na apresentação dos resultados deste projecto de investigação. Conteúdos como a adopção, o vocabulário relacionado com a sexualidade ou as práticas sexuais, são ainda considerados como não relevantes para o discurso da educação sexual em meio escolar. Ora, como nos diz Nuno Nodin (2002), «(...)um dos fenómenos que

tem marcado o nosso país no período pós 25 de Abril, tem sido a maior disponibilidade de materiais de teor erótico e sexual nos meios de comunicação social. Nada de diferente seria de esperar, uma vez que o Estado Novo tinha uma política altamente repressiva de tudo o que se relacionasse com a sexualidade, postulando, pelo contrário, uma atitude de valorização ou mesmo de reitificação da religião Católica e de todos os princípios por ela definidos, entre os quais o culto da virgem Maria que personifica um ideal de pureza feminina do qual se encontra ausente a sexualidade.» (op. cit., 2002b). A passagem de uma estrutura social atitudinal de completa negação, rejeição da sexualidade, para uma estrutura social carregada de materiais de teor erótico resulta numa instabilidade da estrutura de conjunto da atitude, que se queria estável.

López e Fuertes (1999), referem alguns modelos de atitude pessoais face à sexualidade que vão desde a atitude conservadora à atitude liberal. A atitude conservadora consta de uma visão limitativa da sexualidade enquanto instrumento necessário à reprodução, onde os comportamentos associados são legitimados pelo casamento. Estes autores diferenciam ainda quatro tipos diferentes de atitudes conservadoras:

- **A atitude de interdição** – “(...) os mecanismos psicológicos aplicados à sexualidade são a negação, a repulsa, a obsessão e a culpa. Aqueles que partilham desta atitude tentam negar qualquer sentimento, fantasia, desejo e comportamento sexuais, se estes não têm lugar dentro do casamento e com fins reprodutivos. (...) Tendem a considerar a sexualidade como um instinto perigoso que é necessário controlar continuamente. (...) Estas pessoas costumam ser muito pouco tolerantes com os outros, escandalizam-se com facilidade e adoptam posições radicais do ponto de vista político e social.” (op. cit., pp. 30-31).
- **A atitude de dependência** – considera a sexualidade como uma tema muito delicado do qual não possui qualquer conhecimento, caracterizando-se pelo medo face ao tema e pela submissão relativamente às supostas autoridades morais ou profissionais na matéria. (...) Os que partilham desta postura podem aceitar que a educação sexual é conveniente . Contudo, convencidos de que é arriscado, difícil e delicado falar deste tema, acreditam que

devem ser os moralistas e profissionais a dizer o que é bom ou mau, correcto ou incorrecto: « doutores tem a igreja ou a Ciência que lhe saberão responder». (op. cit., p. 31).

- **Falso naturalismo** – nesta atitude assume-se uma racionalização face ao medo de abordar o tema sexualidade, *“(...) defendem que a sexualidade é algo «tão natural» que não é necessário falar dela. Pretender estudar a sexualidade ou fazer educação sexual (...), não tem sentido é uma forma de complicar as coisas. O melhor é deixar que cada pessoa descubra por si própria os comportamentos apropriados.” (op. cit., p. 32).*

Tal como ainda nos referem estes autores, esta é uma postura carregada de contradições. O silêncio, também ele uma forma de educação sexual, é quebrado pelas mensagens sexuais de uma forte sociedade de informação.

- **Atitude conservadora integrada** – a sexualidade é aceite de uma forma positiva, *“(...) como uma dimensão humana que tem sentido dentro de um sistema de relações afectivas estáveis.” (op. cit., p. 32).*

Num outro extremo temos a atitude liberal, na qual a sexualidade é tida como uma dimensão humana com múltiplas possibilidades e que o indivíduo, ou o casal, podem vivenciar, de acordo com as suas expectativas. Ao contrário da atitude conservadora, o sistema de referências subjacente a esta atitude é o individual e não o moral ou da legislação civil. Esta atitude é apologista da sexualidade e de uma educação sexual que contribua para o conhecimento e liberdade do indivíduo. Segundo os mesmos autores, podemos encontrar três diferentes atitudes liberais:

- **Atitude liberal individualista** – esta atitude caracteriza-se por um radicalismo extremo no qual o indivíduo e as suas apetências convertem-se no único sistema regulador da moral e dos comportamentos sexuais.
- **Atitude liberal impositiva** – Atitude característica da década de 60/70 onde se proclamava a necessidade de uma revolução sexual que transformaria a sociedade. Esta atitude pressupõe uma alteração radical de um sistema de crenças sem uma atitude crítica subjacente à mudança ou uma postura tolerante face ao diferente. *“A partir desta atitude a educação sexual é instrumentalizada com fins, implícita ou explicitamente, políticos. Por*

exemplo, não só criticam que a educação sexual deva ter como objectivo fundamental a preparação «para o amor e o casamento», como fazem uma análise totalmente negativa do casamento e da ideia de família. A sexualidade é também, frequentemente, sobredimensionada, já que do acesso pessoal e social à actividade sexual se esperam demasiadas coisas: a felicidade pessoal e a revolução social.” (op. cit., p. 34).

- **Atitude liberal aberta** – A sexualidade é tida como uma dimensão humana positiva de múltiplas e variadas possibilidades. Existe uma maior tolerância, respeito pelo diferente, desejo de conhecimento pelo que se ignora ou desconhece e naturalidade na aceitação do que é sensual e sexual. Dentro desta atitude, “ (...) a educação sexual é um direito das pessoas que a sociedade não pode negar. Uma adequada educação sexual contribuirá para superar a ignorância, os medos, os lugares-comuns e os erros que causam tantos problemas e dificuldades. “(op. cit., pp. 34-35).

Ao longo deste nosso trabalho será esta estrutura atitudinal que procuraremos tomar como referência conceptual uma vez que pretende “(...) substituir a ignorância pelo conhecimento, o medo pela aceitação, a intolerância pela compreensão, a mera assimilação de ideias feitas pela procura e dúvida.” (López e Fuertes, 1999, p. 35).

1.1.4. ATITUDES, TRAÇOS DE PERSONALIDADE, CRENÇAS E VALORES

As diferentes posições relativamente ao conceito de atitude apresentam alguns pontos em comum (Lima, 1993):

- referem-se a experiências subjectivas aprendidas, expressando o posicionamento e a história de vida de um indivíduo ou grupo;
- referem-se a um objecto;
- incluem uma dimensão avaliativa.

Afirmamos então que, face ao objecto atitudinal, educação sexual em meio escolar, os indivíduos podem assumir diferentes atitudes. Segundo Lima (1993) «As atitudes não nascem de um vazio social, mas, pelo contrário, são fruto da interacção social, de processos de

comparação, identificação e diferenciação que nos permitem situar a nossa posição face à de outros num determinado momento de tempo» (op. cit., p. 169).

Temos vindo a abordar várias definições do conceito de atitude, a fim de clarificar o conceito. Seria, ainda, importante diferenciá-lo de outros três conceitos próximos: os traços de personalidade, as crenças e os valores.

O primeiro conceito, traços de personalidade, difere do conceito de atitude por não especificar o alvo do comportamento e centrar-se no indivíduo. Ambos os conceitos pressupõem uma estabilidade, embora as atitudes sejam mais susceptíveis à mudança, quer pela experiência individual ou pela informação disponível, sendo os traços de personalidade mais resistentes à mudança (Lima, 1993).

Relativamente às crenças, Lima (1993) esclarece o conceito como *«a informação de que uma pessoa dispõe acerca do objecto, face à qual se pode sempre associar uma probabilidade de veracidade» (op. cit., p. 170).*

Ainda à luz do modelo dos três componentes da atitude, a crença é entendida como a componente cognitiva e racional da atitude. Na Teoria da Acção Reflectida de Fishbein e Ajzen a atitude é apresentada como a força das crenças relativas a um determinado objecto, pesado pela avaliação que o indivíduo faz dessas mesmas crenças (1975, cit. por Lima, 1993). A importância e o impacto da crença no indivíduo conduzem à atitude valorativa do objecto.

Os valores diferem das atitudes por serem mais gerais e abstractos. Todavia, apresentam, também, uma valorização face ao objecto. Segundo Rokeach (1979, cit. por Lima, 1993) por valores entende-se *«as concepções centrais sobre o que é desejável a nível individual ou social, que servem como padrões ou critérios para orientar não só a acção mas também a avaliação, as escolhas e as atribuições de causalidade» (op. cit., p. 171).*

1.1.5. AS ATITUDES SOCIAIS FACE À SEXUALIDADE

Por vezes, o que se escreve e o que se faz em educação sexual em Portugal não adquire um rigor científico. A implementação da educação sexual em meio escolar é frequentemente reflexo de atitudes, valores e crenças de pais, técnicos de educação e técnicos de saúde, ou seja, todos os grupos legalmente intervenientes na sua implementação. Tal como já referimos anteriormente, a estrutura da atitude tem vindo a sofrer alterações profundas, especialmente nos últimos 30 anos, devido, em grande parte, à implementação de um regime político democrático. Será importante fazer uma pequena retrospectiva social das atitudes dos grupos estudados face à educação em meio escolar.

Nas palavras de Philip Meredith (1990), *«toda a cultura tem uma série de regras para a transmissão de informação e orientações sobre as questões sexuais: sendo a sexualidade por si mesma um tema de interesse quase tão significativo como a religião. Ambos os temas abarcam profundas emoções e necessidades humanas, e ambas estão cercadas de uma mitologia, curiosamente semelhante, para proporcionar explicações e sistemas de valores.»* (op. cit. Meredith, p. 11). A sexualidade foi sempre tida como um perigo, uma ameaça ao que está estabelecido, à norma. As atitudes face à sexualidade serão sempre o reflexo de um sistema cultural e, na verdade, durante longos anos, a sexualidade foi o perigo, a ameaça ao que está estabelecido, à norma.

Até meados da década de 70, o sistema de crenças e valores face à sexualidade era imposto pelo poder político, pelo poder educativo e pela Igreja Católica. O conceito de promoção da saúde era ainda desconhecido. A visão cristã na qual o corpo humano é um contentor, imperfeito e frágil, da alma em trânsito pelo mundo terreno (Ribeiro, 1998) inviabiliza uma intervenção a nível dos comportamentos e estabelece uma moral onde a alma é a parte espiritual e nobre que há que salvar, e o corpo a matéria, prisão da alma, fonte de paixões, que é necessário controlar (López, 1998). A abordagem da sexualidade em meio escolar era inexistente. Este foi um período de negação, negação de tudo o que tivesse a ver com a sexualidade: ocultação de conhecimentos e proliferação de mitos e tabus; proibição de comportamentos sexuais tidos fora de uma relação de matrimónio e com outros fins para além

dos reprodutivos; normas obsessivas e interdições relativamente, por exemplo, às questões e aos papéis de género.

No entanto, os anos 70 trazem para a sociedade portuguesa profundas mudanças nas atitudes, crenças e valores face à sexualidade e, conseqüentemente, face à educação sexual. A abordagem da sexualidade abandona o modelo de autoridade moral tradicional oriundo da tradição religiosa. A doutrinação moral vê-se confrontada com um processo de modernização. Desaparece a censura política e o novo governo democrático reconhece a necessidade de proporcionar cuidados de saúde à população. O planeamento familiar e a educação sexual são dois desses cuidados de saúde básicos, embora o planeamento familiar seja mais facilmente implantado, no caso de Portugal, do que a educação sexual.

Presenciamos uma mudança de atitude social face à sexualidade. A interdição dá lugar a uma necessidade de informação e saber que permitam controlar, ainda, a sexualidade por esta representar já não um perigo moral, mas um perigo ambiental. Esta é uma postura que abre as portas ao planeamento familiar, ao uso dos contraceptivos como medida sanitária, mas esquece o plano educativo, ou seja as necessidades e os desejos dos indivíduos. López e Fuertes (1999) falam-nos de uma atitude social predominante que se caracteriza pela permissividade e a comercialização e não pelo reconhecimento, pela educação e pelos cuidados de saúde. Na realidade, a mudança de atitudes permitiu apenas uma liberdade formal. Ultrapassada a atitude de negação, interdição e proibição será necessário a implementação efectiva da educação sexual em meio escolar.

1.1.6. A EROTOFILIA , A EROTOFOBIA E A EDUCAÇÃO SEXUAL

Tendo em conta que as atitudes são de grande importância no que os indivíduos pensam, sentem e nas suas acções, ao avaliarmos o impacto das atitudes face à educação sexual compreendemos que estas se encontram na dependência das atitudes mais gerais face à sexualidade, uma vez que o conteúdo destas (opiniões, crenças, sentimentos e tendência para agir de acordo com) baliza a própria atitude face à educação sexual.

Do ponto de vista da sexualidade, as duas tipologias básicas que definem a forma de sentir, pensar e viver a sexualidade, denominam-se erotofilia e erotofobia (Fisher, 1988, cit. por López e Fuertes, 1999).

Por erotofilia entende-se a atitude positiva face à sexualidade: indivíduos erotofílicos tendem a aceitar-se como sexuados, projectam-se no futuro como tal, fruindo o prazer que daí lhes advém, sendo mais responsáveis e activos no que diz respeito ao uso da contracepção e à protecção das doenças sexualmente transmissíveis ou à própria abordagem da educação sexual. Aceitam a masturbação como forma positiva de vivenciar o prazer, tendem a aceitar melhor a contracepção, as fantasias e os pensamentos sexuais, são menos rígidos e mais liberais no julgamento do comportamento sexual dos outros.

Por erotofobia entende-se a atitude negativa face à sexualidade: indivíduos erotofóbicos tendem a evitar a actividade sexual reagindo de forma negativa aos estímulos sexuais, têm dificuldade em aceitar-se como seres sexuados. Têm menos fantasias e pensamentos ligados à sexualidade, sendo mais rígidos na avaliação do comportamento sexual dos outros.

Entre estas duas tipologias opostas existe um variado leque de atitudes face à sexualidade que condicionarão, conseqüentemente, comportamentos diferentes. Importante é também ter em conta que as atitudes não são algo de estático. Elas mudam ao longo do ciclo vital, mediante experiências pessoais, informação recebida e interacção social. Segundo López e Fuertes (1990) o conceito de atitude não deve ser entendido como uma predisposição estável e idêntica para todos os objectos e situações, mas antes como uma predisposição que constitui o resultado de um processo em contínua mudança.

Entretanto, para que entendamos correctamente as atitudes e comportamentos será necessário inteirarmo-nos do contexto sociocultural. A nossa sociedade rege-se, desde há séculos, por normas e princípios judaico-cristãos, os quais implicam uma visão ascética da existência humana, valorizando o sacrifício e o sofrimento (*"parirás na dor"*) e a renúncia ao prazer (López, 1999). Esta tradição cultural a que podemos chamar sexofóbica, tem a sua

maior expressão no que diz respeito à sexualidade, traduzindo-se pela regra de que esta só é social e moralmente aceite dentro da instituição matrimonial e para fins reprodutivos.

A regulação moral do comportamento sexual, indo contra a dinâmica psicofisiológica da sexualidade humana – o homem não regula os seus períodos de actividade sexual pelos ciclos reprodutivos – é difícil de cumprir, a não ser à custa de um grande esforço repressivo. O facto de a maioria das pessoas não conseguir cumprir as regras explicita ou implicitamente estipuladas, favorece o aparecimento de sentimentos de culpa tornando-se um factor ansiogénico na vivência da sexualidade.

A educação sexual foi baseada no silêncio (Foucault, 1993). A metodologia utilizada passava pela negação e o controlo obsessivo da mínima manifestação sexual. Os impulsos sexuais eram vistos como um comportamento maligno, perigoso e degenerativo.

Como atrás foi dito, a negação da sexualidade como estratégia fundamental, é herança da tradição judaico-cristã na nossa cultura, interferindo no desenvolvimento psicosexual sobretudo nas pessoas mais vulneráveis (Foucault, 1993). A comunicação pais/filhos parece ser um factor importante nesta transmissão. Fisher (1988, cit. por López e Fuertes, 1999) estudou a influência dos pais no comportamento sexual dos filhos: famílias com alto nível de comunicação proporcionam uma similitude de atitudes pais/filhos quando comparadas com famílias com baixos níveis de comunicação. A atitude face à sexualidade dos adolescentes pode estar relacionada com a qualidade da comunicação a nível da sexualidade existente entre pais e filhos. Todavia, a família não determina, por si só, uma abordagem mais ou menos erotofílica face à sexualidade.

Uma postura mais ou menos erotofílica face à sexualidade poderá ser condicionante de uma atitude positiva face à educação sexual. Estes conceitos foram introduzidos no estudo de modo a perceber que uma atitude erotofóbica face à sexualidade juvenil é directamente proporcional a uma atitude erotofóbica face à abordagem da educação sexual em meio escolar.

1.2. EDUCAÇÃO SEXUAL – SEXUALIDADE, SAÚDE E EDUCAÇÃO

Na história da sexologia Havelock Ellis (1859-1939), médico e professor de inglês, foi dos primeiros investigadores a abordar dois conceitos fundamentais neste nosso estudo. São eles a dimensão positiva da sexualidade e a educação sexual. Até então, todos os estudos realizados em torno da sexualidade tinham por base uma concepção biológica da mesma. A medicina abordava a questão catalogando os comportamentos num binómio de normal e patológico. Este autor, reunindo, por um lado, o modelo biomédico da saúde e, por outro, a vertente educacional, deu os primeiros passos para a aceitação positiva de comportamentos até então considerados patológicos. Com este autor foi abordado pela primeira vez o que viria a ser um objectivo prioritário em educação sexual, o respeito próprio e pelos outros num clima de aceitação dos valores da tolerância e da não discriminação. Havelock Ellis resumia esta ideia numa das suas afirmações preferidas: "*pensa que nem todos são como tu*" (cit. por López e Fuertes, 1999).

Numa perspectiva da psicologia da saúde, a educação sexual apresenta-se como componente de um conceito introduzido pela Segunda Revolução da Saúde, a promoção da saúde. Ainda na década de 40, Sigerist (cit. por Ribeiro, 1998) afirmava que a saúde se promovia proporcionando um padrão de vida decente, boas condições de trabalho, educação, cultura física, meios para descansar e recrear, passíveis de alcançar através da coordenação dos esforços de todos os grupos, homens de estado, do trabalho, da indústria, da educação e da saúde (Ribeiro, 1998).

A educação sexual começa por ser uma área de intervenção quase exclusiva do campo da saúde. Como podemos constatar historicamente, são os técnicos de saúde que, através da saúde escolar, promovem um esclarecimento informado em meio escolar. Esta educação sexual carece ainda de uma vertente formativa, educacional. A abordagem da sexualidade ainda se encontrava presa a uma visão biomédica de prevenção da doença, de prevenção da gravidez não desejada. Quando falamos em educação sexual em meio escolar, falamos de transferência de recursos importantes da saúde, tais como conhecimentos e técnicas, para a

comunidade. Neste caso para os técnicos de educação e conseqüentemente para os alunos. Segundo a Carta de Ottawa (1986), a promoção da saúde é um processo de capacitação das pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde a fim de a melhorarem. A promoção da saúde é um conceito que implica devolver mais poder à comunidade. A educação sexual, à semelhança de outras temáticas na área da educação para a saúde, a educação sexual encontra-se associada á questão de transição de saberes, conseqüentemente de poderes. Capacitar alguém para actuar implica necessariamente menos controlo sobre o mesmo indivíduo, uma maior abertura à diversidade, uma maior capacidade crítica de debate, de responsabilidade e autonomia. Ora, *«criar condições a nível governamental, dos serviços e profissional, ou desencadear processos participativos individuais ou de grupo, para actuarem como sujeito do seu próprio desenvolvimento de saúde, só é possível através do conhecimento e da praxis da comunicação.»* (Faria, 2002).

A educação sexual vive então no seio desta bidimensionalidade, a da saúde e da educação, sendo por vezes difícil conjugar, a nível da implementação de objectivos concretos, estas mesmas dimensões.

Uma vez que *«sem saúde está tudo mal e com saúde tudo se alcança»* (Paúl e Fonseca, 2001, p. 95), sem comunicação e educação nada se esclarece. Educação sexual será então um resultado dessa conjugação, onde a vivência positiva e conseqüentemente saudável, da sexualidade é o objecto e a educação o meio. Este raciocínio conduz-nos a um outro conceito mais específico e mais adequado neste estudo e também na abordagem da educação sexual no geral: a educação para a saúde. A educação para a saúde é um processo que serve de ponte entre a informação de saúde e as práticas de saúde. Este processo destaca o indivíduo relevando o domínio afectivo (os valores, as atitudes e as crenças). Neste sentido a escola assume um papel privilegiado para a intervenção em educação para a saúde. A escola como segunda estrutura (em certas situações primeira) de socialização da criança, deverá formar cidadãos responsáveis com elevado nível de conhecimentos de saúde, nomeadamente sobre sexualidade humana, relações interpessoais, responsabilidades e igualdades entre os géneros, áreas de exclusivo foro da educação sexual, mas que podem ser abrangidas num contexto de

cidadania, educação cívica e educação para a saúde. No entanto, e embora legalmente as escolas sejam obrigadas a integrar nos seus currícula a educação sexual, os principais agentes educativos destas instituições não sentem maioritariamente esta necessidade, não sendo também, legalmente, obrigados a fazê-lo. Tal traduz-se, na maior parte dos casos, na pontualidade de acções de esclarecimento sem carácter integrador e estruturante que a dimensão da sexualidade exige.

A escola assume-se como um espaço privilegiado de educação para a saúde. O indivíduo, inserido num contexto social, é estimulado ao longo da escolaridade, a melhorar a sua auto-compreensão e auto-estima, a ter respeito por si próprio e pelos outros. Para este fim, são trabalhados, em educação para a saúde, conceitos como as atitudes, os valores e os sentimentos individuais.

A educação para a saúde, segundo Green e Kreuter, estabelece-se como uma combinação planeada de experiências e de aprendizagem, realizada de forma a predispor, capacitar e reforçar o comportamento voluntário que promove a saúde dos indivíduos, grupos e comunidades (1991, cit. por Faria, 2002).

