

## AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE EDUCAÇÃO SEXUAL NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Susana Marinho<sup>1</sup>

Zélia Anastácio<sup>2</sup>

Graça Carvalho<sup>2</sup>

### INTRODUÇÃO

Os estudos na área da saúde apresentam bastante relevância, sobretudo depois da Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978), saída da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, onde se refere que o mais importante objectivo à escala mundial é alcançar o mais elevado nível de saúde.

Da Primeira Conferência sobre Promoção da Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1986, resultou um documento – Carta de Ottawa – que menciona a promoção da saúde como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde no sentido de a melhorar. [Assim] para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio” (OMS, 1986: 1)

Mais recentemente, em 2002, a mesma organização, no seu relatório “Reduzindo riscos e promovendo uma vida saudável” (OMS, 2002), apresenta a importância da promoção de comportamentos ligados à saúde e da identificação e prevenção dos factores de risco que são responsáveis por um terço das mortes no mundo e que incluem sexo não protegido, o consumo de substâncias psicoactivas e a obesidade. Estas situações estão, muitas vezes, associadas a acidentes, violência (social e doméstica), abusos de carácter sexual (sobre pares e sobre menores), suicídio e outras agressões auto-infligidas, a alienação escolar, profissional e social.

Segundo Tones e Tilford (1994:11):

*“A Educação para a Saúde é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida.”*

Tendo presentes estes aspectos, verifica-se que as escolas são locais privilegiados que em muito podem contribuir para a saúde e bem-estar dos jovens, por meio de projectos de Educação para a Saúde, uma vez que a maior parte do seu dia é passada nestes estabelecimentos de ensino, onde estão em permanente contacto com os seus pares.

<sup>1</sup>Doutoranda em Estudos da Criança - Instituto de Educação - Universidade do Minho

<sup>2</sup>Instituto de Educação – Universidade do Minho, CIFPEC

Assim, durante os últimos vinte anos têm sido desenvolvidos diferentes programas de educação para a saúde em meio escolar. Em Portugal, o Ministério da Educação definiu, por Despacho do Senhor Secretário de Estado da Educação de 27 de Setembro de 2006, as áreas prioritárias de intervenção: a) Alimentação e actividade física; b) Consumo de substâncias psicoactivas; c) Sexualidade; d) Infecções sexualmente transmissíveis, designadamente VIH-SIDA; e) Violência em meio escolar.

Já mais recentemente, a temática da Educação Sexual (ES) em Meio Escolar foi novamente alvo de regulamentação (Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto e Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril), a qual voltou a reforçar a sua obrigatoriedade desde o 1º até ao 12º ano de escolaridade.

Segundo o Grupo de Trabalho em Educação Sexual (GTES, 2007), a opção pela inclusão da sexualidade na área da saúde não a pretende reduzir a uma visão mecanicista, biológica e sanitarista. Antes, procura sublinhar o carácter fenomenológico, holístico e cultural de um conceito abrangente de saúde, tal como tem vindo a ser apresentado e proposto pela OMS, desde o final da década de 70, quando este conceito se alargou, passando a incluir (GTES, 2007:6):

*“além de aspectos biológicos, questões relacionadas com a percepção de competência e participação na vida social, com a sensação de pertença e apoio do grupo social, atribuindo às relações interpessoais um papel de importância reforçada”.*

Assim, a Educação Sexual deve procurar não só atenuar os comportamentos de risco, tais como a gravidez não desejada e as doenças sexualmente transmissíveis, mas também promover a qualidade das relações interpessoais, a qualidade da vivência da intimidade e a contextualização destas na sua raiz cultural e socio-histórica.

Uma questão que também se impõe é conhecer as necessidades de formação dos professores, para que a ES se concretize como legislado e os motive em direcção à modificação das suas concepções (Anastácio, 2007).

Também Kirby e seus colaboradores (2006) se referem à importância da formação dos professores nesta área e ao envolvimento dos jovens na planificação dos projectos de ES de que serão o público-alvo. No entanto, estes factores de sucesso dos projectos de Educação Sexual são muitas vezes negligenciados. Como refere Allen (2008), estes projectos são elaborados tendo por base a percepção que os adultos têm das necessidades dos jovens, o que nem sempre coincide com as reais necessidades destes. Também Mason (2010) afirma que os alunos de 10 e 11 anos do século XXI requerem uma Educação Sexual abrangente e interactiva, proporcionada através de uma pedagogia flexível que permita às crianças compreenderem as mudanças que enfrentam no que respeita aos seus corpos, relacionamentos e sexualidades.

Deste modo, é fundamental, conhecer as características que os projectos de ES devem manifestar para que a sua implementação conduza a efectivas mudanças comportamentais, numa perspectiva de promoção da saúde.

Assim, com este trabalho pretendemos analisar as características de Projectos de ES implementados em diversos países (África do Sul, Brasil, Canadá, Chipre, Escócia, Espanha, Estados Unidos da América, Holanda, Inglaterra, Itália, Portugal, Quênia, Rússia e Turquia) e perceber como estas contribuem para a sua eficácia, ou não, na promoção de mudanças de comportamentos de risco.

## METODOLOGIA

Considerou-se que, para este trabalho, a metodologia mais adequada seria a análise documental uma vez que, de acordo com Quivy e Campenhoudt (2003), é especialmente apropriada quando o investigador persegue objectivos de estudo de mudanças sociais e do desenvolvimento histórico, bem como da cultura, como é o caso do presente trabalho. No caso específico deste estudo, a análise documental serve-se de uma das vantagens apontadas por aqueles autores: aproveita a riqueza do material documental disponível, especificamente em bases de dados electrónicas.