Em educação sexual, o conceito de prevenção, ou modelo de prevenção é mais redutor na sua abrangência. Destaca o conhecimento e a prática, colocando à margem o factor comunicação/relação, característico da educação. Em psicologia da saúde, o modelo da prevenção estabelece que as mudanças no comportamento ocorram quando o indivíduo é confrontado com a expectativa de risco, sendo conduzido, por essa razão, a uma alteração de comportamento de risco. É claro que os estudos realizados nesta área apontam para que a transmissão da informação não constitua, por si só, razão suficiente para a adopção e manutenção do comportamento de saúde. Parece não ser por abordar as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), ou memorizar o funcionamento do aparelho reprodutivo, como consta nos currícula dos 6º e 8º anos de escolaridade, que diminui a incidência de ISTs ou se reduz o número de gravidezes na adolescência.

Será através da promoção da saúde, mais precisamente, da educação para a saúde, que se poderá constatar, a longo prazo, ou se assim se poderá dizer, a muito longo prazo, alterações nos comportamentos sexuais dos portugueses.

A educação sexual, enquanto educação para a saúde, deverá abordar as expectativas de resultados positivos na adopção de comportamentos de saúde, promovendo uma nova forma de estar enquanto ser sexuado.

Este processo de educação para a saúde exige a participação de diversos profissionais. Por estas razões a educação sexual requiere a intervenção de uma equipa multidisciplinar, composta por pais, técnicos de educação e técnicos de saúde, assim como dos próprios alunos.

1.3. EDUCAÇÃO SEXUAL E A ESCOLA

A escola, como foi referido anteriormente, constitui um espaço num tempo privilegiado para a abordagem da educação sexual, para a condução *in locus* e *just in time* de um estilo de vida saudável que engloba a promoção de uma vivência positiva da sexualidade.

A escola pretende desenvolver competências cognitivas, mas também competências pessoais e sociais, «a aquisição progressiva de conhecimentos é relevante se for integrada num conjunto mais amplo de aprendizagem enquadrada por uma perspectiva que coloca no primeiro plano o desenvolvimento de capacidades de pensamento e de atitudes favoráveis à aprendizagem.» (Ministério Educação, 2002, p. 9). Estas competências pressupõem o desenvolvimento de um processo de autonomia em relação ao uso do saber. A educação sexual é considerada, de acordo com o Currículo Nacional do Ensino Básico - Competências Essenciais, um tema transversal às diversas áreas disciplinares (assim como a educação para os direitos humanos, a educação ambiental e outras temáticas da educação). Sendo transversais, estas temáticas estarão sujeitas a dois tipos de intervenções: a abordagem de problemas e desenvolvimento de projectos de natureza interdisciplinar; e a aprendizagem específica no âmbito das várias disciplinas.

Da organização curricular do ensino básico salienta-se a criação de três novas áreas curriculares (Área de projecto, Educação para a cidadania e Estudo acompanhado), integradas no horário escolar e acompanhadas por dois professores para cada aluno.

Do documento acima apontado, destacamos alguns princípios e valores orientadores, que podem ser interpretados como competências em educação sexual. São eles:

- o respeito e a valorização da diversidade dos indivíduos e dos grupos quanto às suas pertenças e opções;
- a valorização de diferentes formas de conhecimento, comunicação e expressão;
- a valorização das dimensões relacionais da aprendizagem e dos princípios éticos que regulam o relacionamento com o saber e com os outros.

À luz destes princípios, valores ou atitudes, pretende-se que o indivíduo desenvolva competências gerais, equacione atitudes e comportamentos. São apontadas, ainda segundo o mesmo documento, algumas das almejadas competências gerais:

- a adopção de estratégias adequadas à resolução de problemas e à tomada de decisões;
- a realização de actividades de forma autónoma, responsável e criativa;
- o relacionamento harmonioso do corpo com o espaço, numa perspectiva pessoal e interpessoal promotora de saúde e de qualidade de vida.

Esta competências gerais devem ter por base uma educação baseada na comunicação e na relação. O professor deverá procurar desenvolver, actividades, acções, jogos pedagógicos, que estimulem a aprendizagem e desenvolvam a autonomia e a capacidade de decisão, objectivos gerais da educação sexual em meio escolar.

Todavia, se tal é exigido ao professor e sentido como fundamental na implementação da educação sexual, na realidade não são trabalhadas com o técnico estratégias de o fazer. De acordo com o que podemos verificar na nossa amostra, cerca de 57,6% dos inquiridos nunca participaram em actividades de educação sexual. No grupo dos técnicos de educação apenas 28,7% dos técnicos de educação participaram em actividades relacionadas com a temática.

Nas palavras de Ana Benavente (2002), reconhece-se actualmente que a mudança das escolas, num mundo complexo e imprevisível, precisa de todos, nomeadamente dos professores e das dinâmicas inovadoras que se constroem localmente. Deste modo se destaca a capacidade de adaptação à mudança educacional das equipas educacionais.

Em educação sexual, esta capacidade de adaptação à mudança exige competências em educação para a saúde, aconselhamento, assim como a nível da abordagem de conceitos e atitudes, do esclarecimento de crenças, mitos e tabus e o debate de ideias sobre sexualidade.

Por outro lado, as escolas tem muitas vezes a tendência para andar à procura das causas ou culpas dos seus males. A culpa, uma vez encontrada revela-se o fim de um percurso. Este é um cenário comum em educação sexual em meio escolar. A procura do culpado inviabiliza a construção de uma dinâmica autónoma e inovadora essencial para uma resposta positiva e edificante. A legislação em educação sexual em meio escolar pressupõe uma obrigatoriedade para a escola, mas não implementa uma obrigatoriedade quer na formação profissional dos técnicos, quer na sua implementação pelos mesmos. Este vazio de regulamentação é então preenchido, pelos técnicos, com atitudes e intenções comportamentais face ao tema e sua implementação.

Da parte do corpo docente, esta ideia é muitas vezes sentida como um *abandono*. Pensar em educação sexual em meio escolar sem suporte formativo ou mesmo sem uma estipulação de conteúdos programáticos, pode ser um quadro assustador que conduz a atitudes de demissão, evitamento ou embaraço.

O facto da sexualidade ser uma temática alvo de valorizações e contextualizada de diferentes e variadas formas, rodeada de interdições e ideias falsas, conduz a que sejam adoptadas diferentes posturas face ao postulado pelos documentos orientadores do Ministério da Educação. Embora da parte dos decisores políticos seja também importante a assumpção de responsabilidades, a implementação de políticas e de intervenções concretas, são tidas como pouco visíveis e com resultados só avaliáveis a médio e longo prazo (Benavente, 2002).

Em última instância, permanecem por colmatar as necessidades educativas, o desenvolvimento de competências que permitam contribuir para uma maior capacidade de decisão e manutenção de comportamentos sexuais saudáveis e para uma vivência positiva e gratificante da sexualidade dos jovens.

1.3.1. CONCEITO E OBJECTIVOS DA EDUCAÇÃO SEXUAL

“A Educação Sexual visa fornecer aos jovens e adultos a possibilidade de conhecerem as dimensões da sua sexualidade, de as integrarem positivamente na sua personalidade e, portanto, de se realizarem de forma harmoniosa e responsável no seu projecto de vida pessoal e social, como seres sexuados.”

Ministério da Educação do Québec, 1984

A educação sexual é tida como um processo básico de aprendizagem da sexualidade que poderá ocorrer em diferentes e variados contextos ao longo do nosso desenvolvimento. Refere-se a todas as formas de transmissão de conceitos, valores, ou simples informações sobre sexualidade.

Esta aprendizagem tem início muito cedo no relacionamento com os pais, nos comportamentos apreendidos com estes, nas determinantes sociais relativas ao sexo e à idade. Trata-se de um processo de socialização comum a todos os indivíduos, integrado de forma mais ou menos positiva de acordo com a vivência individual. É claro que este processo terá características diferentes de cultura para cultura, tendo em conta as normas, as leis, os tabus e os mitos estabelecidos. Este tipo de educação sexual estabelece-se de um modo informal.

A educação sexual intencional passa por processos de aprendizagem sistemática desenvolvidos por profissionais. Existe a intencionalidade de veicular e discutir as questões da sexualidade de uma forma coerente e estruturada. Este tipo de educação pode ser desenvolvida a dois níveis:

- Não integrada nos currículos escolares, mas desenvolvida de uma forma paralela ou complementar a estes. Inclui todas as actividades desenvolvidas na escola ao nível extracurricular e/ou de forma paralela ao sistema educativo formal. Falamos da **educação sexual não formal**.
- Pode ainda ser integrada nos currículos escolares, constando de um processo intencional, programado e coerente, integrado no sistema de ensino. Falamos de **educação sexual formal**.

No panorama português a educação sexual assume estas duas últimas vertentes, deverá estar integrada nos currículos escolares de uma forma transversal, assim como deverá constar das actividades paralelas aos currículos.

Nesta situação a educação sexual terá como objectivo a promoção do desenvolvimento de uma sexualidade flexível, responsável e gratificante. Ajudando os indivíduos a compreender e aumentar as capacidades de decisão e a auto-estima ao nível da sexualidade. “Neste sentido, quanto mais cedo se iniciar, melhor as crianças aprenderão a tornar-se sensíveis às suas necessidades bem como às dos outros, a apreciar e a respeitar as diferenças inter-individuais e a tomar consciência das semelhanças.” (Nodin, 2002a, p. 80).

1.3.2. ENQUADRAMENTO HISTÓRICO-LEGAL

Desde a altura em que a educação sexual em meio escolar se reduzia aos *comportamentos sexuais das plantas*, ou, muito timidamente, à abordagem da reprodução animal, muito se falou e algo se legislou.

A fim de falar da evolução histórica da educação sexual em meio escolar no nosso país, será preciso relembrar quais os principais intervenientes nas políticas educativas e também do papel desempenhado pela escola durante muitas décadas. A escola foi, durante muitos anos, um instrumento, ou mais precisamente, um “aparelho ideológico” do estado.

O conceito de educação sexual surge em primeira instância associado a questões de saúde pública. São elementos oriundos desta área, juntamente com técnicos e especialistas da educação que iniciam o debate “educação sexual em meio escolar”. O conceito tem a sua origem na intersecção saúde-escola que, por ser um terreno não específico de nenhuma delas (saúde versus educação), é muitas vezes considerado *terra de ninguém*.

No Concílio Vaticano II, na década de 60, debate-se o confronto entre a moral tradicional e os novos problemas dos jovens e, por acréscimo, a sexualidade. O tema sexualidade encontra-se associado a outros temas, tais como a Família, o Matrimónio e Amor. No seio da fé católica, não constitui, por si só, uma temática, sendo objecto de discussão aprofundada em alguns círculos. Apresenta-se como uma inquietação juvenil, sendo o silêncio, o tabu, substituído por um emergente diálogo. O conceito de educação sexual instrumentaliza-se no sentido de educar/controlar os jovens para que possam, dentro do Matrimónio, viver a sexualidade de forma saudável. Em resumo, a atitude conservadora menos permissiva que limitava a sexualidade à sua vertente reprodutiva, deu lugar a uma atitude conservadora integrada onde as manifestações da sexualidade só poderão ter lugar num enquadramento de uma relação afectiva estável.

É no âmbito da “Reforma Veiga Simão”¹ que é criada “A Comissão para o Estudo da Educação e Sexualidade” incentivando a discussão pública sobre as questões da educação sexual. Apesar de atacada pelos sectores mais conservadores do regime, foram formuladas recomendações sobre a exposição de matérias sobre sexualidade nos manuais escolares e sobre as vantagens da educação mista entre rapazes e raparigas em regime de convivência.

Estes passos, dados num contexto de forte oposição conservadora, só tiveram seguimento em 1984, quer em termos legislativos quer ao nível dos instrumentos de política educativa.

¹ Veiga Simão, Ministro da Educação Nacional, mentor de uma reforma que pressupunha uma diferente concepção de Escola mais liberal, visando a modernização do sistema à luz da conhecida “primavera marcelista”.

Com a Revolução de Abril a sociedade muda rapidamente, liberta-se e politiza-se. Estes são anos de mudança nos costumes e atitudes da população portuguesa em questões sexuais. As políticas estatais enquadram o Planeamento Familiar e a Saúde Materno-Infantil. Em 1976 os serviços de saúde aplicam uma política de desenvolvimento do planeamento familiar numa perspectiva de prevenção da gravidez não desejada e do recurso ao aborto. Paralelamente promovem-se melhores condições de saúde materno–infantil.

Estas políticas são então consagradas na Constituição. Também o Código da Família sofre algumas alterações, visando uma maior igualdade entre os sexos e desencadeiam-se os movimentos sociais de promoção da educação não sexista, liderados pela Comissão da Condição Feminina. As organizações femininas lutam pelo direito à contracepção e pela legalização do aborto. Na realidade, embora a pílula feminina tivesse chegado ao mercado português no ano de 1962, o acesso à contracepção era quase exclusivamente reservado a casais adultos ou a algumas franjas de jovens universitários.

Também a Associação para o Planeamento da Família (APF) leva a cabo uma campanha pública pelo direito dos jovens à contracepção, desenvolvendo, também, programas de educação sexual, aconselhamento para adolescentes e sessões com pais e professores. “No entanto, não se assiste a nenhum passo significativo na formulação de uma qualquer política do Ministério para debater ou promover a educação sexual escolar.”(Vilar, 1990, p.7).

Paralelamente ocorrem mudanças nas políticas de saúde, nomeadamente a criação do Sistema Nacional de Saúde (resultante da integração dos dois serviços prestadores de cuidados primários de saúde, a Direcção Geral da Saúde e os Serviços Médico Sociais) e da figura do médico de família. A lógica de prestação de cuidados primários de saúde sofre alterações que carecem de uma regulamentação legal.

Este vazio legislativo veio dar origem à Lei 3/84 – direito ao planeamento familiar e à educação sexual. A Lei 3 de 24 de Março de 1984 estabelece a nível da educação sexual:

- Define o direito à educação sexual como direito fundamental à educação;
- Define o dever do Estado cooperar com os pais no sentido de garantir a educação sexual dos jovens e os meios para tal;
- Obriga a inclusão de conteúdos de educação sexual nos currículos escolares e prevê a atenção necessária à formação dos docentes e dos pais para este fim.

Todavia, enquanto que o direito ao planeamento familiar foi regulamentado pela Portaria nº 52/85, o direito a educação sexual não foi alvo de regulamentação. A Portaria n.º 52/85 define os conteúdos dos cuidados de planeamento familiar, o papel dos centros de saúde e a modalidades de acesso às consultas.

Pensamos que esta Lei reúne em si elementos facilitadores mas também um grande obstáculo à pragmatização da educação sexual. Esta Lei 3/84 é oriunda do sector da saúde, é uma lei de planeamento familiar que implica, indirectamente e de modo pouco claro, o Ministério da Educação. Por esta razão foi quase imediata a regulamentação das questões relativas ao planeamento familiar e inexistente a regulamentação da educação sexual.

A educação sexual terá de esperar mais duas décadas para ser regulamentada. O conceito de educação sexual, assim como o livre acesso às consultas de planeamento familiar e à contracepção foi bem aceite pelos profissionais da área da saúde. Posteriormente à aprovação desta lei generaliza-se o acesso à contracepção mas perde-se a “(...)vertente educativa que caracterizava as consultas originais de planeamento familiar (as quais eram sempre precedidas de ensinamentos de grupo).” (Almeida, 2004, p. 35).

A nível da educação sexual o caminho é ainda longo. Até final dos anos 80, a reprodução humana não havia ainda sido introduzida nos currículos do ensino básico, não sendo clara a sua inserção quer nos programas de Meio Físico e Social, quer nos das Ciências da Natureza.

As iniciativas levadas a cabo por profissionais de saúde e pelos técnicos da APF são alvo de algumas críticas, em particular por associações de pais. Estes parecem a sentir o seu papel colocado em causa, primeiro pela possibilidade da frequência dos jovens às consultas sem o

seu consentimento ou conhecimento e, posteriormente, pela exigência da introdução da temática sexualidade em meio escolar.

Face a críticas o Ministério da Educação foi levado a emitir um despacho limitativo da actuação de organizações e profissionais exteriores ao sistema educativo.

Segundo Vaz (1996) o Despacho n.º 9/EBS (1985) previa a necessidade de articulação prévia entre os conselhos directivos, as associações de pais e os inspectores de ensino de cada área para a realização de actividades de educação sexual.

A história da educação sexual parece andar a par e passo da história da contracepção, como nos diz Ana Nunes de Almeida (2004), são processos de mudança social que se estabelecem a dois níveis, a um nível mais visível e público (movimentos sociais, debates públicos, documentos legais e normativos); a outro nível menos visível onde actuam milhares de actores sociais ligados a instituições estatais e não estatais, realizando, em contextos de acção concretos, a promoção possível dos quadros legais e políticos desenhados.

A partir de 1985 registam-se alguns avanços significativos dentro do sistema educativo, alguns deles preconizados pela reforma educativa da equipa de Roberto Carneiro (1988-91). Em 1986 foi aprovada a Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE) que estabelecia no n.º 2 do art.º 47 a área de Formação Pessoal e Social. Esta nova área inclui temas como a educação ecológica, educação do consumidor, educação familiar, educação sexual, prevenção de acidentes e educação para a saúde.

No âmbito desta nova área escola surgiu por Decreto Lei n.º 286/89 a Disciplina de Desenvolvimento Pessoal e Social que, por alguma pressão de certos grupos, nomeadamente da Igreja Católica, será de frequência alternativa à Disciplina de Educação Moral e Religião Católica e de outras confissões, leccionada desde o 1º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico até ao 12º ano do Ensino Secundário. A nova disciplina terá como carga horária uma hora semanal, ficando a criação dos conteúdos programáticos para os vários tipos de ensino a cargo do Instituto de Inovação Educacional (IIE).

Os pontos relativos à educação sexual são introduzidos na LBSE por deputados ligados ao sector da Educação, mostrando uma nova abertura a uma série de temáticas não directamente académicas, mas ligadas ao desenvolvimento e à vida das crianças e dos jovens. Aponta-se, pela primeira vez, para uma educação sexual ligada ao desenvolvimento pessoal e social dos jovens e não apenas aos aspectos biológicos. Será importante realçar algumas características do programa desta disciplina:

- As finalidades e as metodologias da disciplina;
- As diferenças regionais e a autonomia das escolas;
- Projectos interdisciplinares e de complemento curricular.

Todas estas características apontavam para uma flexibilidade de programa.

Esta nova postura governamental, assim como a nova política de legislação reflectem por sua vez algumas mudanças na sociedade portuguesa.

Sem objectivos próprios, instrumentalizada, visando objectivos como a luta contra a gravidez não desejada, a implementação do planeamento familiar, a luta contra o aborto ou a prevenção do VIH, a educação sexual não adquire um estatuto isento, uma finalidade própria.

Nos finais dos anos 80, no âmbito da reforma educativa, a APF apresentou um documento ao Ministério da Educação intitulado "Sugestões para a Integração da Educação Sexual nos Ensinos Básico e Secundário". Esta proposta de educação sexual é composta por um conjunto diversificado de temas agrupados para o 1º, 2º e 3º Ciclos.

Esta proposta da APF «(...) define a posição da organização nesta matéria aos níveis do quadro de valores, objectivos, conteúdos, metodologias e formação de professores e defende a necessidade de uma abordagem específica integrada no contexto da nova disciplina de Desenvolvimento Pessoal e Social e, simultaneamente, a sua abordagem disciplinar e interdisciplinar.»(Vaz, 1996, p.20).

Paralelamente é também apresentada uma proposta de programa de educação para a saúde, oriunda de uma equipa do Ministério da Educação onde se encontra igualmente apontada a importância da sexualidade e relações das interpessoais.

No entanto, a nível prático, nada mudou. Os conteúdos limitam-se à abordagem da reprodução humana, à contraceção e prevenção do VIH, enquadrados nos programas de Ciências da Natureza (6º ano) e Biologia (8º ano). Não foram contemplados os objectivos educacionais de informação correcta e desenvolvimento de valores e atitudes positivas em relação à sexualidade.

A disciplina de Desenvolvimento Pessoal e Social (DPS) não vai além do seu período experimental uma vez que não existe da parte governamental um procedimento obrigatório que generalize a nova experiência. E, conseqüentemente, a maior parte das escolas não integra a DPS.

Entre 1995 e 1998, como resposta a um progressivo apagamento dos conteúdos de educação sexual na recentemente criada disciplina de Desenvolvimento Pessoal e Social, a APF propõe e vê aprovado um projecto-piloto de introdução da Educação Sexual em 5 escolas. Este projecto mostrou como os professores poderiam conduzir programas de Educação Sexual, desde que devidamente formados e apoiados, mostrando ainda o apoio dos pais e outras instituições ligada à vida activa das escolas.

A Constituição da República Portuguesa (4ª Revisão Constitucional, publicada na Lei Constitucional 1/97, de 20 de Setembro de 1997) aponta no art.º 67 para as incumbências do estado na protecção da família. Destacam-se as intervenções previstas no âmbito da Saúde e Educação Sexual e Reprodutiva, apontando para a cooperação com os pais na educação das crianças e jovens, garantindo valores de liberdade individual e direito ao planeamento da família, informação e acesso a métodos que permitam o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes.

Em 1998 o Conselho de Ministros apresenta a Resolução n.º 124/98. Foi aprovado o Relatório Interministerial para a Elaboração de um Plano de Acção em Educação Sexual e Planeamento Familiar, que concretizou algumas medidas com vista ao cumprimento da Lei 3/84. Aqui a educação sexual passou a ser entendida como uma componente essencial da educação e da promoção da saúde, sendo por isso assumida a necessidade de a concretizar, através da aplicação da lei e da articulação das intervenções do Estado em diversos domínios. Os alvos da intervenção são ainda os jovens e os objectivos passam por proporcionar condições para a aquisição de conhecimento de educação sexual, estimulando o desenvolvimento de referências éticas e de atitudes informadas e de condições para cada cidadão. Pretende-se uma compreensão e vivência da sexualidade com base no respeito por si próprio e pelos outros. Temas como a gravidez planeada, a Saúde Materna e a prestação de cuidados de saúde são ainda abordados com especial relevância.

Em 1999, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 7/99 foi aprovado o Plano para uma Política Global de Família, incentivando a participação das famílias na vida escolar e promovendo uma maior equidade no acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva. Com a Lei n.º 120/99 estabelecesse o reforço das garantias ao direito à saúde reprodutiva, preconizando que nos estabelecimentos de ensino básico e secundário seja implementado um programa para a promoção da saúde e da sexualidade humana, no qual seja proporcionada a adequada informação sobre a sexualidade humana, o aparelho reprodutivo e a fisiologia da reprodução, SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos e o planeamento da família, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidades e a igualdade entre géneros (artigo 2º Lei n.º 120/99). Conclui ainda o actual quadro legal e normativo existente, legitimando a educação sexual como componente da Educação, aponta que os seus conteúdos não se restringem ao plano biológico e médico, define algumas vias para a sua inclusão curricular e extracurricular e apela à rentabilização dos recursos disponibilizados para a sua promoção, reforçando a importância que o estabelecimento de parcerias e cooperação entre ministérios pode ter no cumprimento de responsabilidades e deveres assumidos pelo Estado neste domínio.

Paralelamente a este corpo legislativo no âmbito da educação sexual, surgem decisões de política educativa no seio do Ministério da Educação que pretendem contribuir para a implementação da educação sexual. Referimo-nos à criação do Programa de Promoção e Educação para a Saúde (PPES), mais tarde dando origem à Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde (CCPES). É ainda desenvolvida a Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS), onde a educação sexual poderá ser uma área de trabalho. Relativamente às novas áreas curriculares (Formação Cívica e Área Projecto) a educação sexual é considerada uma possível temática a ser abordada, sendo ainda incluída nas orientações do Ministério da Educação para a Educação Pré-Escolar e para os ensinos básicos e secundário.

A educação sexual já não é um facto raro nas escolas portuguesas mas ainda não chega a todas as crianças e jovens portugueses. Ainda muitos professores e escolas desconhecem a legislação existente em educação sexual e a inexistência de dados científicos nesta matéria torna a sistematização de conhecimento difícil e conseqüentemente inviabiliza a sua implementação. O desconhecimento torna-se fonte de ideias pré-concebidas face à educação sexual e, se por um lado se confunde com a sua vertente médico-biológica, também outras tantas vezes é veículo de transmissão de valores pessoais ou grupais que em nada contribuem para a decisão individual informada das crianças e jovens.

Na realidade continua a ser realizado trabalho de educação nas escolas, embora sem supervisão e acompanhamento. As iniciativas e a total ausência delas não são sujeitas a uma orientação por parte das Direcções Regionais de Educação (DREs) ou dos Centros de Área Educativa (CAEs). Mesmo os programas (PPES e posteriormente CCPES) não se revelaram com capacidade suficiente para uma supervisão nesta área.

No sentido de criar um fio condutor à intervenção e facilitar o trabalho das escolas e dos professores em particular, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde publicaram as Linhas Orientadoras em Educação Sexual. Todavia o modelo proposto para a implementação da educação sexual em meio escolar expresso no Decreto Lei n.º 259/2000 de 17 Outubro de 2000, o modelo transversal revela-se como ideologicamente apropriado mas de difícil pragmatização, o que tem conduzido a uma diluição de responsabilidades a nível escolar.

1.3.3. EDUCAÇÃO SEXUAL - IMPLEMENTAÇÃO

Como pudemos constatar, a temática possui um quadro normativo-legal que visa a generalização da educação sexual nas escolas, não esclarecendo, porém, direitos deveres e responsabilidades dos intervenientes. E embora o documento orientador "Educação Sexual em Meio Escolar – Linha Orientadoras" esclareça as técnicas e facilite a concepção do projecto, não estabelece as responsabilidades dos intervenientes, a hierarquia a que se sujeita a sua intervenção, assim como também não esclarece como superar as dificuldades existentes ao nível da supervisão, acompanhamento e formação dos técnicos.

O processo de integração da educação sexual em meio escolar obriga ao percorrer de um conjunto de etapas que permitem a construção das condições necessárias ao seu sucesso.

Uma vez que esta implementação passará pela ideia/projecto de alguns interessados, com formação, ou não, nesta área, as Linhas Orientadoras do Ministério da Educação em conjunto com o Ministério da Saúde pressupõem algumas etapas essenciais a respeitar:

1. A identificação e constituição da equipa técnica responsável pela integração da educação sexual nas actividades curriculares e extracurriculares na escola;
2. A elaboração das linhas gerais do projecto de integração;
3. A divulgação do projecto na escola e identificação dos professores interessados em participar activamente;
4. A procura de apoios necessários ao arranque, desenvolvimento e avaliação dos resultados do projecto de integração;
5. A comunicação das linhas gerais do projecto aos pais e encarregados de educação, definindo neste processo o melhor canal e os instrumentos adequados para esta mesma comunicação;
6. A formação inicial aos professores e outros técnicos (de saúde ou educação) envolvidos no projecto;

7. O desenvolvimento de trabalhos de projecto para cada disciplina curricular, integrando transversalmente os conteúdos de educação sexual nos programas escolares e procurando complementaridades entre os mesmos;
8. A identificação das possibilidades de desenvolver actividades extracurriculares ou interdisciplinares, analisando e adaptando as mesmas aos recursos existentes na escola e capacidade de mobilização dos intervenientes;
9. A realização das actividades;
10. A avaliação do projecto de integração e finalmente;
11. A preparação dos anos lectivos seguintes, aproveitando o processo avaliativo como principal input na definição do novo projecto para o ano lectivo posterior, num processo contínuo de aprendizagem ao nível pessoal (dos promotores, professores e outros envolvidos) e organizacional (ao nível da construção de uma cultura de aprendizagem/avaliação na escola que potencie melhores resultados no futuro).

Os projectos de integração da educação sexual em meio escolar apresentam características diferentes em função do público-alvo que se pretende atingir e do contexto em que se processa a integração. Assim, encontraremos conteúdos e estratégias específicas para cada ciclo do Ensino Básico que permitirão maiores probabilidades de sucesso no processo de integração da educação sexual no currículo escolar.

Como pudemos constatar a educação sexual deverá ter como agentes os vários intervenientes na escola (professores, auxiliares de acção educativa, gabinetes de psicologia e orientação) e comunidade na qual se insere a criança ou jovem (os serviços de saúde, outras escolas, as Câmaras Municipais, etc.)

Face a este ideário legal, normativo e técnico colocam-se-nos algumas questões inquietantes:

- Face a desinteresse ou desmotivação de técnicos de educação pela temática, qual o suporte ou a implementação possível para a educação sexual em determinado meio escolar?
- Face ao interesse mas confrontados com a ausência de formação na área, qual o suporte ou a implementação possível para a educação sexual em determinado meio escolar?

- Não será este quadro uma etapa posterior da evolução da educação sexual em meio escolar? Isto é, não terá a ausência de formação de base dos técnicos de educação nesta área como consequência a falta de investimento, a ausência de projectos, ideias ou até mesmo a ausência da necessidade de abordagem da temática em meio escolar?
- Porque foi abandonada a ideia de uma disciplina de Desenvolvimento Pessoal e Social que, a nosso entender, permitia a opção da parte dos alunos e balizava a temática enquadrando-a num contexto mais alargado de educação cívica?

1.3.4. EDUCAÇÃO SEXUAL – ÁREAS, OBJECTIVOS, ATITUDES e COMPETÊNCIAS

No quadro seguinte podemos depreender quais as áreas abordar em contexto de educação sexual, assim como os objectivos atingir através da mesma. Estas áreas e conhecimentos são estabelecidas pelo Ministério da Educação para o 1º, 2º, 3º ciclos e secundário (EATES, 2000). São também objectivos da educação sexual o desenvolvimento de atitudes e competências básicas aqui apresentadas.

Tabela 1: Educação sexual – áreas, objectivos, atitudes e competências

Áreas a abordar

1º Ciclo do Ensino Básico

- Conhecimento do corpo
- Compreensão dos mecanismos da reprodução humana
- Valorização dos afectos
- Capacidade de confronto com os modelos socioculturais do masculino e do feminino

2º e 3º Ciclos do Ensino Básico

- Conhecimento do corpo
- Compreensão dos mecanismos da reprodução humana
- Valorização dos afectos
- Capacidade de confronto com os modelos socioculturais do masculino e do feminino

Objectivos

(aumentar e consolidar conhecimentos sobre)

1º Ciclo do Ensino Básico

- Diferentes componentes anatómicas do corpo humano, da sua originalidade em cada sexo e da sua evolução com a idade
- Dos fenómenos de discriminação social baseada nos papéis de cada género
- Dos mecanismos básicos da reprodução humana, compreendendo os elementos essenciais acerca da contracepção, da gravidez e do parto
- Dos cuidados necessários ao recém-nascido e à criança
- Do significado afectivo e social da família, das diferentes relações de parentesco e da existência de vários modelos familiares
- Da adequação das várias formas de contacto físico nos diferentes contextos de sociabilidade
- Dos abusos sexuais e de outros tipos de agressão

2º e 3º Ciclos do Ensino Básico

- As dimensões anátomo-fisiológica, psico-afectiva e sociocultural da expressão da sexualidade
- O corpo sexuado e dos seus órgãos internos e externos
- As regras de higiene corporal
- A diversidade dos comportamentos sexuais ao longo da vida e das diferenças individuais
- Os mecanismo de reprodução
- Planeamento familiar e, em particular, dos métodos contraceptivos
- Infecções de transmissão sexual, formas de prevenção e tratamento
- Mecanismos de resposta sexual humana
- Ideias e valores com que as diversas sociedades encaram a sexualidade, o amor, a reprodução e a relação entre os sexos
- Recursos existentes para a resolução de situações relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva
- Tipos de abuso sexual e das estratégias dos agressores

Desenvolver atitudes

1º Ciclo do Ensino Básico

- De aceitação das diferentes partes do corpo e da imagem corporal
- De aceitação positiva da sua identidade sexual e da dos outros
- De reflexão face aos papéis de género
- De reconhecimento da importância das relações afectivas na família
- De valorização das relações de cooperação e de inter-ajuda
- De aceitação do direito de cada pessoa decidir sobre o seu próprio corpo

2º e 3º Ciclos do Ensino Básico

- De aceitação das mudanças fisiológicas e emocionais próprias da sua idade
- De aceitação da diversidade dos comportamentos sexuais ao longo da vida
- De reflexão e de crítica face aos papéis estereotipados atribuídos sexualmente a homens e a mulheres
- De reconhecimento da importância dos sentimentos e da afectividade na vivência da sexualidade
- De aceitação dos diferentes comportamentos e orientações sexuais
- De prevenção face a riscos para a saúde, nomeadamente, na esfera sexual e reprodutiva
- De aceitação do direito de cada pessoa decidir sobre o seu próprio corpo

Desenvolver competências para:

1º Ciclo do Ensino Básico

- Expressar opiniões e sentimentos pessoais
- Comunicar sobre temas relacionados com a sexualidade
- Cuidar, de modo autónomo, da higiene do seu corpo
- Envolver-se nas actividades escolares, na sua criação e dinamização
- Actuar de modo assertivo nas diversas interacções sociais
- Adequar as várias formas de contacto físico aos diferentes contextos de sociabilidade
- Identificar e saber aplicar respostas adequadas em situações de injustiça, abuso ou perigo e saber procurar apoio, quando necessário

2º e 3º Ciclos do Ensino Básico

- Expressar opiniões e sentimentos pessoais
- Tomar decisões e aceitar as decisões dos outros
- Comunicar acerca do tema da sexualidade
- Aceitar os tipos de sentimentos que podem estar presentes nas diferentes relações entre as pessoas, incluindo os do âmbito da sexualidade
- Educação Sexual em Meio Escolar - 2º e 3º Ciclo - Ensino Básico
- Adoptar comportamentos informados em matérias como a contracepção e a prevenção de ITS
- Adequar as várias formas de contacto físico aos diferentes contextos de sociabilidade
- Reconhecer as situações de abuso sexual, identificar soluções e procurar ajuda
- Identificar e saber aplicar respostas adequadas em situações de injustiça, abuso e perigo e saber procurar apoio quando necessário

1.4. TEORIA DA COGNIÇÃO SOCIAL

Este modelo estabelece que a motivação humana e o comportamento se encontram regulados pela previsão. Este mecanismo antecipatório de controle engloba três tipos de expectativas ou cognições:

1. A vulnerabilidade ou expectativa do perigo, ou seja, a percepção do risco;
2. A expectativa do resultado ou redução do perigo pelo adoção do comportamento de saúde;
3. A auto-eficácia ou crença nas capacidades individuais para adoção do comportamento de saúde ou para o evitar de um comportamento de risco.

Numa primeira instância, confrontado com o risco, o indivíduo não permanece passivo. Desenvolve mecanismos cognitivos que lhe permitem ultrapassar a ameaça, ou seja, a intenção de adoção do comportamento adquire a forma de um mecanismo de defesa "optimista". Numa segunda fase, o indivíduo, sentindo-se com capacidade para lidar com a ameaça, toma medidas preventivas. O mecanismo de defesa optimista, sustentado pelas crenças individuais e pelos recursos pessoais, dá lugar a um optimismo "funcional".

A adoção do comportamento de saúde é difícil e nem sempre possível. Pressupõe duas fases distintas, a decisão e a manutenção do comportamento. Estas etapas terão sempre por base os três tipos de cognição apontados anteriormente.

A expectativa do resultado, assim como a confiança nas crenças individuais são fundamentais na decisão e manutenção do comportamento. Todavia, ainda na fase anterior à adoção do comportamento, dever-se-á abordar o desenvolvimento da intenção comportamental. A expectativa do resultado é essencial nesta fase, funcionando como um incentivo à acção. A intenção comportamental pode ser prevista pela inferência de atitudes, de normas sociais e, em particular, pela inferência de crenças de auto-eficácia. Mais tarde, a auto-eficácia assume um papel de destaque no processo, tornando-se uma influência de controle no comportamento e sua manutenção.

1.4.1. OS COMPONENTES DA TEORIA

If people believe that they can take action to solve a problem instrumentally, they become more inclined to do so and feel more committed to this decision.

Conner, 1995

A auto-eficácia estabelece a diferença entre o que é sentido e pensado, ou seja a atitude na sua componente afectiva e cognitiva, e o comportamento. Os níveis de auto-eficácia podem determinar a intensidade da motivação para a acção. Sentir a "competência para" pode ser algo adquirido pela experiência individual, pela persuasão verbal ou pelo feedback fisiológico. A auto-eficácia conduz ao comportamento mediante as capacidades individuais.

Este conceito tem sido abordado no contexto da prevenção de comportamentos sexuais de risco. Em alguns estudos efectuados a este nível, em particular na prevenção do VIH-SIDA, a auto-eficácia assume um papel fundamental na decisão e manutenção do comportamento de risco.

O discurso da sexualidade ainda se encontra imbuído na comunicação pelo risco. A partir do momento em que se coloca o ênfase no componente auto-eficácia do modelo, abandonamos uma ideia de supremacia da vulnerabilidade ao risco que pressupõe uma lógica de recompensa. A mensagem que se pretende transmitir através da teoria da cognição social assenta na ideia de que o indivíduo tem capacidade para mudança. A teoria enfatiza os recursos e a auto-eficácia, positiva a intervenção. Procura-se abandonar o discurso do risco e da vulnerabilidade associado a uma moral de pecado que conduz ao castigo e à culpa. A promoção da saúde procura libertar-se da ameaça e da perda, colocando a tónica no desafio e nos ganhos.

1.4.2. AS FASES DA TEORIA

1.4.2.1. A MOTIVAÇÃO

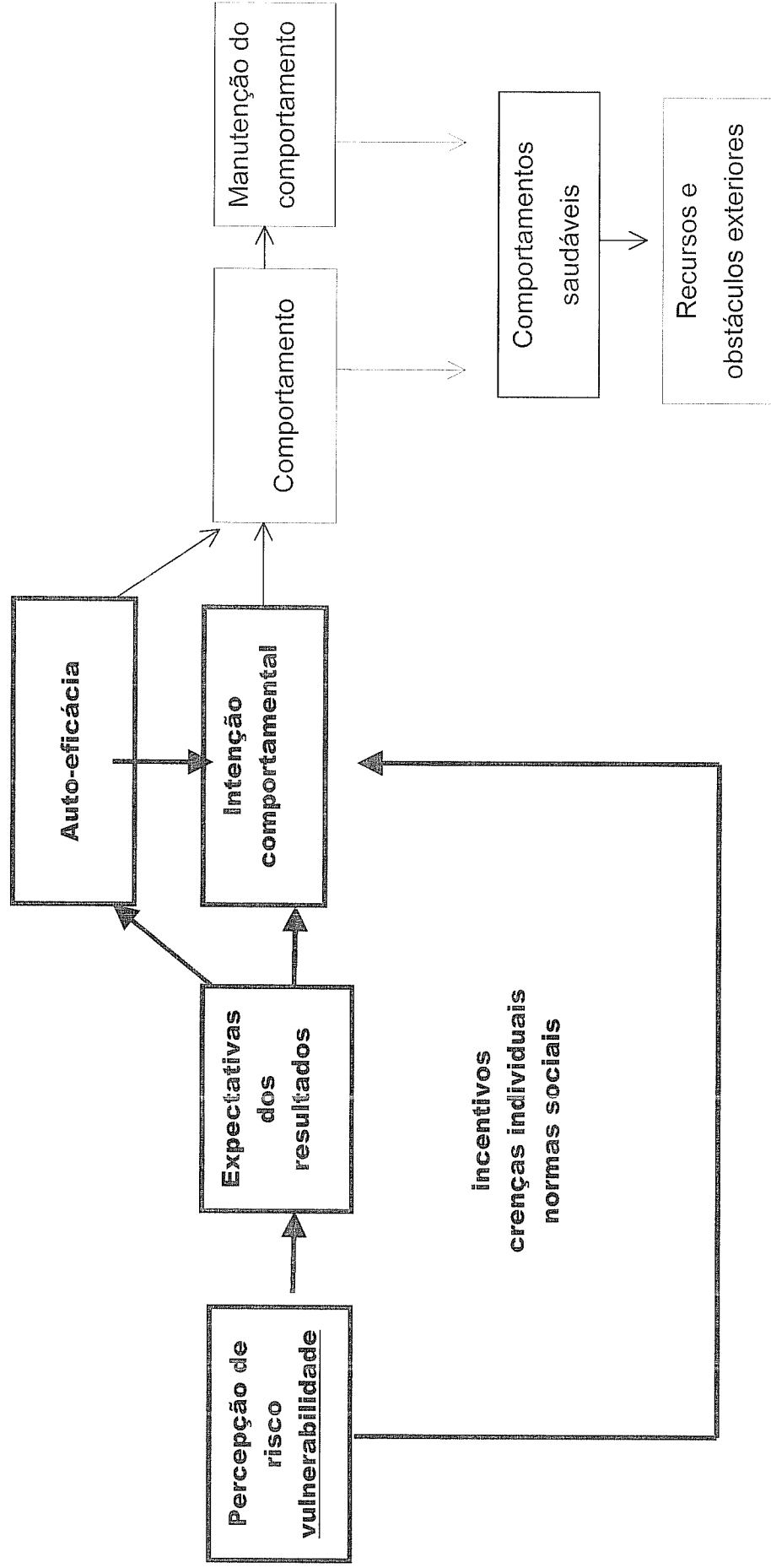
Nesta fase o indivíduo define a sua intenção comportamental, ou seja, adopta uma medida preventiva ou altera um comportamento de risco.

Será importante realçar neste nosso trabalho o que pode ser considerado como uma expectativa subjacente a esta fase de motivação, a expectativa social. A Teoria da Acção Racional e a Teoria da Acção Planeada já continham este pressuposto, estabelecendo que a intenção comportamental pode surgir num contexto de pressão social, sendo aí considerada uma norma subjectiva ou uma crença normativa. Os indivíduos tendem a acatar intenções comportamentais “alheias” com vista à obtenção de reconhecimento social ou para evitarem o conflito e o desagrado do grupo social em que se inserem. O mesmo sucede por ingenuidade ou excessiva confiança na opinião dos outros. Pensamos que este pressuposto acontece frequentemente no tema da educação sexual em meio escolar. Conner & Sparks (1995) atentam para o facto da expectativa social ser ponderada à luz de duas perspectivas adicionais:

1. Perspectiva de comparação social - sugere que as intenções e os comportamentos são geridos pelo nosso desejo de aumentar a auto-estima e a confiança dentro dos grupos de referência normativa;
2. Perspectiva de suporte social - afirma que o indivíduo usufrui das estruturas e estratégias do seu grupo de referência na sua tomada de decisão.

A percepção do risco assume-se como um componente menor do modelo. É, no entanto, um pressuposto fundamental na avaliação dos benefícios da alteração comportamental. A auto-eficácia e a expectativa do resultado constituem os componentes essenciais na estrutura da intenção comportamental. Alertando sempre para o impacto da experiência pessoal na relação dos componentes do modelo.

Figura 2: Teoria da cognição social



2. METODOLOGIA

2.1. PERTINÊNCIA E OBJECTIVOS DO ESTUDO

Através do estudo das atitudes é possível procurar uma explicação para a forma como cada indivíduo e conseqüentemente, cada grupo sócio-profissional, reage perante determinado objecto atitudinal. Até certa medida, podemos prever determinadas intenções comportamentais.

A educação sexual continua a ser uma temática na ordem do dia. Na realidade, pais, professores, técnicos e adolescentes desejam que se abordem questões relacionadas com a saúde reprodutiva no meio escolar. No entanto, não se chega a um consenso relativamente ao modo como fazer essa abordagem.

Ao abordar as atitudes destes dois grupos sócio-profissionais (técnicos de educação e técnicos de saúde), pretende-se conhecer a sua posição face à temática e sua implementação. Importante será relembrar o impacto desse posicionamento que, mais ou menos negativo, terá o seu reflexo na efectiva implementação da educação sexual em meio escolar.

Serve o presente estudo para conhecer as atitudes e intenções comportamentais dos intervenientes ou promotores da educação sexual em meio escolar, de modo a consolidar uma intervenção estruturada ao nível da formação profissional e pessoal que permita uma estratégia de implementação da educação sexual em meio escolar isenta de atitudes e valores, baseada no respeito, nas necessidades e desejos dos indivíduos.

Surge, deste modo, a Questão de Investigação: **Quais são as atitudes dos técnicos de saúde e técnicos de educação face à educação sexual em meio escolar?**

Assumem-se ainda como objectivos específicos deste estudo:

1. Perceber qual o interesse pela temática e seu aprofundamento, ou seja identificar qual a receptividade dos diferentes parceiros face à educação sexual em meio escolar;
2. Perceber quais as condicionantes ou obstáculos existentes face à educação sexual em meio escolar por parte dos diferentes parceiros;

3. Perceber se os conteúdos programáticos estipulados por lei vão ao encontro das expectativas dos diferentes parceiros;
4. Perceber qual a expectativa e interpretação da autonomia face à implementação da educação sexual em meio escolar por parte dos diferentes parceiros.

2.2. TIPO DE ESTUDO

Para responder ao problema de investigação proposto foi realizado um estudo exploratório e descritivo de comparação de grupos.

2.3. SELECÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

2.3.1. POPULAÇÃO

Os participantes neste estudo integram uma população de:

1. Técnicos de saúde (TS)
2. Professores do 1º, 2º e 3º ciclos de todas as áreas curriculares (Técnicos de Educação – TE)

2.3.2. PARTICIPANTES

Participaram neste estudo um total de 165 indivíduos representantes de cada grupo específico (técnicos de saúde e técnicos de educação).

2.3.2.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

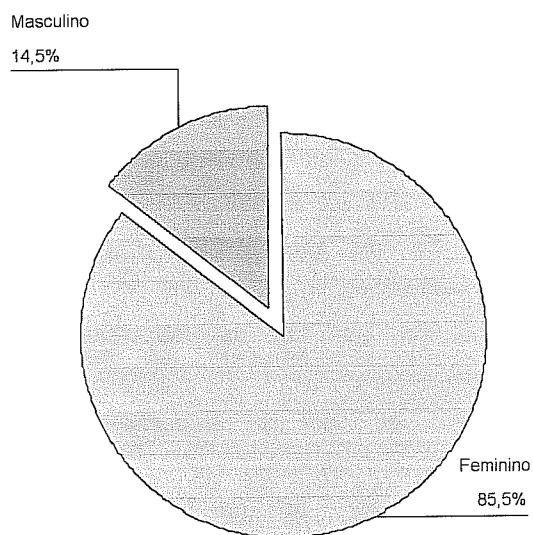
Foram inquiridos 43 técnicos de saúde e 122 técnicos de educação. As variáveis de caracterização dos participantes são as seguintes:

1. sexo;
2. idade;
3. grupo a que pertence;
4. zona de residência;
5. religião a que pertence;
6. participação em actividades relacionadas com a educação sexual.

De forma a melhor caracterizar os participantes neste estudo, passamos a descrever as suas características separadamente:

Caracterização dos participantes relativamente ao sexo: inquiridos 141 indivíduos do sexo feminino (85,5%) e 24 indivíduos do sexo masculino (14,5%).

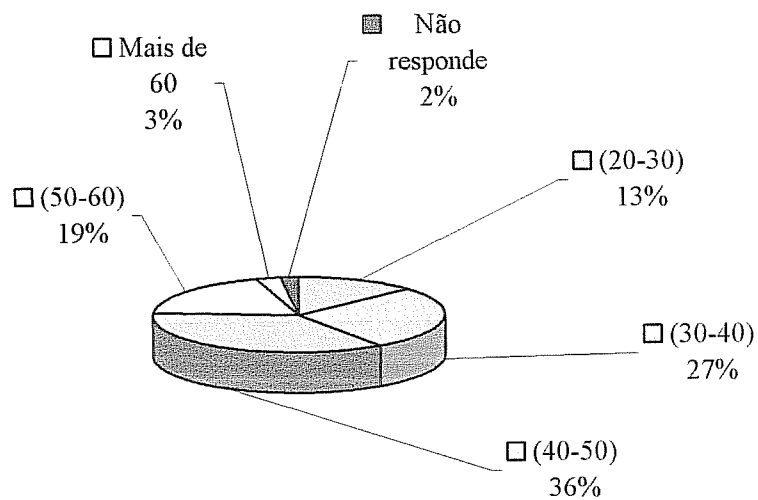
Figura 3: Caracterização dos participantes relativamente ao sexo



Tendo em consideração os grupos estudados, constatamos uma elevada participação de indivíduos do sexo feminino (85,5%) comparativamente à participação masculina (14,5%). Tal, pensamos, ser justificado pela maior incidência de indivíduos do sexo feminino a exercer estas profissões, assim como pelo maior interesse revelado pelos indivíduos do sexo feminino pela temática.

Caracterização dos participantes relativamente à idade: os indivíduos foram distribuídos em cinco grupos etários (dos 20 aos 30 anos, dos 30 aos 40 anos, dos 40 aos 50 anos, dos 50 aos 60 anos e 60 e mais anos).

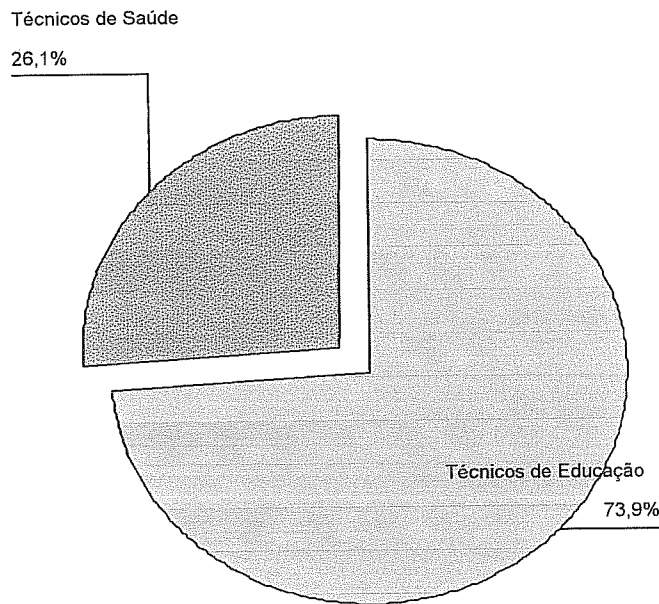
Figura 4: Estrutura etária dos participantes



Dos participantes 36% têm entre os 40 e 50 anos, 27% encontram-se entre os 30 e 40 anos, 19% têm entre os 50 e 60 anos, apenas 3% tem mais de 60 anos e 2% não respondem.

Caracterização dos participantes relativamente ao grupo a que pertence:

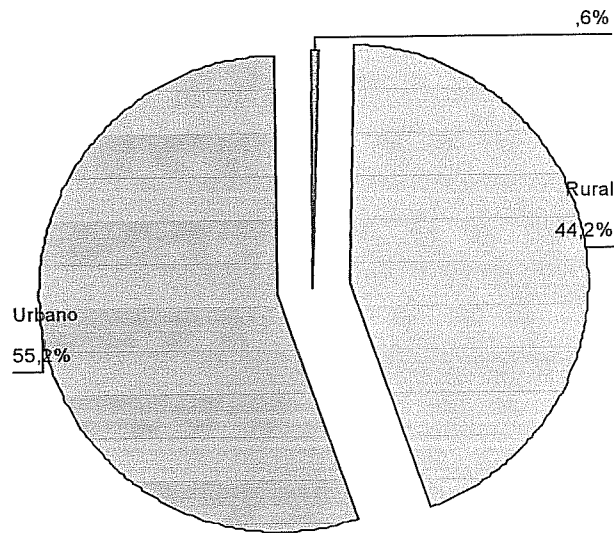
Figura 5: Caracterização dos participantes relativamente ao grupo a que pertence



Dos participantes 43 indivíduos pertencem ao grupo *Técnicos de Saúde* (26,1%) e 122 indivíduos pertencem ao grupo dos *Técnicos de Educação* (73,9%).

Caracterização dos participantes relativamente à zona de residência:

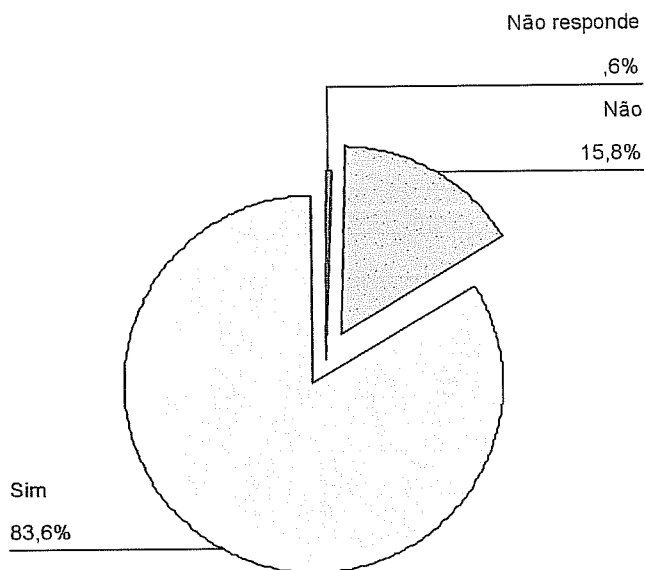
Figura 6: Caracterização dos participantes relativamente à zona de residência



Dos inquiridos 73 indivíduos residem nas zonas rurais (44,2%) e 91 na zona grande Lisboa/Porto (55,2%). Um dos indivíduos não responde (0,6%).

Caracterização dos participantes relativamente à religião:

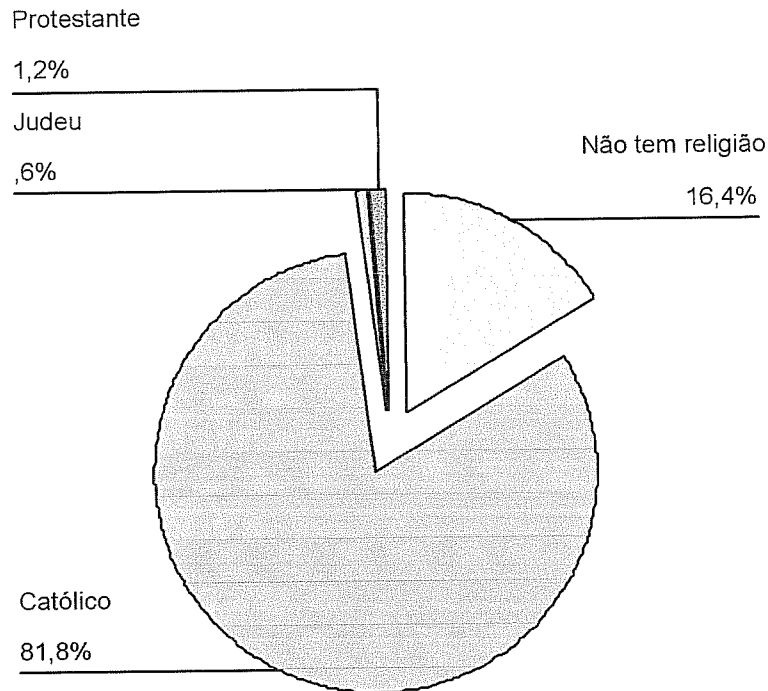
Figura 7: Caracterização dos participantes relativamente à religião



Dos inquiridos 26 indivíduos afirmaram não ter religião (15,8%) e 138 afirmaram ter religião (83,6%). Um dos indivíduos não responde (0,6%).

Caracterização por confissão religiosa:

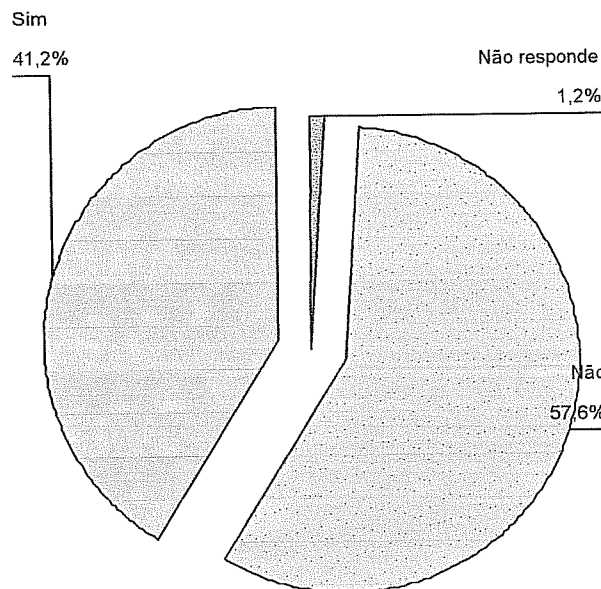
Figura 8: Caracterização por confissão religiosa



Dos participantes que respondem positivamente à questão anterior, 135 indivíduos são católicos (81,8%), 2 são protestantes (1,2%) e 1 é judeu (0,6%).

Caracterização dos participantes relativamente à participação em actividades relacionadas com a educação sexual:

Figura 9: Caracterização dos participantes relativamente à participação em actividades relacionadas com a educação sexual



Dos inquiridos 95 respondem que nunca participaram em actividades relacionadas com a educação sexual (57,6%) e 68 estiveram envolvidos em actividades relacionadas com a temática (41,2%). Dois indivíduos não respondem (1,2%).

2.4. PROCEDIMENTOS

2.4.1. INSTRUMENTO²

Confrontados com o facto de não existirem instrumentos em língua portuguesa, que avaliassem a variável proposta neste estudo, optamos pela construção de um questionário que viabilizasse o estudo das atitudes dos técnicos de saúde e dos técnicos de educação face à educação sexual em meio escolar.

O instrumento encontra-se dividido em três partes. Em primeiro lugar foi desenhado um questionário sócio demográfico de caracterização que permitiu o agrupamento pelos dois grupos profissionais escolhidos, técnicos de saúde e técnicos de educação.

Posteriormente procedemos a uma pesquisa bibliográfica da qual foram retiradas ideias que remetam para uma opinião face ao objecto atitudinal. Nesta segunda parte foram construídos itens que conduzem o indivíduo a um posicionamento favorável ou desfavorável, procurando eliminar as opiniões neutras face à educação sexual em meio escolar.

Numa terceira e última parte deste instrumento consta uma lista de conteúdos, face à qual os inquiridos se posicionam quanto à sua inclusão nos conteúdos programáticos em educação sexual. Pretende-se com esta listagem perceber de que modo as atitudes e crenças individuais, e de grupo estudado, condicionam a abordagem de alguns temas, ou se por outro lado, aceitam uma visão global da sexualidade como uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade, integrando-se no modo como nos movemos, tocamos e somos tocados e influenciando pensamentos, sentimentos, acções e interacções (OMS).

Após a construção do instrumento, procedemos à realização de um pré-teste. Os questionários foram aplicados a 5 técnicos de saúde e 4 técnicos de educação, representantes dos grupos sócio-profissionais presentes na amostra.

² Instrumento – ANEXO A

Através da realização deste pré-teste averiguamos algumas questões relacionadas com a compreensão dos itens e dificuldades de preenchimento dos questionários.

2.4.1.1. ESTRUTURA DO QUESTIONÁRIO

Este é um questionário composto por 52 itens, construído na forma de escala de Likert. Na construção do questionário foram ponderados os componentes da teoria da cognição social.

Ou seja:

- a vulnerabilidade
- a expectativa do resultado
- a expectativa de eficácia
- cognição social – crenças normativas

Relativamente à vulnerabilidade foram considerados 18 itens, na expectativa do resultado 11 itens, na expectativa de eficácia 12 itens e nas crenças normativas 11 itens.

As respostas a cada um dos itens variam numa escala de cinco posições: "Discordo Totalmente", "Discordo", "Não Concordo Nem Discordo", "Concordo" e "Concordo Totalmente".

Para a cotação das respostas foi atribuído a cada um dos pólos o valor mínimo de 1 e o valor máximo de 5, situando-se os valores das respostas intermédias entre 1 e 5.

Para este questionário considerou-se que aos valores mais elevados corresponde uma atitude mais favorável e aos valores mais baixos corresponde uma atitude mais desfavorável em relação à educação sexual em meio escolar.

Itens de valência positiva

A cotação das respostas possíveis para os itens positivas foi estabelecida do seguinte modo: à resposta mais favorável foram atribuídos 5 pontos, à mais desfavorável foi atribuído 1 ponto.

Itens de valência negativa ou itens invertidos

A cotação das respostas possíveis para os itens negativos é a seguinte: a alternativa mais desfavorável vale 5 pontos e a mais favorável vale 1 ponto.

A título de exemplo apresentamos de seguida itens relativos a cada um dos componentes do modelo.

- Item que pretende avaliar a vulnerabilidade: "Os jovens são frequentemente vítimas dos impulsos sexuais." (Item 31 - item de valência negativa);
- Item que pretende avaliar a expectativa de eficácia: "A educação sexual em meio escolar deve promover atitudes positivas e comportamentos saudáveis face à sexualidade. " (Item 6 – item de valência positiva);
- Item que pretende avaliar a expectativa do resultado: "A educação sexual em meio escolar visa uma melhoria da qualidade de vida dos jovens." (Item 50 – item de valência positiva);
- Item que pretende avaliar as crenças normativas: "A educação sexual deve ter um conteúdo programático pré-definido." (Item 16 – item de valência positiva).

Os componentes do modelo relacionam-se maioritariamente com a percepção do inquirido relativamente a terceiros. Quando se aborda a componente da vulnerabilidade ou percepção de risco são estabelecidos itens relacionados com a sexualidade juvenil a fim de percebermos de que modo uma postura mais ou menos erotofílica face à sexualidade juvenil pode representar uma atitude mais ou menos positiva face à educação sexual em meio escolar:

- Item 62 – "Os jovens não têm capacidade para assumir uma sexualidade responsável."

No que diz respeito à expectativa do resultado do comportamento foram introduzidos itens que rotulam a educação sexual em meio escolar como um veículo de promoção da saúde que viabiliza a redução do risco. Neste sentido foram também desenvolvidos os itens relativos aos incentivos, onde o comportamento é determinado pelas suas consequências:

- Item 33 – " A educação sexual em meio escolar permite aos jovens controlarem os seus desejos sexuais."

Relativamente à componente de auto-eficácia, procurámos saber se existe, da parte dos intervenientes, a percepção de que a educação sexual capacita os jovens à decisão e manutenção do comportamento desejado. Isto é, se a atitude face à educação sexual como veículo de promoção da saúde confere aos destinatários as capacidades necessárias para evitar comportamentos de risco e manutenção dos comportamentos desejados. Consequentemente, este item passou a denominar-se expectativa de eficácia:

- Item 2 – “A educação sexual contribui para a manutenção de comportamentos saudáveis.”

Procurámos ainda explorar algumas crenças normativas destes intervenientes que podem estar na origem das atitudes e, posteriormente, na raiz das intenções comportamentais aqui entendidas como as diferentes perspectivas de implementação da educação sexual em meio escolar:

- Item 14– “A educação sexual só deve ser abordada a partir do 3º ciclo.”

Apresentamos de seguida uma tabela com os itens do instrumento distribuídos pelos componentes da teoria.

Tabela 2: Os componentes da teoria e os itens do instrumento

Vulnerabilidade - V	18 itens
Expectativa do Resultado - ER	11 itens
Cognição Social – Crenças Normativas - CS/CN	11 itens
Expectativa de Eficácia - EE	12 itens
TOTAL	52 itens

Nº	QUESTÃO	COMPONENTE
1	Falar de sexualidade na escola faz com que os jovens iniciem a vida sexual mais cedo.	V
2	A educação sexual contribui para a manutenção de comportamentos sexuais saudáveis.	EE
3	O namoro é natural e faz parte do crescimento.	V
5	A educação sexual expõe os jovens a demasiada informação e reduzidos valores.	ER
6	A educação sexual em meio escolar deve promover atitudes positivas e comportamentos saudáveis face à sexualidade.	EE
7	A educação sexual em meio escolar aumenta a curiosidade dos jovens.	V
8	Falar de prazer é abrir as portas ao risco.	V
9	A educação sexual em meio escolar é uma questão de saúde e bem-estar.	ER
10	O desejo sexual deve ser refreado, em particular nos jovens.	V
11	Educar é ensinar a respeitar e a ser respeitado.	CS/CN
12	A educação sexual em meio escolar deve integrar-se na realidade social da instituição de ensino.	CS/CN
13	Os rapazes falam mais de sexo porque iniciam a sua vida sexual mais cedo.	V
14	A educação sexual só deve ser abordada a partir do 3º ciclo.	CS/CN
15	A educação sexual em meio escolar reduz o risco de ISTs (Infecções sexualmente transmissíveis).	EE
16	A educação sexual deve ter um conteúdo programático pré-definido.	CS/CN
18	A educação sexual em meio escolar deve ser obrigatória.	CS/CN
19	As raparigas não devem falar sobre sexo.	V
20	Educar é transmitir valores.	CS/CN
21	A educação sexual em meio escolar desresponsabiliza os jovens.	EE
22	A educação sexual em meio escolar aumenta os riscos relativos à saúde sexual e reprodutiva.	ER
24	A educação sexual em meio escolar pretende diminuir os índices de gravidez na adolescência.	EE
27	Os jovens são sexualmente activos.	V
28	Abordar curiosidades, experiências e preocupações é autorizar comportamentos de risco.	V
29	A educação sexual em meio escolar visa o bem estar com o próprio corpo.	ER
31	Os jovens são frequentemente vítimas dos impulsos sexuais.	V
33	A educação sexual em meio escolar permite aos jovens controlarem os seus desejos sexuais.	ER
34	A educação sexual em meio escolar pretende formar cidadãos responsáveis.	CS/CN
35	A abordagem da sexualidade em meio escolar faz com que os jovens tenham mais relações sexuais.	EE
36	A educação sexual em meio escolar prepara os jovens para a vida em sociedade.	CS/CN
37	A educação sexual em meio escolar permite controlar a moral e o comportamento dos	ER

jovens.

38	A educação sexual em meio escolar é promoção da saúde.	EE
39	A educação sexual em meio escolar deve ser realizada por uma equipa multidisciplinar (professores, pais, técnicos de saúde, etc.).	CS/CN
40	Os jovens devem estar conscientes dos riscos que correm ao iniciar a sua vida sexual.	V
41	A educação sexual possibilita a opção esclarecida e informada.	EE
42	A educação sexual em meio escolar deve ser diferente para rapazes e raparigas porque as raparigas correm mais riscos.	V
43	A educação sexual esclarece ideias, mitos e crenças erradas.	V
44	A educação sexual é educação para a cidadania.	CS/CN
45	A educação sexual conduz à vivência positiva da sexualidade de cada um.	EE
46	Falar de VIH e Gravidez não desejada é essencial para prevenir comportamentos de risco.	EE
47	Falar sobre prazer sexual é perigoso.	V
48	A educação sexual em meio escolar ajuda a formar o carácter e a moral dos jovens.	ER
50	A educação sexual em meio escolar visa uma melhoria da qualidade de vida dos jovens.	ER
51	O sexo representa um perigo para os jovens.	V
52	A educação sexual em meio escolar é essencialmente prevenção de comportamentos de risco.	ER
53	A educação sexual em meio escolar esclarece sobre o uso eficaz de todos os métodos contraceptivos.	ER
54	A educação sexual em meio escolar permite o conhecimento do corpo humano.	EE
55	A educação sexual em meio escolar deverá implementar o medo das consequências de uma vida sexual activa.	V
56	Deve existir preparação/formação especializada dos técnicos para a abordagem da educação sexual em meio escolar.	CS/CN
58	A educação sexual em meio escolar deve informar prioritariamente sobre os riscos associados à sexualidade.	ER
60	A educação sexual em meio escolar aborda os perigos e os prazeres da sexualidade.	V
61	A educação sexual esclarece de forma a evitar comportamentos de risco.	EE
62	Os jovens não têm capacidade para assumir uma sexualidade responsável.	V

2.4.1.2. CONSISTÊNCIA INTERNA

A fim de avaliar a consistência interna da escala, consideramos o *Alpha de Cronbach*³, como índice de validade. Em regra geral o *Alpha de Cronbach* é considerado bom quando é igual ou superior a 0,70. Como verificamos na Tabela 9, o *Alpha de Cronbach* para a escala global é de 0,8606, não tendo sido retirado nenhum item.

Analisámos, também, o *Alpha de Cronbach* para cada componente do modelo. Relativamente à vulnerabilidade, constatámos que o *Alpha de Cronbach* é de 0,7673. Foram retirados 2 itens na medida em que o índice de concordância dos restantes itens é suficiente para medir a vulnerabilidade⁴.

A expectativa do resultado apresenta um *Alpha de Cronbach* de 0,5083 com exclusão de 1 item⁵.

Em relação à expectativa de eficácia, verificámos que o *Alpha de Cronbach* é de 0,7767, tendo sido retirado apenas também um item⁶.

As crenças normativas apresentam uma *Alpha de Cronbach* de 0,6266, foram retirados 6 itens na medida em que a consistência entre os itens restantes é suficiente para medir as crenças normativas⁷.

Tabela 3: *Alpha de Cronbach*

<i>Componentes da Teoria</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
Vulnerabilidade	0,7673
Expectativa do resultado	0,5083
Expectativa de eficácia	0,7767
Crenças normativas	0,6266
Escala total	0,8606

2.5. RECOLHA DOS DADOS

³ ANEXO B

⁴ Itens retirados:

"As relações sexuais devem surgir num contexto de namoro."

"a educação sexual deve ter em consideração ideias oriundas do grupo de pares."

⁵ Item retirado:

"A educação sexual em meio escolar permite conhecer e compreender desejos e amores."

⁶ Item retirado:

"Os jovens não têm capacidades para lidar com a sua sexualidade."

⁷ Itens retirados:

"A educação sexual deve ser uma disciplina independente."

"A educação sexual deve iniciar-se no ensino pré-escolar."

"A educação sexual em meio escolar deve ser abordada transversalmente (nas várias disciplinas)."

"A educação sexual em meio escolar é um prolongamento da educação familiar."

"A educação sexual deve preservar certo tipo de ideais sociais, culturais e religiosos."

"A educação sexual em meio escolar deve ser avaliada."

A recolha de dados iniciou-se em Julho de 2002 e foi concluída em Fevereiro de 2003. Os participantes que constituem a nossa amostra foram abordados em cursos de formação para professores realizados na zona centro e sul do país. Estes cursos certificados pelo Conselho Científico Pedagógico da Formação Contínua de Professores (CCPFPC) incidiram sobre a temática da Educação Sexual no 1º Ciclo e Aconselhamento em Sexualidade (num contexto escolar). Foram ainda recolhidos questionários através de cursos de aconselhamento em sexualidade para técnicos de saúde (enfermeiros, em particular). Importante referir ainda os participantes abordados directamente em contexto laboral (centros de saúde e escolas).

Esta recolha de dados só foi possível face ao trabalho realizado no âmbito da Sentidos e Sensações – Formação na Área da Educação Sexual, projecto no qual a investigadora principal se encontra envolvida. Todos os cursos de formação foram realizados através da Sentidos e Sensações e seus formadores, assim como todos os questionários recolhidos em contexto laboral tiveram origem nos contactos desse projecto.

O questionário apresentado esclarece o objectivo a que se propõe, sendo garantida a confidencialidade e o anonimato das respostas. Os participantes foram informados da finalidade do questionário e mostraram-se receptivos e interessados em colaborar no estudo.

A organização dos dados foi procedida da codificação das variáveis demográficas, servindo de ponto de partida para o respectivo tratamento estatístico apoiado na ferramenta informática SPSS 11.00,

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para uma melhor compreensão e análise dos resultados obtidos decidimos apresentar os resultados em três etapas distintas.

Numa primeira instância abordaremos os resultados de acordo com a teoria e as suas componentes, retratadas no instrumento utilizado. Posteriormente serão analisadas as relações existentes entre as respostas dos inquiridos e serão identificadas as regularidades e correlações mais relevantes entre as respostas obtidas, aprofundando esta análise em função dos grupos profissionais em estudo. Finalmente, serão analisadas as preferências dos inquiridos face aos conteúdos a abordar em educação sexual em meio escolar.

3.1. RESULTADOS , TEORIA E SEUS COMPONENTES

Tabela 4: Média das respostas por itens correspondentes à vulnerabilidade

	Grupo profissional	
	Técnicos de Educação	Técnicos de Saúde
Questão 1	4,32	4,35
Questão 3	4,48	4,67
Questão 7	3,26	3,23
Questão 8	4,00	4,07
Questão 10	3,62	4,05
Questão 13	3,57	3,79
Questão 19	4,73	4,65
Questão 27	3,79	3,81
Questão 28	4,12	4,53
Questão 31	2,41	2,55
Questão 40	1,40	1,44
Questão 42	4,31	4,44
Questão 43	3,93	4,16
Questão 47	4,10	4,33
Questão 51	3,78	4,19
Questão 55	3,80	3,86
Questão 60	3,75	3,65
Questão 62	3,65	4,09
Média de respostas do grupo	3,72	3,88

Neste quadro observamos que, de acordo com os 18 itens correspondentes à vulnerabilidade, os técnicos de saúde apresentam uma média superior (3,88) à dos técnicos de educação (3,72). Podemos constatar que, excepto nos itens 7, 19 e 60, todas as outras médias apresentam um valor mais elevado no grupo técnicos de saúde.

Tabela 5: Média das respostas por itens correspondentes à expectativa do resultado

	Grupo profissional	
	Técnicos de Educação	Técnicos de Saúde
Questão 5	3,99	4,33
Questão 9	4,24	4,47
Questão 22	4,22	4,51
Questão 29	4,07	4,26
Questão 33	2,73	3,07
Questão 37	2,77	3,07
Questão 48	1,94	2,14
Questão 50	4,18	4,19
Questão 52	2,31	2,35
Questão 53	3,98	4,02
Questão 58	2,41	2,67
Média de respostas do grupo	3,35	3,55

Neste quadro observamos que, de acordo com os 11 itens correspondentes à expectativa do resultado, os técnicos de saúde apresentam uma média superior (3,55) à dos técnicos de educação (3,35). Podemos constatar que os técnicos de saúde mantêm em todos os itens uma média superior, embora não muito significativa.

Tabela 6: Média das respostas por itens correspondentes às crenças normativas

	Grupo profissional	
	Técnicos de Educação	Técnicos de Saúde
Questão 11	4,65	4,84
Questão 12	3,93	3,98
Questão 14	3,92	3,88
Questão 16	3,70	4,16
Questão 18	3,64	3,90
Questão 20	4,50	4,40
Questão 34	4,24	4,35
Questão 36	4,07	4,10
Questão 39	4,23	4,67
Questão 44	4,20	4,12
Questão 56	4,39	4,58
Média de respostas do grupo	4,13	4,27

Neste quadro observamos que, de acordo com os 11 itens correspondentes às crenças normativas, os técnicos de saúde apresentam uma média superior (4,27) à dos técnicos de educação (4,13). Podemos constatar que, excepto nos itens 14, 20 e 44, todas as outras médias apresentam um valor mais elevado no grupo técnicos de saúde.

Tabela 7: Média das respostas por itens correspondentes à expectativa de eficácia

	Grupo profissional	
	Técnicos de Educação	Técnicos de Saúde
Questão 2	4,30	4,56
Questão 6	4,51	4,74
Questão 15	4,07	4,23
Questão 21	4,43	4,70
Questão 24	3,72	3,91
Questão 35	4,12	4,14
Questão 38	4,34	4,63
Questão 41	4,37	4,64
Questão 45	4,21	4,23
Questão 46	4,25	4,51
Questão 54	4,05	4,14
Questão 61	4,18	4,23
Média de respostas do grupo	4,21	4,39

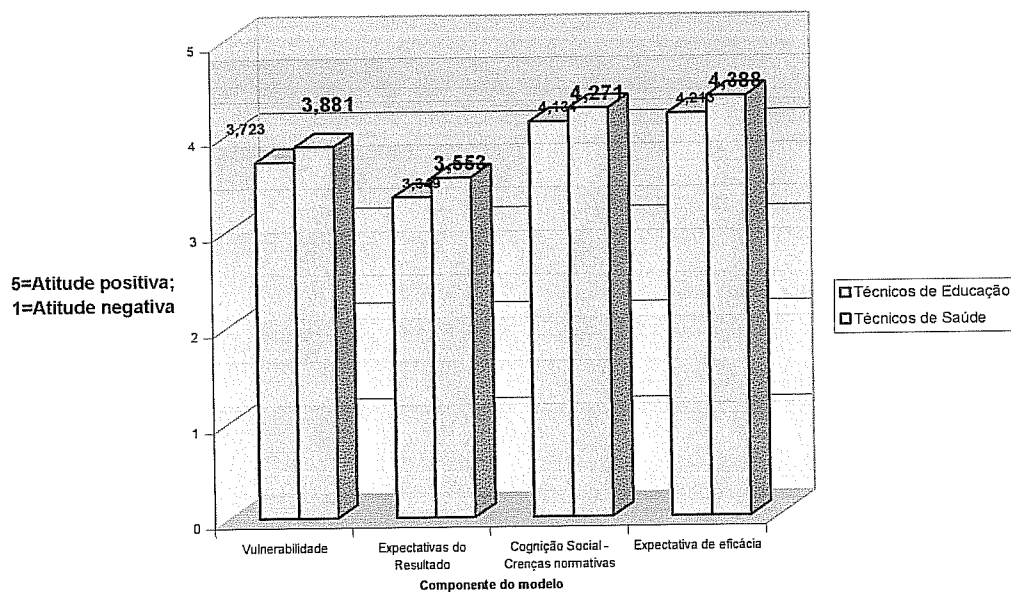
Neste quadro observamos que, de acordo com os 12 itens correspondentes à expectativa de eficácia, os técnicos de saúde apresentam uma média superior (4,39) à dos técnicos de educação (4,21). Podemos constatar que os técnicos de saúde mantêm em todos os itens uma média superior, embora não muito significativa.

Tabela 8: Média simples das classificações atribuídas às respostas obtidas na amostra, por componente da teoria

Divisão por grupo profissional

Grupo profissional	Componentes do modelo			
	Vulnerabilidade	Expectativas do Resultado	Cognição Social - Crenças normativas	Expectativa de eficácia
	18 variáveis	11 variáveis	11 variáveis	12 variáveis
Técnicos de Educação	3,723	3,349	4,134	4,213
Técnicos de Saúde	3,881	3,553	4,271	4,388

Figura 10: Média simples das classificações atribuídas às respostas obtidas na amostra, por componente da teoria



Conforme podemos constatar o grupo profissional constituído pelos técnicos de saúde apresenta atitudes mais positivas em todas as componentes do modelo. Apesar das diferenças verificadas entre os dois grupos profissionais, podemos constatar que ambos apresentam atitudes predominantemente positivas face a qualquer uma das componentes do modelo, o que pode ser facilmente verificado a partir das médias das classificações atribuídas às suas respostas (valores generalizadamente superiores a 3, significando uma atitude positiva e não

de indiferença). Apesar da predominância positiva das atitudes dos inquiridos, podemos verificar uma atitude mais positiva ao nível das crenças e da expectativas de eficácia.

O questionário permite verificar as atitudes dos inquiridos face à componente expectativa de eficácia, ou seja, podemos claramente verificar que tanto professores como técnicos de saúde, acreditam na educação sexual em meio escolar como instrumento de promoção de comportamentos saudáveis. Paralelamente, este mesmo questionário encontrou menor consistência na verificação das atitudes dos inquiridos face à expectativa de resultados (baixo *Alpha de Cronbach*), o que sugere a existência de fenómenos não considerados na matriz do instrumento e que influenciam as atitudes dos inquiridos. Mas não deixa de ser significativa a atitude menos positiva dos inquiridos face a esta componente, o que indicia alguma desconfiança face aos resultados da educação sexual em meio escolar junto da população alvo.

Em suma, a educação sexual em meio escolar é considerada um instrumento poderoso, todavia não será uma garantia de resultados positivos ao nível da educação para a saúde. Esta tese encontra ainda suporte nos baixos valores encontrados nos itens relativos à vulnerabilidade.

Relativamente à componente vulnerabilidade, foram tomadas por base atitudes face à sexualidade juvenil. De acordo com o item 3 – “O namoro é saudável e faz parte do crescimento” foram reveladas atitudes bastante positivas no seio de ambos os grupos sócio-profissionais. Esta atitude já apresenta valores inferiores quando os inquiridos são confrontados com a item 27 - “Os jovens são sexualmente activos”, embora a atitude se mantenha generalizadamente positiva.

3.2. CORRELAÇÕES SEGUNDO ALGUMAS RESPOSTAS DOS GRUPOS

De seguida passaremos a analisar algumas correlações existentes nas respostas dos dois grupos estudados. Numa primeira análise e ainda à luz do componente vulnerabilidade, optámos por salientar alguns itens que melhoram revelam atitudes face à sexualidade juvenil. De acordo com o item 3 – “O namoro é natural e faz parte do crescimento”, foram reveladas atitudes bastantes positivas no seio dos grupos sócio-profissionais. Estes resultados parecem revelar uma aceitação da sexualidade infanto-juvenil que poderá ser um alicerce para a implementação da educação sexual. Todavia, quando questionadas sobre o exercício dessa sexualidade (item 27 – “Os jovens são sexualmente activos”), a atitude parece apresentar valores inferiores, embora generalizadamente positivos

Figura 11 e 12: Histograma de frequências e “Box-Plot” do item 3 do questionário

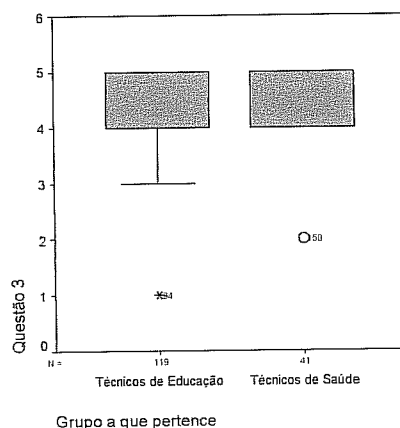
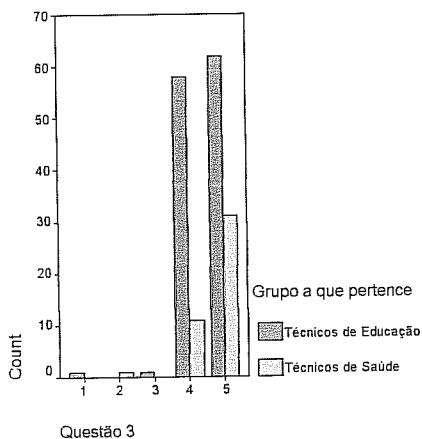
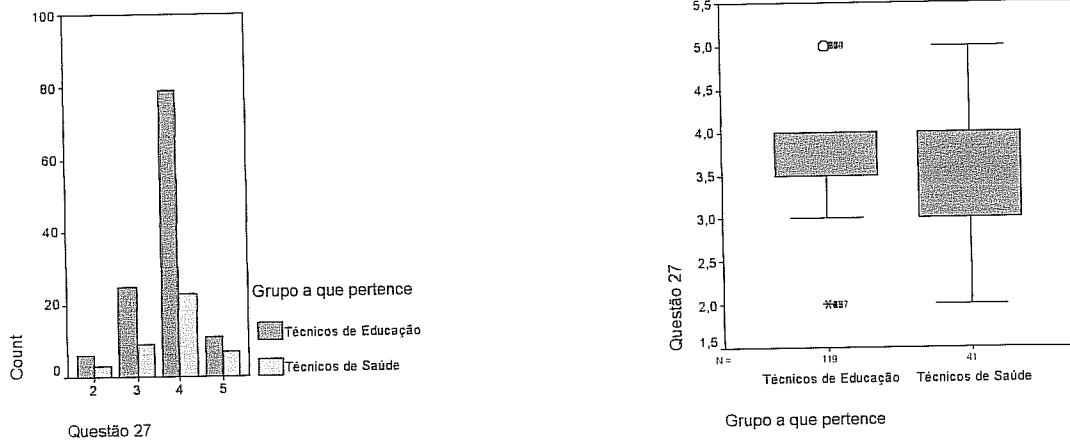


Figura 13 e 14: Histograma de frequências e “Box-Plot” do item 27 do questionário



Esta atitude permanece bastante positiva quando os inquiridos são confrontados com item 62 – “Os jovens não têm capacidade para assumir uma sexualidade responsável” ou com o item 51 – “O sexo representa um perigo para os jovens”. Encontramos uma atitude claramente mais positiva no grupo dos Técnicos de Saúde do que no grupo dos Técnicos de Educação, destacando-se um elevado número de atitudes negativas dentro deste grupo. Estes resultados podem reportar para uma aceitação positiva da sexualidade juvenil existente em ambos os grupos estudados, mas para uma atitude negativa mais vincada no grupo dos professores a nível do início das relações sexuais nos jovens.

Figura 15 e 16: Histograma de frequências e “Box-Plot” do item 62 do questionário

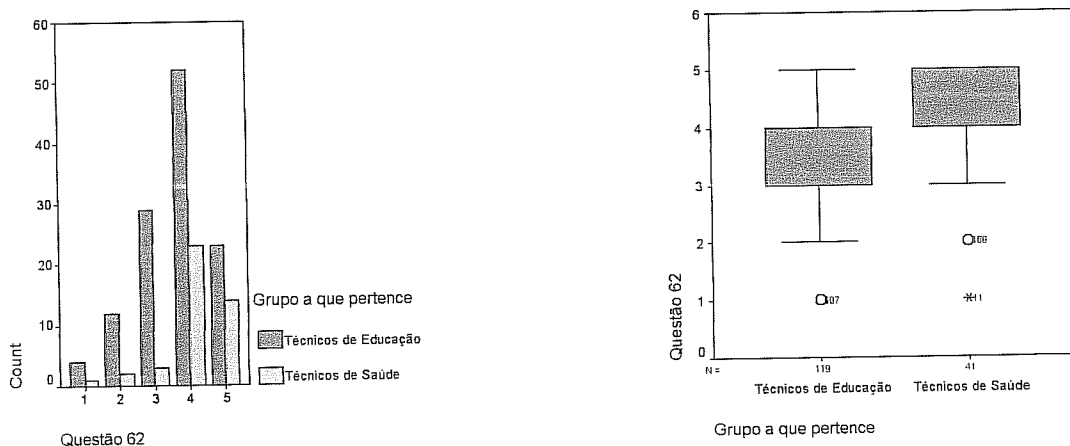
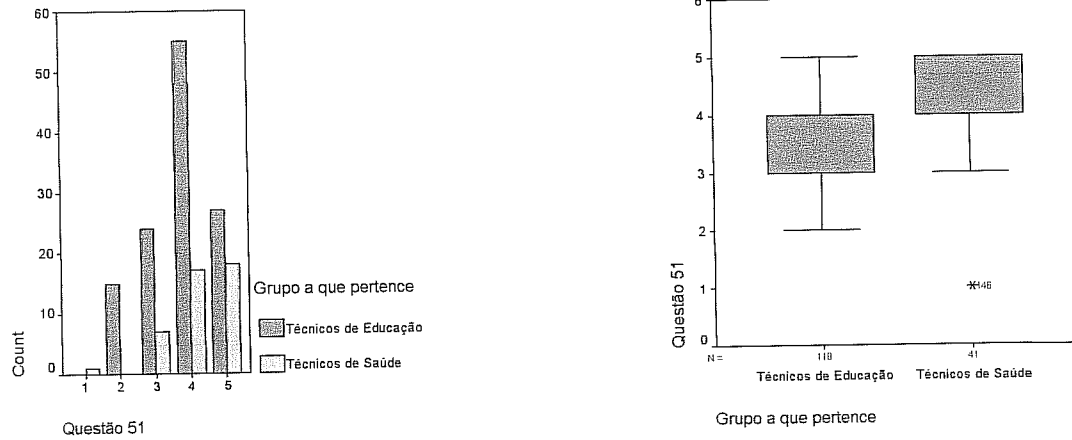
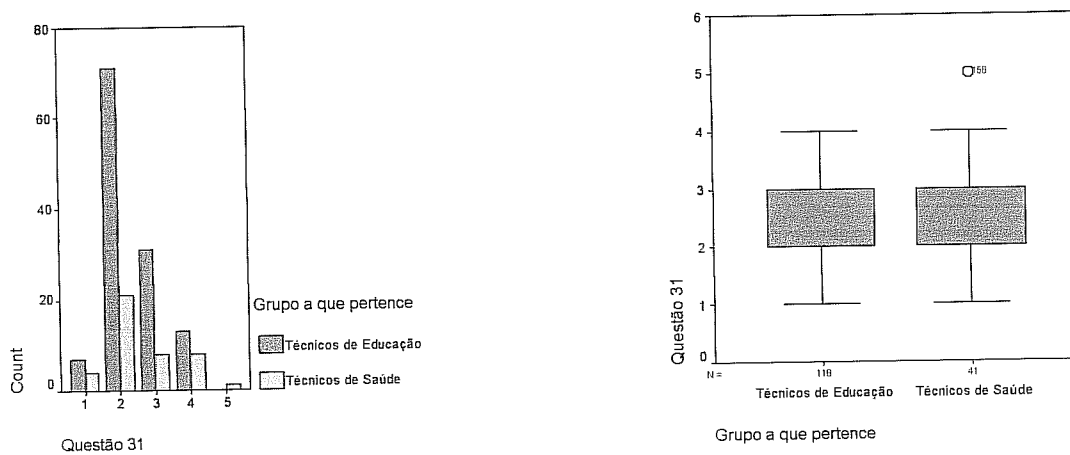


Figura 17 e 18: Histograma de frequências e “Box-Plot” do item 51 do questionário



No entanto, esta atitude positiva parece ser questionada quando os inquiridos são confrontados com o item 31 – “Os jovens são frequentemente vítimas dos impulsos sexuais”. Neste item verificamos uma atitude claramente negativa de ambos os grupos vitimizando os jovens em relação á sua sexualidade, o que contradiz a confiança demonstrada em itens anteriores.

Figura 19 e 20: Histograma de frequências e “Box-Plot” do item 31 do questionário



Podemos ainda constatar uma atitude positiva face à abordagem da sexualidade em meio escolar através do item 1 – “Falar de sexualidade na escola faz com que os jovens iniciem a vida sexual mais cedo.”.

Quando reflectimos sobre a expectativa de eficácia face à educação sexual em meio escolar, somos confrontados com atitudes bastante positivas de ambos os grupos: Item 21 – “A educação sexual em meio escolar desresponsabiliza os jovens .” e item 35 – “A abordagem da sexualidade em meio escolar faz com que os jovens tenham mais relações sexuais.” .

É possível que a atitude positiva a estes itens poderá, em parte, corresponder a factores não ponderados como a desejabilidade social. No entanto, por outro lado, poderá revelar uma aceitação da educação sexual em meio escolar dependente de perspectivas ideológicas individuais ou de grupo, uma vez que os referidos itens explanam o objectivo mas não abordam o como. Isto é, teoricamente, ambos os grupos aceitam positivamente a educação sexual em meio escolar e têm expectativas positivas quanto ao seu resultado.

Figura 21 e 22: Histograma de frequências e “Box-Plot” do item 1 do questionário

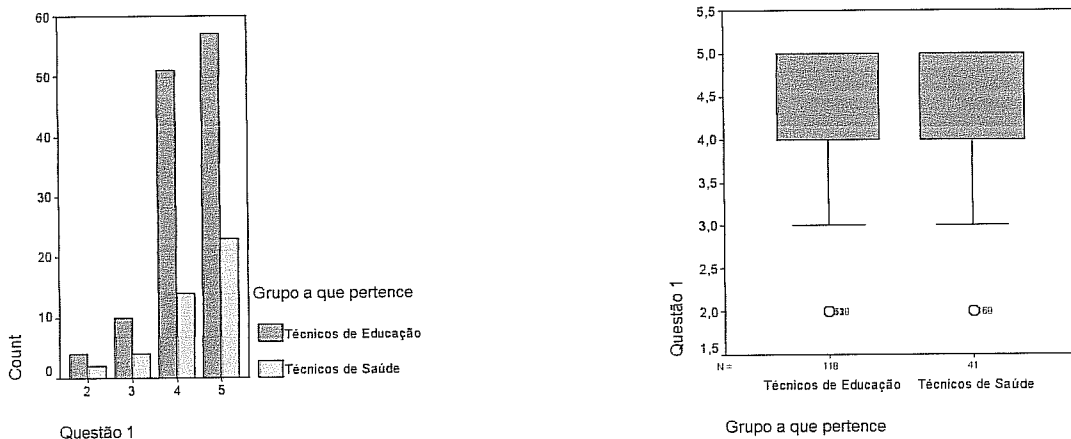


Figura 23 e 24: Histograma de frequências e “Box-Plot” do item 21 do questionário

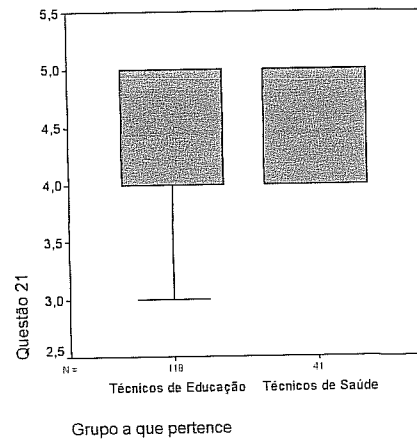
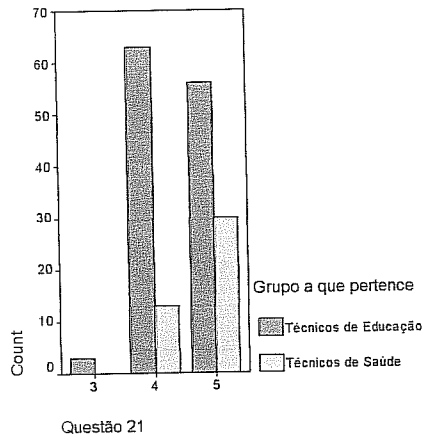
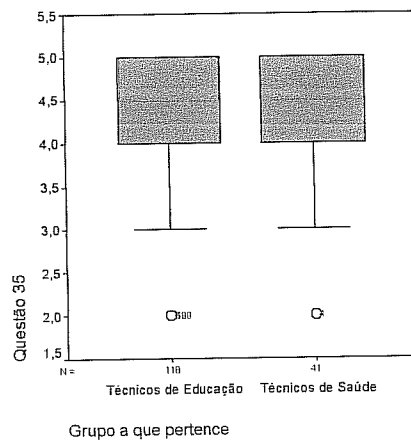
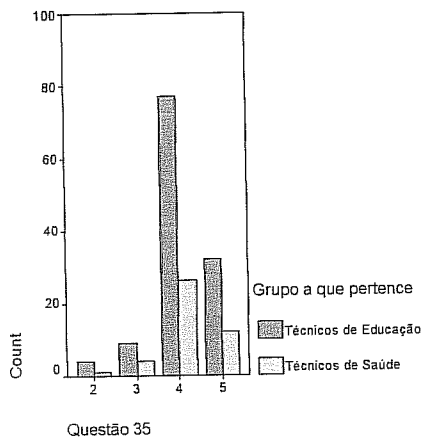
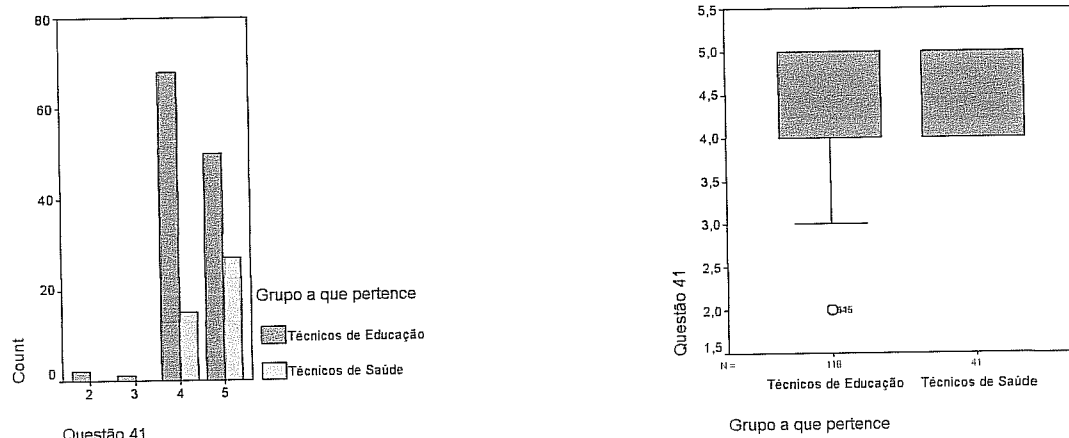


Figura 25 e 26: Histograma de frequências e “Box-Plot” do item 35 do questionário



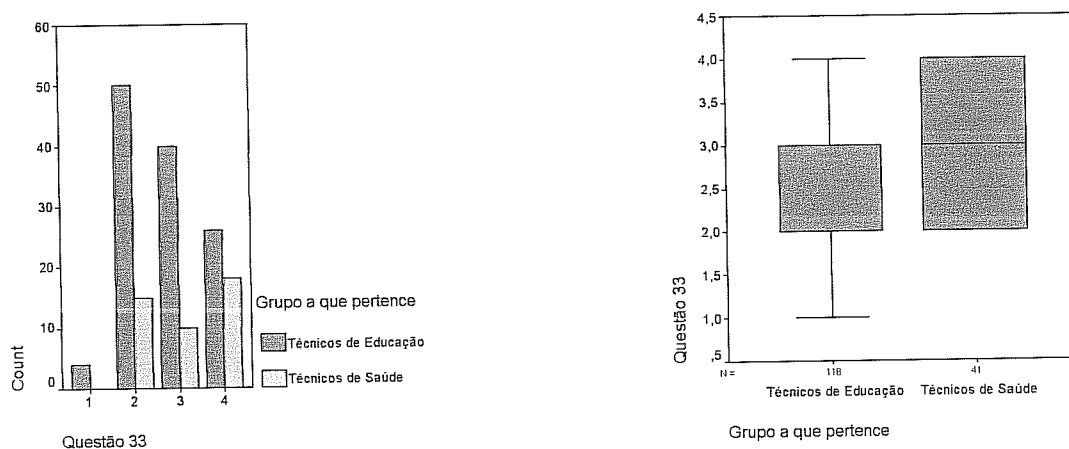
Esta atitude positiva face à abordagem da sexualidade em meio escolar terá o seu corolário com o item 41 - “A educação sexual possibilita a opção esclarecida e informada.”.

Figura 27 e 28: Histograma de frequências e “Box-Plot” do item 41 do questionário



No campo da expectativa de resultado, os inquiridos revelam uma atitude claramente negativa quando colocados perante o item 33 – “A educação sexual em meio escolar permite aos jovens controlarem os seus desejos sexuais.”.

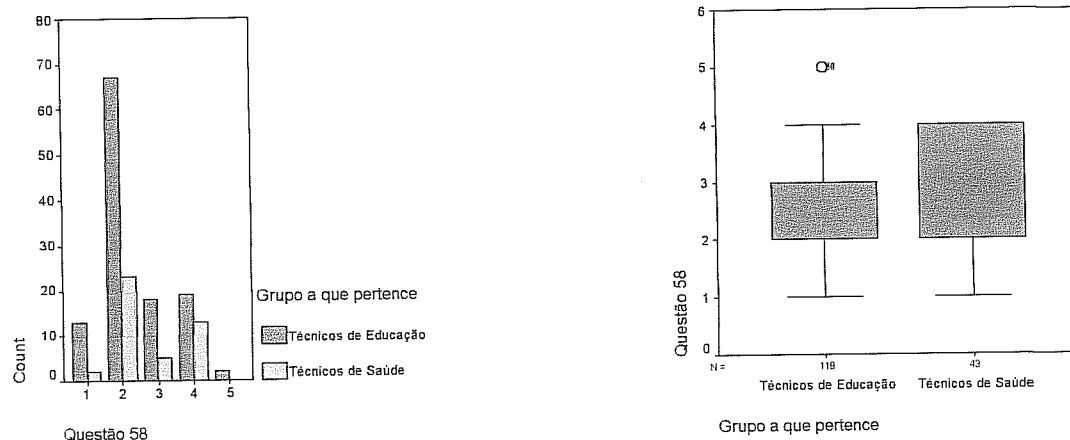
Figura 29 e 30: Histograma de frequências e “Box-Plot” do item 33 do questionário



Podemos facilmente verificar a predominância de atitudes negativas no grupo técnicos dos educação, menos pronunciada no grupo dos técnicos de saúde. Os técnicos de educação parecem ver ainda a educação sexual em meio escolar como um poderoso instrumento (item 41), todavia vocacionado para o controlo da sexualidade, muito mais do que para a sua auto-regulação.

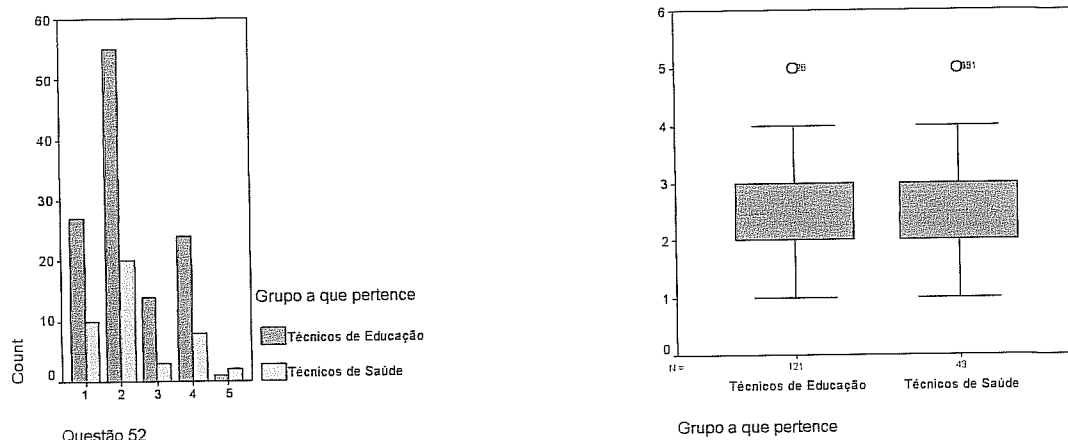
O mesmo pode ser verificado a partir das respostas ao item 58 – “A educação sexual em meio escolar deve informar prioritariamente sobre os riscos associados à sexualidade”.

Figura 31 e 32: Histograma de frequências e “Box-Plot” do item 58 do questionário



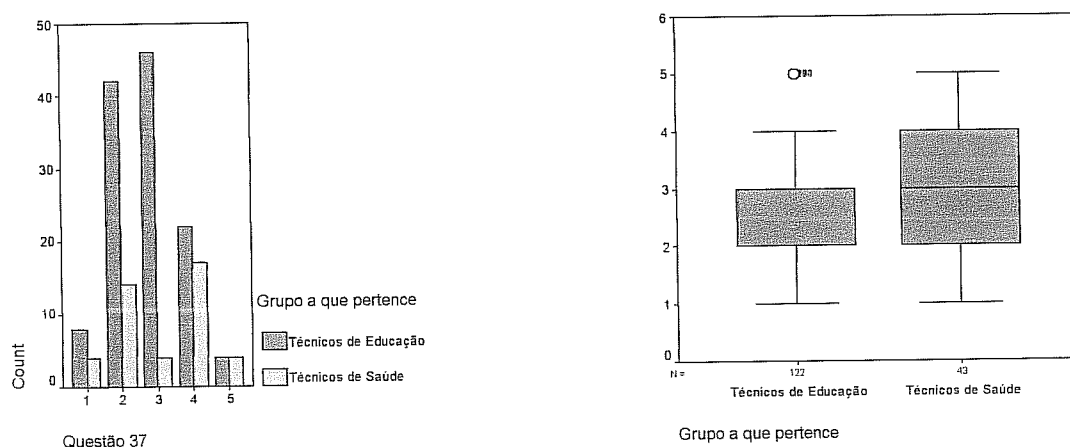
Como podemos constatar pelo gráfico, tanto os técnicos de saúde como os técnicos de educação apresentam atitudes claramente negativas. De facto, ambos consideram que a educação sexual em meio escolar deve informar, prioritariamente, sobre os riscos associados à sexualidade. O que nos remete para uma continuidade do modelo preventivo em educação sexual. Esta parece ser uma atitude comprovada pelas respostas obtidas no item 52 – “A educação sexual em meio escolar é essencialmente prevenção de comportamentos de risco.”

Figura 33 e 34: Histograma de frequências e “Box-Plot” do item 52 do questionário



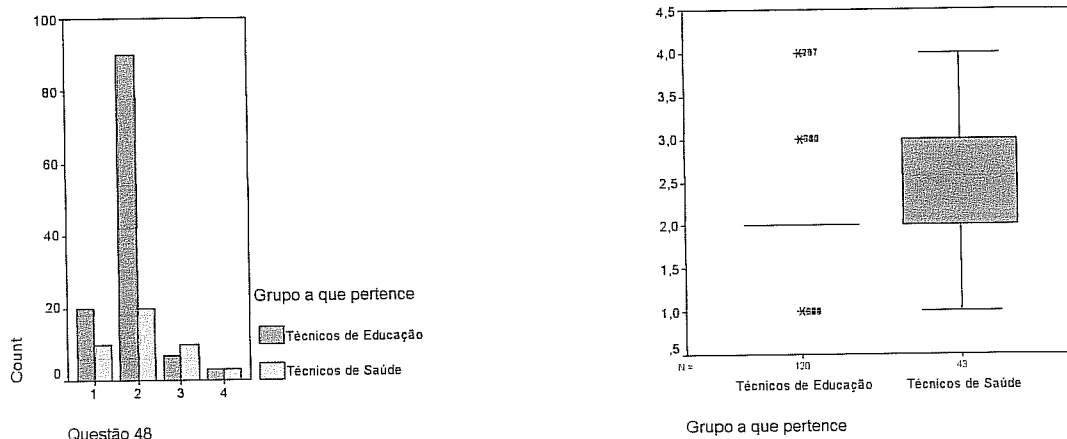
O espírito de controlo sobre a sexualidade juvenil que tem por base o medo da vivência pessoal da sexualidade encontra-se explícito nas respostas ao item 37 – “A educação sexual em meio escolar permite controlar a moral e o comportamento dos jovens.”. Embora possamos verificar que os técnicos de saúde apresentam, mais uma vez, atitudes mais positivas do que os técnicos de educação.

Figura 35 e 36: Histograma de frequências e “Box-Plot” do item 37 do questionário



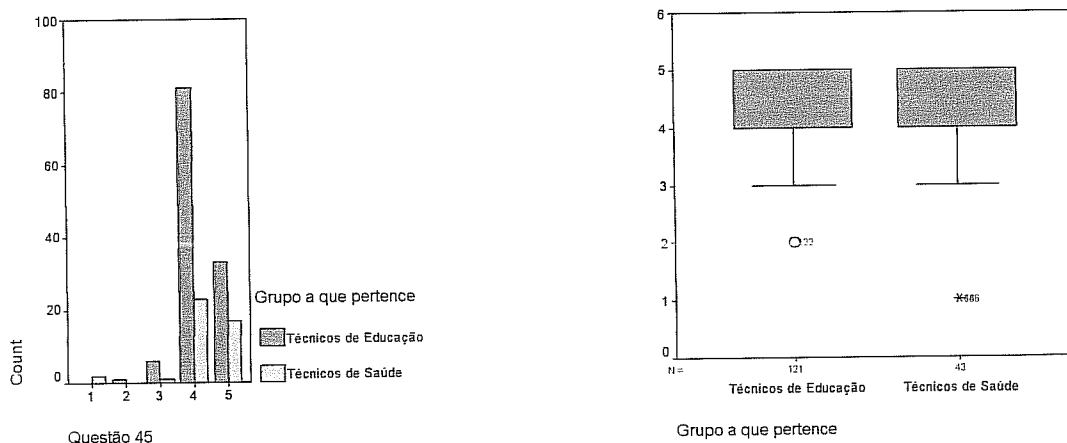
Ainda de acordo com as respostas ao item 48 – “A educação sexual em meio escolar ajuda a formar o carácter e a moral dos jovens.”, podemos constatar, mais uma vez, a necessidade de controlo da sexualidade, assim como, se é que o podemos dizer, reverência à moral vigente.

Figura 37 e 38: Histograma de frequências e “Box-Plot” do item 48 do questionário



Paradoxalmente, as atitudes face ao item 45 – “A educação sexual conduz à vivência positiva da sexualidade de cada um.” são bastante positivas, quer ao nível dos técnicos de saúde, quer a nível dos técnicos de educação.

Figura 39 e 40: Histograma de frequências e “Box-Plot” do item 45 do questionário



Face a esta atitude claramente positiva poderíamos pensar na possibilidade de implementação de um modelo democrático ou biográfico da educação sexual em meio escolar, veículo de promoção de uma sexualidade gratificante, vivida na medida do que é pessoal.

No entanto, quando confrontados com possíveis conteúdos de educação sexual em meio escolar, verificamos que tanto técnicos de saúde como técnicos de educação apresentam ainda muitas resistências a certas temáticas, apresentando uma atitude completamente diferente da apresentada neste item e também no item 41 – “A educação sexual possibilita a opção esclarecida e informada.”

3.3. INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE CONTEÚDOS EM EDUCAÇÃO SEXUAL SEGUNDO OS GRUPOS PROFISSIONAIS

Tabela 9: Inclusão/exclusão de conteúdos em educação sexual segundo os grupos profissionais

Tema	TE	TE	TS	TS
	Sim	Não	Sim	Não
1. Aborto	97,50%	2,50%	95,10%	4,90%
2. Abusos Sexuais	93,20%	6,80%	92,90%	7,10%
3. Adopção	62,10%	37,90%	64,10%	35,90%
4. Amor	98,30%	1,70%	90,50%	9,50%
5. Anatomia sexual e fisiologia sexual	99,20%	0,80%	100,00%	0,00%
6. Aspectos históricos, culturais e sociais relacionados com a sexualidade	93,20%	6,80%	97,60%	2,40%
7. Ciclo menstrual	98,30%	1,70%	100,00%	0,00%
8. Comportamentos sexuais	98,30%	1,70%	95,10%	4,90%
9. Comunicação	90,30%	9,70%	90,00%	10,00%
10. Conceito de sexualidade	98,30%	1,70%	100,00%	0,00%
11. Contracepção	95,40%	4,10%	100,00%	0,00%
12. Cuidados higiênicos com o corpo	96,70%	3,30%	97,60%	2,40%
13. Diferenças e Variedades sexuais	81,70%	18,30%	83,30%	16,70%
14. Diferentes tipos de compromisso	84,70%	15,30%	87,50%	12,50%
15. Diferentes tipos de relacionamento	89,60%	10,40%	90,20%	9,80%
16. Erotismo	58,90%	41,10%	69,20%	30,80%
17. Fecundação, gravidez e parto	95,90%	4,10%	100,00%	0,00%
18. Fetichismo	44,00%	56,00%	57,90%	42,10%
19. Identidade sexual e papel de género	85,00%	15,00%	92,30%	7,70%
20. Incesto	69,00%	31,00%	75,60%	24,40%
21. Infecções Sexualmente Transmissíveis	97,50%	2,50%	100,00%	0,00%
22. Intimidade	83,80%	16,20%	90,00%	10,00%
23. Linguagem verbal sobre sexualidade	87,40%	12,60%	95,10%	4,90%
24. Masturbação	88,20%	11,80%	97,60%	2,40%
25. Mitos, Crenças e Tabus	94,90%	5,10%	97,60%	2,40%
26. Mudança na Puberdade	95,80%	4,20%	100,00%	0,00%
27. Orientação Sexual	86,80%	13,20%	92,70%	7,30%
28. Papéis Sexuais	85,80%	14,20%	87,80%	12,20%
29. Pedofilia	78,80%	21,20%	81,00%	19,00%
30. Pornografia	57,80%	42,20%	61,00%	39,00%
31. Práticas Sexuais	69,50%	30,50%	70,00%	30,00%
32. Prazer	86,20%	13,80%	90,50%	9,50%
33. Relações com os pares	74,10%	25,90%	80,00%	20,00%
34. Religião	57,50%	42,50%	67,50%	32,50%
35. Saúde Sexual e Reprodutiva	95,80%	4,20%	97,60%	2,40%
36. Violência e Sexualidade	86,70%	13,30%	87,80%	12,20%
37. Virgindade	96,60%	3,40%	92,90%	7,10%
38. Vocabulário relacionado com a sexualidade	91,60%	8,40%	90,20%	9,80%

Numa segunda fase do nosso instrumento os participantes foram confrontados com uma listagem de conteúdos em educação sexual. Foi pedido que se pronunciassem sobre quais, na sua opinião, incluir ou excluir em educação sexual em meio escolar.

Tal como podemos verificar pelo quadro anterior, as percentagens de exclusão das temáticas são constantemente mais elevadas no seio dos técnicos de educação do que no seio dos técnicos de saúde. Em média 14,61% das respostas dos técnicos de educação são negativas à inclusão dos temas apresentados, contra uma percentagem de 11,63% no caso dos técnicos de saúde. Ambos afirmam na fase prévia do questionário que a educação sexual possibilita a opção esclarecida e informada. Todavia, questões como a pornografia, as práticas sexuais ou a religião são ainda excluídas dos conteúdos programáticos da educação sexual em meio escolar., por muitos profissionais. A exclusão de temas considerados inapropriados em educação sexual, pode indicar que a abordagem da sexualidade realizada tanto pelos técnicos de saúde como pelos técnicos de educação, carece de uma perspectiva holística que permita um trabalho do tema em todas as suas vertentes e finalidades. Se, como muitos apontam, não pudemos reduzir a sexualidade à sua vertente bio-médica, também não podemos esquecer todas as suas outras facetas. Uma educação sexual adequada é aquela que toma por base experiências pessoais e conhecimentos de base no desenvolvimento da responsabilidade, do auto-conhecimento e da segurança. Para tal deve-se-à evitar a inclusão/exclusão apriorista e acrítica de temas representados positiva ou negativamente na área da sexualidade.

Questões mediáticas, como o aborto, são incluídas nos conteúdos a abordar em educação sexual por 97,50% dos técnicos de educação e 95,10% dos técnicos de saúde. No entanto, questionamos-nos porque razão cerca de 37,90% dos técnicos de educação e 35,90% dos técnicos de saúde excluem dos conteúdos o tema adopção, quando numa fase anterior do nosso questionário valorizaram positivamente a opção esclarecida e informada em sexualidade. Face ao tema gravidez não desejada e num contexto de promoção de uma opção esclarecida e informada fará sentido excluir a adopção e ou o aborto como temas a abordar? Sem formação específica sobre a abordagem da sexualidade, quer nos técnicos de educação com nos técnicos de saúde, os temas que estes associam à educação sexual podem ser definidos por outras vias, pelo debate público corrente ou pelos media. O que pode significar a

sobredeterminação das suas representações e atitudes por agentes externos ao contexto da educação para a saúde e aos seus objectivos.

O erotismo, o fetichismo, o incesto, a pedofilia, a pornografia, as práticas sexuais e as relações com os pares apresentam um índice de exclusão dos conteúdos da educação sexual em meio escolar elevado em ambos os grupos. A exclusão de temáticas de certa forma associadas à ténue linha que divide os comportamentos minoritários a nível da sexualidade das patologias, pode remeter-nos para atitudes negativas face à sexualidade. Parece-nos presente a nível destes dois grupos sócio-profissionais uma atitude algo erotofóbica face à sexualidade no geral e à sexualidade juvenil em particular.

Já dizia Aldous Huxley que os factos, ou as diferentes vivências não deixam de existir pela simples razão de serem ignorados. Na realidade, a nossa sociedade encontra-se inundada de conteúdos que exploram as temáticas da sexualidade. A(s) religião(ões) durante séculos regulamentou a própria sexualidade através de uma moral vigente ou do binómio normal-patológico. No entanto, para 42,50% dos técnicos de educação, assim como para 32,50% dos técnicos de saúde, a religião não deverá ser conteúdo da educação sexual em meio escolar. A religião fala, falou ou ocultou a sexualidade ao longo de séculos. Contudo, a sexualidade deverá também abordar a religião. Será, no nosso entender, impossível esclarecer mitos, crenças e tabus com séculos de existência sem recorrer à abordagem da relação sexualidade-religião.

Importante será ainda referir que os temas que apresentam maior percentagem de inclusão em ambos os grupos sócio-profissionais relacionam-se com áreas bio-médicas, tais como: anatomia sexual e fisiologia sexual (99,2% - técnicos de educação e 100% técnicos de saúde), contracepção (95,4% - técnicos de educação e 100% - técnicos de saúde), ciclo menstrual (98,3% - técnicos de educação e 100% - técnicos de saúde) ou as infecções sexualmente transmissíveis (97,5% - técnicos de educação e 100% - técnicos de saúde).

As maiores diferenças entre técnicos de saúde e técnicos de educação quanto à inclusão/exclusão de conteúdos foram registadas nos temas erotismo, fetichismo e religião.

Técnicos de saúde apresentam invariavelmente maior percentagem de inclusão face a estes temas⁸.

Inversamente entre os itens onde os técnicos de educação revelam uma percentagem de inclusão superior aos técnicos de saúde (7 itens num universo de 38) o único onde a diferença é significativa é o tema 4 – Amor.

⁸ Diferença de percentagens de resposta negativa superior a 10%

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao longo deste estudo foi realçada a importância da componente educativa/formativa da educação sexual em meio escolar, apelando para o conceito de educação para a saúde, parte de quadro mais abrangente que é a promoção da saúde. A teoria da cognição social tem vindo a orientar alguns programas de promoção da saúde e de educação para a saúde em países da União Europeia.

Os modelos de promoção da saúde têm promovido a prevenção de comportamentos de risco e por consequência a implementação de comportamentos saudáveis. Neste estudo procurámos extrapolar esta dimensão de risco, procurando abordar a educação sexual numa perspectiva de procura de bem estar geral. Obviamente que existem riscos associados ao conceito de educação sexual, contudo, o conceito expande-se para além da prevenção das infecções sexualmente transmissíveis ou da gravidez não desejada. Quando falamos de educação sexual podemos rever alguns dos novos desafios à promoção da saúde, como a criação de ambientes de apoio à saúde (onde pode ser abordado o conceito de rede de escolas promotoras de saúde), ou o maior envolvimento da comunidade. Bennett (2002) afirma que a promoção da saúde poderá ter de mudar tanto o foco de interesse como a metodologia utilizada, se quiser ser mais eficaz na modificação dos comportamentos, do que a informação de base que já circula e influencia a população. O mesmo sucede com a educação sexual em meio escolar.

Ao longo de cerca de trinta anos sucederam-se modelos de intervenção em educação sexual, o modelo biológico/reprodutivo, o modelo preventivo, o modelo informativo. A educação sexual deverá ir além destes modelos de modo a fazer face a uma sociedade que veicula novos mitos, crenças e atitudes.

Ao longo desta investigação verificámos que as atitudes face à sexualidade juvenil podem, de certa forma, condicionar as atitudes face a um modelo de educação sexual preferencial. De acordo com uma perspectiva evolutiva de conceitos, a educação sexual deveria, no momento presente, assumir os contornos de um modelo democrático, no qual o indivíduo, dentro do seu quadro de valores e referências, procuraria uma vivência gratificante da sua sexualidade mediatizada pelo prazer da descoberta e da partilha, cimentada por uma educação/formação contínua. Este foi o modelo adaptado pelo programa de educação afectivo-sexual do Departamento de Educação, Universidades e Investigação do País Basco (2000), é também a

linha orientadora da intervenção em saúde sexual e reprodutiva da Federação Internacional de Planeamento Familiar (1997), contemplada na Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos desta mesma organização (1996). Outros modelos de educação sexual em meio escolar têm vindo a desenvolver-se. De acordo com o Alan Guttmacher Institute (2001), apenas 14% das escolas públicas americanas promovem a abstinência como uma das opções em saúde sexual e reprodutiva. Todas as outras concentram a sua intervenção na promoção exclusiva ou preferencial da abstinência. Os estudos levados a cabo por este Instituto revelam que existe uma discrepância entre as reais necessidades de professores, educadores, pais, crianças e jovens e as linhas político governamentais na área da promoção da saúde em meio escolar. Este modelo preventivo que educa pelo medo revela-se desadequado para a realidade em questão, uma vez que as taxas de gravidez na adolescência e transmissão de infeções sexualmente transmissíveis continuam a aumentar nos EUA. À semelhança da teoria da motivação protectora, esta educação sexual enfatiza a importância do medo como factor motivador para a mudança e promotor dos comportamentos saudáveis, enquanto que outras, como a espanhola/basca procura a implementação de um espaço de relação escola-alunos que viabilize o auto-conhecimento e a valorização pessoal. A procura de imposição de um comportamento desejável, a abstinência, pode desrespeitar a história de vida dos indivíduos, suscitar os medos e a insegurança.

Em Portugal bastante já se encontra realizado em educação sexual em meio escolar. Tal pode ser confirmado pela participação de 41,2% dos técnicos entrevistados em acções na área da sexualidade. Muitos técnicos já trabalham esta temática nas suas salas de aula, embora exista uma carência formativa de base, assim como uma necessidade de supervisão educativa. Estes são obstáculos a ultrapassar para a realização em pleno da tarefa de formar os jovens na área da sexualidade.

No quadro geral, tanto técnicos de saúde como os técnicos de educação apresentam atitudes positivas face à educação sexual, embora os técnicos de saúde apresentem sempre atitudes mais positivas em todas as componentes da teoria. Pensamos que em muito contribui para este facto a associação constante da educação sexual ao sector da saúde e um conseqüente historial mais alargado de trabalho da temática. Só recentemente este conceito foi transportado para a educação. Aliás, tal como foi anteriormente referido, a educação sexual tem sido

produto de temáticas como o planeamento familiar, as infecções sexualmente transmissíveis ou o aborto.

Pensamos que esta atitude positiva de ambos os grupos profissionais se enquadra na atitude pessoal face ao que é a educação sexual e suas potencialidades enquanto instrumento de formação pessoal.

Porém, parecem existir divergências conceptuais entre os membros dos grupos profissionais estudados. Segundo Zapian (2000), a educação afectivo-sexual⁹, visa promover a auto-estima, desenvolver mecanismos de assertividade na procura de uma maior autonomia dos jovens para a decisão. Este conceito está dependente de dois **factores**:

- 1) da confiança na formação dos jovens
- 2) da responsabilização dos mesmos para o seu processo de autonomia.

Este conceito de educação sexual – alicerçado numa abordagem onde o jovem é um sujeito activo no processo de desenvolvimento pessoal e social, exige o respeito por ambos os factores.

No entanto, foram identificadas divergências conceptuais ao analisarmos as atitudes dos inquiridos face às componentes Vulnerabilidade e Expectativa de Resultados. Podemos verificar que, embora se registem atitudes generalizadamente positivas face à Expectativa de Eficácia (relacionada com o instrumento) estas podem entrar em conflito com atitudes bastante menos positivas quanto às componentes directamente relacionadas com o público-alvo da educação sexual, nomeadamente sobre a sua vulnerabilidade e sobre as expectativas da forma como a acção formativa/programa poderá alterar os seus comportamentos.

Este fenómeno pode ainda ser observado na análise aos conteúdos da educação sexual que são excluídos à priori pelos inquiridos. Estas resistências observadas, podem sugerir uma visão estreita das finalidades e vertentes da educação sexual, embora o quadro técnico normativo esclareça áreas a desenvolver.

Para finalizar gostaríamos de reflectir sobre uma ideia que, embora, não seja inerente a esta investigação, nos surgiu como uma preocupação e uma nova hipótese de estudo. A educação

⁹ Terminologia utilizada em substituição da tradicional educação sexual por Zapian (2000). O autor esclarece que a dimensão de relação e comunicação, assim como a esfera sexual (biológica, cultural e social) se encontram presentes de uma forma mais clara nesta designação do que na designação educação sexual.

sexual é considerada uma necessidade educativa, e, como tal, têm sido desenvolvidos programas, decretadas normas e esclarecidas linhas orientadoras para a sua efectiva implementação em meio escolar. Neste sentido, a escola assume um papel decisivo a vários níveis. “É o lugar onde se aprendem saberes formais e técnicos sobre o corpo, a reprodução (...) é um importante espaço de sociabilidade entre colegas, de constituição de redes de amigos e de pares, pelas quais circulam saberes formais e difusos sobre aqueles temas.” (Almeida, 2004, p. 95). A nossa questão coloca-se relativamente a todos aquelas crianças e jovens que se encontram fora da contexto escolar, como adquirem conhecimentos em saúde sexual e reprodutiva?; como treinam competências pessoais e sociais?

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alferes, V. R. (1997). *Encenações e comportamentos sexuais - Para uma psicologia social da sexualidade*. Porto: Edições Afrontamento.
- Allan Guttmacher Institute (2001). *The Guttmacher report on public policy*. Nova York/Washington: Allan Guttmacher Institute.
- Almeida, A.M.V. (1990). Área de formação pessoal e social. *Planeamento familiar*, nº47/48 Abril a Setembro, pp. 9-10.
- Almeida, A. N., Vilar, D., André, I.M. & Lalanda, P. (coord.), (2004). *Fecundidade e Contraceção*. Lisboa : Imprensa de Ciências Sociais.
- Andrade, M. I. (1995). *Educação para a saúde: Guia para professores e educadores*. Lisboa: Texto Editora.
- Benavente, A. (2002). Um desafio que precisa de todos. *Economia pura* nº 46, pp. 22-32.
- Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde* (trad. portuguesa). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Berer, M. & Ravindran, T. (1995). Pregnancy, birth control, STDs and AIDS: Promoting safer sex. *Reproductive Health Matters*, 5, pp. 7-10.
- Bertão, A. M., Ferreira, M. S. & Santos, M. R. (orgs.) (1999). *Pensar a escola sob os olhares da psicologia*. Porto: Edições Afrontamento.
- Bordalo, P. (Ed.) (1999). *"É fácil dizer..., difícil é fazer!" - Atitudes dos professores do 1º ciclo do ensino básico face à educação sexual (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica)*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Braeken, D. & Massey, D. E. (1990). *They know it all. A manual for everyone interested in sex education work*. Londres: IPPF.
- Carvalho, A. & Diogo, F. (1999). *Projecto educativo* (3ª ed.). Lisboa: Edições Afrontamento.
- Conner, M. & Norman, P. (Ed.) (1995). *Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models*. Londres: Open University Press.
- DiClemente, R. & Peterson, J. (1994). Changing HIV/AIDS risk behaviours. The role of behavioural interventions. In R. DiClemente & J. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS : theories and methods of behavioural interventions*, pp.1-4. Nova York: Plenum Press.
- Direcção Geral da Saúde (2001). *Guias de educação e promoção da saúde*. Lisboa: DGS
- Donovan, P. (1998). School-based sexuality education: The issues and challenges. *Family planning perspectives*, 30 (4), pp.188-193.
- Equipa de Apoio Técnico sobre Educação Sexual (EATES) ao Centro Nacional da Rede de Escolas Promotoras de Saúde (2000). *A Educação sexual em meio escolar – Linhas Orientadoras*. Lisboa: Ministério da Educação & Ministério da Saúde.
- Evans, I. & Huevo, C. (Ed.), (1997). *Family planning handbook for health professionals. The sexual and reproductive health approach*. Londres: International Planned Parenthood Federation.

Faria, M. C. (s.d.) *A Prioridade da educação para a saúde na escola*. Consultado em 20 de Abril de 2003 através de: <http://www.eseb.ipbeja.pt/investigacao/artigos/prioridade.htm>

Fernandes, M. (Ed.) (1999). *Educação sexual: sim ou não? Atitudes de professores do 2º ciclo face à educação sexual dos alunos (Monografia de licenciatura em Psicologia Clínica)*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Fisher, W. (1990). Understanding and preventing teenage pregnancy and sexually transmitted disease/AIDS. In J. Edwards, R. S. Tindale, L. Heath, & E. Posavac (Eds.), *Social influence process and prevention*, pp.71-101. Nova York: Plenum Press.

Fonseca, L., Soares, C. & Vaz, J.M. (coords.), (2003). *A Sexologia: perspectiva multidisciplinar I*. Coimbra: Quarteto Editora.

Fonseca, L., Soares, C. & Vaz, J.M. (coords.), (2003). *A Sexologia: perspectiva multidisciplinar II*. Coimbra: Quarteto Editora.

Foucault, M. (1976-1984). *A história da sexualidade*, (3 vol.) Lisboa: Relógio d'Água.

Gaudreau, L. (1990). A educação sexual no Quebec. *Planeamento familiar*, nº47/48, pp. 15-18.

Giommi, R. & Perrotta M. (1993). *Programa de educação sexual dos 3 aos 6 anos – meninos e meninas, o meu corpo, eu e o mundo, como eu nasci*, (trad. portuguesa). Lisboa: Caminho.

IPPF (1996). *Carta de IPPF de derechos sexuales y reproductivos*. Londres: International Planned Parenthood Federation.

IPPF (1997). *Sexual and reproductive health. A new approach with communities*. Londres: International Planned Parenthood Federation.

Ketting, E. (1993). Enjoying the good as much as avoiding the bad: the sexual health discussion in Europe. In P. Senanayake & R. Kleinman (Eds.) *Family planning – Meeting challenges: promoting choices*. New York: The Parthenon Publishing Group.

Ketting, E. (1995). Meeting young people's sexual and reproductive health needs worldwide. *Planned parenthood challenges*. Londres, pp. 119-130.

Landry, D. J., Singh, S. & Darroch, J. E. (2000a). Sexuality education in fifth and sixth grades in U.S. public schools, 1999. *Family planning perspectives*. 32, (5), pp.212-219.

Landry, D. J., Singh, S. & Darroch, J. E. (2000b). Changing emphases in sexuality education in U.S. public secondary schools, 1988-1999. *Family planning perspectives*. 32, (5), pp.204-211.

Lima, M. L. P. (1993). Atitudes. In J. Vala & M. B. Monteiro (Eds.), *Psicologia social* (pp. 167-199). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

López, F. (1990). Conceito e objectivos da educação sexual. *Planeamento familiar*, nº47/48, pp. 14-15.

López, F. (1995). Amor, erotismo, biologia e educação sexual. *Sexualidade e planeamento familiar*, nº6, Série 2, pp. 8-12.

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

López, F., García, C., Montero, M., Rodríguez, J. A. & Fuertes, A. (1986). *Educación sexual en la adolescencia*. Salamanca: Edições Universidade de Salamanca.

Loureiro, I. (1998). Educação sexual nas escolas. *Sexualidade e planeamento familiar*, nº 17/18, Série 2, pp. 10-12.

- Mann, J. (1992). Health promotion against AIDS: a typology, in J. Sepulveda, H. Fineberg & J. Mann (Eds.) *AIDS prevention through education: a world view*. Nova York: Oxford University Press.
- Marques, A.M., Vilar, D. & Forreta, F. (2002). *Os afectos e a sexualidade na educação pré-escolar – Um guia para educadores e formadores*. Lisboa: Texto Editora.
- Meredith, P. (1990). A educação sexual nos países europeus. *Planeamento familiar*, nº47/48, pp. 11-13.
- Ministério da Educação (2002). *Currículo nacional do ensino básico - competências essenciais*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Nodin, N. (2001a). *Os Jovens portugueses e a sexualidade em finais do Século XX*. Lisboa: Associação Para o Planeamento da Família.
- Nodin, N. (2001b). *Saúde sexual e reprodutiva - Um Novo enfoque sobre a sexualidade*. Comunicação apresentada no 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde em Fevereiro de 2001- trabalho não publicado. Lisboa.
- Nodin, N. (2002a). *A Sexualidade de A a Z*. Lisboa: Bertrand Editora.
- Nodin, N. (2002b). *Educação sexual e pornografia - casamento impossível ?*. Comunicação apresentada no Seminário de Sexologia da Universidade Lusófona, Fevereiro de 2002 - trabalho não publicado. Lisboa.
- Nogueira, C. & Silva, I. (2001). *Cidadania – construção de novas práticas em contexto educativo (3º ed.)*. Porto: Asa Editores.
- O'Brien, J. (1990). Uma farsa irlandesa – uma tragédia irlandesa. *Planeamento familiar*, nº47/48, pp. 20-22.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais, J. M. (Coord.), (1998). *Gerações e valores na sociedade portuguesa contemporânea*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Patton, W. & Mannison, M. (1995). Sexuality attitudes: a review of the literature and refinement of a new measure. *Journal of sex education and therapy*, 21 (4), pp. 268-295.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, A. (2002). *SPSS – Guia prático de utilização – análise de dados para ciências sociais e psicologia (3ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo
- Reuchlin, M. (1992). *Introduction à la recherche en psychologie*. França: Edições Nathan.
- Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. L. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Roque, O. (2001). *Semiótica da cegonha. Jovens, sexualidade e risco de gravidez não desejada*. Évora: Associação para o Planeamento da Família.
- Sampaio, M. M. A. (1987). *Escola e educação sexual*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Sampaio, M. (1990). A educação sexual e o sistema educativo. *Planeamento familiar*, nº47/48, pp. 3-5.

- Sanches, A. (2002). Manuais de ciências descuram as dimensões psicológica e social da sexualidade. Consultado a 15 de Abril de 2004 através de: <http://jornal.publico.pt/2002/02/05/Educacao/B01.html>
- Serrano, S. (2002). *Os Técnicos de saúde e a sexualidade dos doentes oncológicos: atitudes, crenças e intenções comportamentais (Monografia de Licenciatura)*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Silva, A. I. (1999). *"O Sexo dos Anjos" - atitudes de pais de crianças do 1º ciclo face à educação sexual dos filhos/as (Monografia de licenciatura em Psicologia Clínica)*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Swinden, L. & Sanders, P. (1995). *Para me conhecer para te conhecer – estratégias de educação sexual para o 1º e 2º ciclos do ensino básico*, (trad. portuguesa). Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Terry, D. A., Galligan, R. F. & Conway, V.J. (1993). The prediction of safe sex behaviour: The role of intentions, attitudes, norms and control beliefs. *Psychology and health*, 8, pp. 355-68.
- Vasconcelos, P. (1998). Práticas e discursos da conjugalidade e de sexualidade dos jovens portugueses. *Jovens portugueses de hoje*. Lisboa: Celta Editora.
- Vaz, J. M., Vilar, D. & Cardoso, S. (1996). *Educação sexual na escola*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Vilar, D. (1987). Aprendizagem sexual e educação sexual. *Sexologia em Portugal: sexualidade e cultura*, II Vol., pp.165-180. Lisboa: Texto Editora.
- Vilar, D. (1990). As encruzilhadas da educação sexual. *Planeamento familiar* nº 47/48, pp. 6-8.
- Vilar, D. (1994). School sex education: still a priority in Europe. *Planned parenthood in Europe*, V.23 (3), pp. 8-13.
- Vilar, D. (2003). *Falar disso. A educação sexual nas famílias dos adolescentes*. Santa Maria da Feira: Edições Afrontamento.
- WHO (1993). *The health of young people. A challenge and a promise*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (1993). *Counselling skills training in adolescent sexuality and reproductive health*. Geneva: World Health Organization.
- Williams, M. (1986). *Sexuality Education in Beginning Families. Curriculum guide for parent education programs*. Estados Unidos da América: Family Planning Program Tacoma-Pierce County Health Department.
- Zapian, J. G., Quintana, P. I. & Fernandez, J. P. (2000). *Uhin Bare - Programa de educación afectivo-sexual. Manual*. País Basco: Departamento de Educação, Universidades e Investigação.

6. ANEXOS

6.1. ANEXO 1 – INSTRUMENTO

6.2. ANEXO 2 - ALPHAS DE CRONBACH

6.1. ANEXO 1 - INSTRUMENTO

Questionário

Este questionário aborda a temática da sexualidade e da educação sexual em meio escolar destinando-se a um trabalho de investigação. Por esta razão é importante ler atentamente cada afirmação e responder com o máximo de honestidade. O questionário é absolutamente **confidencial e anónimo**. Não pretendemos avaliar conhecimentos, o objectivo deste trabalho é simplesmente o de poder, futuramente, melhorar as formas de abordar o tema educação sexual em meio escolar.

Muito obrigada pela colaboração!

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Falar de sexualidade na escola faz com que os jovens iniciem a vida sexual mais cedo.	A	B	C	D	E
2. A educação sexual contribui para a manutenção de comportamentos sexuais saudáveis.	A	B	C	D	E
3. O namoro é natural e faz parte do crescimento.	A	B	C	D	E
4. Os jovens não têm capacidades para lidar com a sua sexualidade.	A	B	C	D	E
5. A educação sexual expõe os jovens a demasiada informação e reduzidos valores.	A	B	C	D	E
6. A educação sexual em meio escolar deve promover atitudes positivas e comportamentos saudáveis face à sexualidade.	A	B	C	D	E
7. A educação sexual em meio escolar aumenta a curiosidade dos jovens.	A	B	C	D	E
8. Falar de prazer é abrir as portas ao risco.	A	B	C	D	E
9. A educação sexual em meio escolar é uma questão de saúde e bem-estar.	A	B	C	D	E
10. O desejo sexual deve ser refreado, em particular nos jovens.	A	B	C	D	E
11. Educar é ensinar a respeitar e a ser respeitado.	A	B	C	D	E
12. A educação sexual em meio escolar deve integrar-se na realidade social da instituição de ensino.	A	B	C	D	E
13. Os rapazes falam mais de sexo porque iniciam a sua vida sexual mais cedo.	A	B	C	D	E
14. A educação sexual só deve ser abordada a partir do 3º ciclo.	A	B	C	D	E
15. A educação sexual em meio escolar reduz o risco de ISTs (Infecções sexualmente transmissíveis).	A	B	C	D	E
16. A educação sexual deve ter um conteúdo programático pré-definido.	A	B	C	D	E
17. As relações sexuais devem surgir num contexto de namoro.	A	B	C	D	E
18. A educação sexual em meio escolar deve ser obrigatória.	A	B	C	D	E
19. As raparigas não devem falar sobre sexo.	A	B	C	D	E
20. Educar é transmitir valores.	A	B	C	D	E
21. A educação sexual em meio escolar desresponsabiliza os jovens.	A	B	C	D	E
22. A educação sexual em meio escolar aumenta os riscos relativos à saúde sexual e reprodutiva.	A	B	C	D	E
23. A educação sexual deve ser uma disciplina independente.	A	B	C	D	E
24. A educação sexual em meio escolar pretende diminuir os índices de gravidez na adolescência.	A	B	C	D	E
25. A educação sexual deve iniciar-se no ensino pré escolar.	A	B	C	D	E
26. A educação sexual em meio escolar permite conhecer e compreender desejos e amores.	A	B	C	D	E
27. Os jovens são sexualmente activos.	A	B	C	D	E
28. Abordar curiosidades, experiências e preocupações é autorizar comportamentos de risco.	A	B	C	D	E
29. A educação sexual em meio escolar visa o bem estar com o próprio corpo.	A	B	C	D	E

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
30. A educação sexual em meio escolar deve ser abordada transversalmente (nas várias disciplinas).	A	B	C	D	E
31. Os jovens são frequentemente vítimas dos impulsos sexuais.	A	B	C	D	E
32. A educação sexual deve ter em consideração ideias oriundas do grupo de pares.	A	B	C	D	E
33. A educação sexual em meio escolar permite aos jovens controlarem os seus desejos sexuais.	A	B	C	D	E
34. A educação sexual em meio escolar pretende formar cidadãos responsáveis.	A	B	C	D	E
35. A abordagem da sexualidade em meio escolar faz com que os jovens tenham mais relações sexuais.	A	B	C	D	E
36. A educação sexual em meio escolar prepara os jovens para a vida em sociedade.	A	B	C	D	E
37. A educação sexual em meio escolar permite controlar a moral e o comportamento dos jovens.	A	B	C	D	E
38. A educação sexual em meio escolar é promoção da saúde.	A	B	C	D	E
39. A educação sexual em meio escolar deve ser realizada por uma equipa multidisciplinar (professores, pais, técnicos de saúde, etc.).	A	B	C	D	E
40. Os jovens devem estar conscientes dos riscos que correm ao iniciar a sua vida sexual.	A	B	C	D	E
41. A educação sexual possibilita a opção esclarecida e informada.	A	B	C	D	E
42. A educação sexual em meio escolar deve ser diferente para rapazes e raparigas porque as raparigas correm mais riscos.	A	B	C	D	E
43. A educação sexual esclarece ideias, mitos e crenças erradas.	A	B	C	D	E
44. A educação sexual é educação para a cidadania.	A	B	C	D	E
45. A educação sexual conduz à vivência positiva da sexualidade de cada um.	A	B	C	D	E
46. Falar de VIH e Gravidez não desejada é essencial para prevenir comportamentos de risco.	A	B	C	D	E
47. Falar sobre prazer sexual é perigoso.	A	B	C	D	E
48. A educação sexual em meio escolar ajuda a formar o carácter e a moral dos jovens.	A	B	C	D	E
49. A educação sexual em meio escolar é um prolongamento da educação familiar.	A	B	C	D	E
50. A educação sexual em meio escolar visa uma melhoria da qualidade de vida dos jovens.	A	B	C	D	E
51. O sexo representa um perigo para os jovens.	A	B	C	D	E
52. A educação sexual em meio escolar é essencialmente prevenção de comportamentos de risco.	A	B	C	D	E
53. A educação sexual em meio escolar esclarece sobre o uso eficaz de todos os métodos contraceptivos.	A	B	C	D	E
54. A educação sexual em meio escolar permite o conhecimento do corpo humano.	A	B	C	D	E
55. A educação sexual em meio escolar deverá implementar o medo das consequências de uma vida sexual activa.	A	B	C	D	E
56. Deve existir preparação/formação especializada dos técnicos para a abordagem da educação sexual em meio escolar.	A	B	C	D	E
57. A educação sexual deve preservar certo tipo de ideais sociais, culturais e religiosos.	A	B	C	D	E
58. A educação sexual em meio escolar deve informar prioritariamente sobre os riscos associados à sexualidade.	A	B	C	D	E
59. A educação sexual em meio escolar deve ser avaliada.	A	B	C	D	E
60. A educação sexual em meio escolar aborda os perigos e os prazeres da sexualidade.	A	B	C	D	E
61. A educação sexual esclarece de forma a evitar comportamentos de risco.	A	B	C	D	E
62. Os jovens não têm capacidade para assumir uma sexualidade responsável.	A	B	C	D	E

Quais os conteúdos que devem e os que não devem estar incluídos num programa de Educação Sexual em meio escolar?

	Deve	Não deve
Aborto		
Abusos sexuais		
Adopção		
Amor		
Anatomia sexual e fisiologia sexual		
Aspectos históricos, culturais e sociais relacionados com a sexualidade		
Ciclo Menstrual		
Comportamentos sexuais		
Comunicação		
Conceito de sexualidade		
Contraceção		
Cuidados higiénicos com o corpo		
Diferenças e variedades sexuais		
Diferentes tipos de compromisso		
Diferentes tipos de relacionamento		
Erotismo		
Fecundação, gravidez e parto		
Fetichismo		
Identidade sexual e papel de género		
Incesto		
Infecções sexualmente transmissíveis		
Intimidade		
Linguagem verbal sobre a sexualidade		
Masturbação		
Mitos, Crenças e Tabus		
Mudança na puberdade		
Orientação sexual		
Papéis sexuais		
Pedofilia		
Pornografia		
Práticas sexuais		
Prazer		
Relações com pares		
Religião		
Saúde sexual e reprodutiva		
Violência e sexualidade		
Virgindade		
Vocabulário relacionado com a sexualidade		

Sem colocar em causa a confidencialidade das suas respostas, solicitamos alguns dados adicionais:

Sexo

Masculino

Feminino

Idade _____ anos

Identificação do(s) grupo(s) a que pertence:

▪Educadores de Infância

▪Professores do 1º Ciclo

▪Professores do 2ºe 3º ciclos e secundário de todas as áreas curriculares

▪Pais com filhos em idade escolar

▪Técnicos de Saúde

▪Outros profissionais de Acção Educativa

Zona de Residência _____

Tem alguma religião?

Sim

Não

Católica

Judaica

Protestante

Muçulmana

Outra

Praticante?

Sim

Não

Participa/participou em actividades relacionadas com a Educação Sexual?

Sim

Não

Confirme, por favor se não esqueceu de assinalar a sua opinião para as 62 afirmações com uma, e só uma cruz para cada uma delas.

MAIS UMA VEZ, MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

6.2. ANEXO 2 - ALPHAS DE CRONBACH

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

1.	VAR00001	Questão 1
2.	VAR00002	Questão 2
3.	VAR00003	Questão 3
4.	VAR00004	Questão 4
5.	VAR00005	Questão 5
6.	VAR00006	Questão 6
7.	VAR00007	Questão 7
8.	VAR00008	Questão 8
9.	VAR00009	Questão 9
0.	VAR00010	Questão 10
1.	VAR00011	Questão 11
2.	VAR00012	Questão 12
3.	VAR00013	Questão 13
4.	VAR00014	Questão 14
5.	VAR00015	Questão 15
6.	VAR00016	Questão 16
7.	VAR00017	Questão 17
8.	VAR00018	Questão 18
9.	VAR00019	Questão 19
0.	VAR00020	Questão 20
1.	VAR00021	Questão 21
2.	VAR00022	Questão 22
3.	VAR00023	Questão 23
4.	VAR00024	Questão 24
5.	VAR00025	Questão 25
6.	VAR00026	Questão 26
7.	VAR00027	Questão 27
8.	VAR00028	Questão 28
9.	VAR00029	Questão 29
0.	VAR00030	Questão 30
1.	VAR00031	Questão 31
2.	VAR00032	Questão 32
3.	VAR00033	Questão 33
4.	VAR00034	Questão 34
5.	VAR00035	Questão 35
6.	VAR00036	Questão 36
7.	VAR00037	Questão 37
8.	VAR00038	Questão 38
9.	VAR00039	Questão 39
0.	VAR00040	Questão 40
1.	VAR00041	Questão 41
2.	VAR00042	Questão 42
3.	VAR00043	Questão 43
4.	VAR00044	Questão 44
5.	VAR00045	Questão 45
6.	VAR00046	Questão 46
7.	VAR00047	Questão 47
8.	VAR00048	Questão 48
9.	VAR00049	Questão 49
0.	VAR00050	Questão 50

- 1. VAR00051 Questão 51
- 2. VAR00052 Questão 52
- 3. VAR00053 Questão 53
- 4. VAR00054 Questão 54
- 5. VAR00055 Questão 55
- 6. VAR00056 Questão 56
- 7. VAR00057 Questão 57
- 8. VAR00058 Questão 58
- 9. VAR00059 Questão 59
- 0. VAR00060 Questão 60
- 1. VAR00061 Questão 61
- 2. VAR00062 Questão 62

* * Warning * * * Determinant of matrix is close to zero: 1,476E-29

Statistics based on inverse matrix for scale ALPHA
are meaningless and printed as .

N of Cases = 136,0

em Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	3,7668	1,4118	4,7279	3,3162	3,3490	,5626

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR00001	229,1618	212,3588	,5016	.	,8236
VAR00002	229,1618	216,4773	,4209	.	,8261
VAR00003	228,9779	215,5477	,4394	.	,8256
VAR00004	229,9485	215,9010	,2851	.	,8277
VAR00005	229,4338	211,5808	,4759	.	,8236
VAR00006	228,9485	217,9307	,3327	.	,8274
VAR00007	230,2574	214,2222	,3091	.	,8271
VAR00008	229,5221	210,5625	,5256	.	,8225
VAR00009	229,2132	213,6209	,4945	.	,8242
VAR00010	229,8088	210,6891	,4198	.	,8242
VAR00011	228,8235	218,6501	,3203	.	,8278
VAR00012	229,6103	218,9507	,1623	.	,8304
VAR00013	229,8750	212,4954	,4310	.	,8245
VAR00014	229,6471	212,2597	,3960	.	,8250
VAR00015	229,4265	215,7279	,3370	.	,8267
VAR00016	229,7426	216,2814	,2488	.	,8285
VAR00017	230,9044	229,6871	-,2272	.	,8396
VAR00018	229,8676	212,7972	,3890	.	,8252
VAR00019	228,8162	215,7363	,4831	.	,8254
VAR00020	229,0147	218,8590	,2090	.	,8292
VAR00021	229,0000	216,3407	,4782	.	,8257
VAR00022	229,1471	214,4078	,3893	.	,8257
VAR00023	230,5882	221,4736	,0455	.	,8341
VAR00024	229,8382	215,8996	,2705	.	,8280
VAR00025	230,1838	213,5141	,3045	.	,8272
VAR00026	229,8382	217,8107	,2412	.	,8286
VAR00027	229,7206	219,6695	,1850	.	,8297
VAR00028	229,2574	213,3481	,5378	.	,8238
VAR00029	229,3971	214,1671	,4214	.	,8252
VAR00030	231,0882	221,3255	,0456	.	,8344
VAR00031	231,0956	223,4649	-,0035	.	,8336
VAR00032	230,2721	219,8291	,1377	.	,8309
VAR00033	230,6912	222,6150	,0260	.	,8333
VAR00034	229,2353	216,7590	,4309	.	,8262
VAR00035	229,3603	215,4174	,4821	.	,8252
VAR00036	229,4926	216,4148	,3582	.	,8267
VAR00037	230,6029	218,2264	,1549	.	,8311
VAR00038	229,0882	216,1551	,4903	.	,8256
VAR00039	229,2132	220,8949	,0961	.	,8317
VAR00040	232,1324	229,4194	-,2856	.	,8374
VAR00041	229,0882	216,1996	,4617	.	,8257
VAR00042	229,1544	215,1686	,3951	.	,8258

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR00043	229,5441	217,5092	,1799	.	,8304
VAR00044	229,3456	216,1389	,3564	.	,8266
VAR00045	229,3456	214,2575	,4641	.	,8248
VAR00046	229,2132	216,6875	,3525	.	,8268
VAR00047	229,3309	212,7564	,5265	.	,8235
VAR00048	231,5588	229,2706	-,2728	.	,8374
VAR00049	231,5000	230,1778	-,2794	.	,8388
VAR00050	229,3529	217,1486	,3863	.	,8267
VAR00051	229,6618	213,5588	,3485	.	,8262
VAR00052	231,1838	223,0400	-,0054	.	,8356
VAR00053	229,5368	216,0431	,3570	.	,8266
VAR00054	229,4412	219,2854	,2545	.	,8286
VAR00055	229,6985	212,7899	,3705	.	,8256
VAR00056	229,1176	219,7935	,2032	.	,8293
VAR00057	230,3529	230,2449	-,2309	.	,8408
VAR00058	231,0882	218,2736	,1740	.	,8303
VAR00059	230,3088	220,6150	,0762	.	,8331
VAR00060	229,8309	216,9712	,2785	.	,8279
VAR00061	229,3603	218,3211	,2784	.	,8281
VAR00062	229,7721	212,6069	,3734	.	,8255

Reliability Coefficients

62 items

Alpha = ,8308

Standardized item alpha = ,8566

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
R00001	63,5130	39,5717	,5173	,7442
R00003	63,3312	42,0269	,3557	,7571
R00007	64,5974	40,8957	,2725	,7635
R00008	63,8442	38,6814	,5522	,7401
R00010	64,1364	37,8048	,5124	,7414
R00013	64,2338	39,4744	,4543	,7478
R00019	63,1299	42,6758	,3178	,7597
R00027	64,0714	42,9818	,1859	,7673
R00028	63,6039	40,1101	,5309	,7451
R00031	65,4156	43,8000	,0710	,7767
R00040	66,4545	46,4456	-,1816	,7872
R00042	63,4805	40,7872	,4259	,7516
R00043	63,8831	41,9470	,1679	,7738
R00047	63,6883	39,4186	,5673	,7414
R00051	63,9870	38,7319	,4741	,7455
R00055	64,0390	39,9070	,3556	,7562
R00060	64,1623	43,2741	,1349	,7713
R00062	64,1104	38,0204	,5154	,7414

Reliability Coefficients

Number of Cases = 154,0

N of Items = 18

Alpha = ,7673

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
AR00005	33,4740	11,7542	,2266	,4778
AR00009	33,2792	12,1634	,2635	,4721
AR00022	33,2597	11,0563	,3621	,4364
AR00029	33,4610	12,4854	,1593	,4960
AR00033	34,7727	11,6931	,2429	,4730
AR00037	34,7143	10,3492	,3651	,4264
AR00048	35,5909	13,2629	,0255	,5249
AR00050	33,4286	13,8151	-,0713	,5370
AR00052	35,2662	11,3862	,1777	,4978
AR00053	33,5844	13,3686	-,0030	,5322
AR00058	35,1429	10,5154	,4003	,4181

Reliability Coefficients

Number of Cases = 154,0

N of Items = 11

Alpha = ,5083

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
AR00011	41,2581	13,1927	,3702	,5946
AR00012	42,0194	12,3178	,2943	,6022
AR00014	42,0452	13,1603	,1441	,6378
AR00016	42,1419	12,1356	,3197	,5961
AR00018	42,2645	11,3646	,4305	,5676
AR00020	41,4645	12,7828	,2865	,6033
AR00034	41,6839	13,5033	,2615	,6094
AR00036	41,8839	12,8695	,3367	,5950
AR00039	41,6194	13,3022	,1578	,6309
AR00044	41,7548	13,1733	,2506	,6102
AR00056	41,5419	12,8473	,3664	,5908

Reliability Coefficients

N of Cases = 155,0

N of Items = 11

Alpha = ,6266

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
R00002	46,9236	15,3659	,4172	,7612
R00006	46,7197	16,1645	,2294	,7792
R00015	47,1847	14,5746	,3981	,7648
R00021	46,7834	15,2349	,5089	,7537
R00024	47,5478	14,2108	,3983	,7672
R00035	47,1338	15,5910	,3348	,7693
R00038	46,8662	14,9884	,5762	,7477
R00041	46,8344	14,8698	,5876	,7461
R00045	47,0828	15,2046	,3799	,7650
R00046	46,9554	14,9916	,4383	,7586
R00054	47,2293	15,4086	,4074	,7621
R00061	47,1019	15,1049	,4337	,7592

Reliability Coefficients

Number of Cases = 157,0

N of Items = 12

Alpha = ,7767