A análise documental aplicada neste estudo desenvolveu-se em duas etapas. Durante a primeira procedeu-se à recolha de documentos, nomeadamente, artigos científicos que apresentavam o conteúdo e a avaliação de projectos de ES implementados em diversos países, e publicados a partir do ano 2000, inclusive. O material foi recolhido por procura em bases de dados bibliográficas electrónicas, tendo como palavras-chave de pesquisa “sexual education”, “sexual health”, “programs”, “projects” e “evaluation”. Selecionaram-se os artigos científicos que avaliavam projectos implementados em meio escolar e cujo grupo de intervenção incluía rapazes e raparigas. O corpus do presente estudo foi constituído por dezoito artigos, cuja listagem se encontra na penúltima secção do texto - Publicações analisadas.

De seguida, definiram-se as categorias de análise e procedeu-se à análise de conteúdo dos artigos seleccionados, recorrendo ao software de análise de conteúdo NVivo8.

Segundo Vala (2007), a análise de conteúdo é, actualmente, umas das técnicas mais comuns na investigação empírica realizada pelas diferentes ciências humanas e sociais. Do mesmo modo, Quivy e Campenhoudt (2003) referem que o lugar ocupado pela análise de conteúdo na investigação social é cada vez maior, pois permite tratar de forma metódica informações e testemunhos com um certo grau de profundidade e complexidade.

Uma análise de conteúdo tradicional, como a que aqui se apresenta, estrutura, à partida, as categorias e sub-categorias de análise. Parte de um quadro positivista lógico-dedutivo onde a teoria conserva o comando integral dos resultados da pesquisa (Guerra, 2006).

Assim, o processo analítico iniciou-se pela definição das categorias de análise tendo em conta os estudos de Kirby e colegas (2006) que, ao analisarem diversos projectos de ES, implementados por todo o mundo, identificaram dezassete características que estes devem possuir para que sejam realmente promotores da mudança de comportamentos considerados de risco. Os autores enquadraram estas características em três categorias: *i)*

as que se relacionam com o desenvolvimento do currículo; *ii*) as que se referem ao conteúdo do currículo; *iii*) e as que dizem respeito à implementação do currículo.

Assim, de acordo com estes autores, os programas mais eficazes foram os que envolveram uma equipa pluridisciplinar no *desenvolvimento do currículo*, consideraram as necessidades do grupo-alvo, utilizaram um modelo lógico de abordagem, desenvolveram actividades de acordo com os valores da comunidade e recursos disponíveis e realizaram testes piloto do mesmo.

Relativamente aos *conteúdos do currículo*, os autores verificaram que se focavam, pelo menos, num destes três objectivos: 1) prevenção do VIH; 2) prevenção de outras IST's; e/ou prevenção de gravidez não desejada - e sobre os comportamentos que conduzem aos objectivos definidos, bem como sobre situações que os promovem ou inibem. Além disso, salientavam os factores psicossociais que afectam os comportamentos procurando modificá-los. Eram, ainda, currículos que procuravam criar um ambiente seguro para os jovens participarem; que incluíam instruções directas sobre como mudar o comportamento e sobre factores de protecção; que empregavam métodos de envolvimento activo dos participantes e os ajudavam a personalizar a informação; que foram desenvolvidos para mudar comportamentos de risco e promover factores de protecção; que utilizavam actividades, métodos e mensagens comportamentais adequadas à cultura, idade e experiência sexual dos participantes; e que abordavam os tópicos numa sequência lógica.

No que respeita à *implementação do currículo* os autores aperceberam-se que os mais eficazes na mudança de comportamentos tinham o apoio das autoridades competentes e os educadores que os implementavam tinham formação específica. Além disso, promoviam as actividades necessárias para recrutar e manter os jovens no projecto e eram implementados com fidelidade ao projecto desenvolvido.

Da leitura dos artigos, emergiram quatro características não referidas por Kirby e colegas (2006) mas que incluímos na análise: envolvimento dos pais e encarregados de educação; actividades para trabalho de casa; tipo de educador (pares, professores ou técnicos); e educador sem formação específica.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados dezoito artigos que apresentavam a avaliação de projectos de ES implementados em países como África do Sul, Brasil, Canadá, Chipre, Escócia, Espanha, Estados Unidos da América, Holanda, Inglaterra, Itália, Portugal, Quénia, Rússia e Turquia. Da análise documental elaborada salientam-se, no quadro 1, as características gerais desses projectos.

Verificou-se que sete desses projectos analisados foram avaliados como eficazes na mudança de comportamentos, outros sete foram considerados parcialmente eficazes, dois foram avaliados como não eficazes e outros dois ainda estão a decorrer, embora o respectivo estudo piloto já tivesse sido avaliado como eficaz.

**Quadro 1.** Características gerais dos projectos analisados

País	Designação	Período de Implementação	Publicação	Nº de sessões	Duração	Idade do grupo-alvo	Avaliação
África do Sul	Stepping Stones	Mar 2003-Mar 2004	2008	13 sessões de 3h cada + 2 encontros	6 a 8 semanas	16-23 anos	Parcialmente eficaz
Brasil	PEAS Belgo	s/i	2009	NA	1 Ano lectivo	10-19 anos	Eficaz
Canadá	Protection Express Program	1999-2000	2004	s/i	150-180 minutos	14-16 anos	Eficaz
Canadá	s/i	2005	2008	5 sessões de 75 minutos	1 mês	13-15 anos	Eficaz
Chipre	s/i	Desde 2002	2008	15 sessões de 45 minutos	1 ano lectivo	12-14 anos	Não eficaz
Escócia	SHARE	s/i	2002	20 sessões	2 anos lectivos (10+10 sessões)	13-15 anos	Não eficaz
Espanha	s/i	2000-2001	2003	1 sessão de 60 a 90 minutos	60 a 90 minutos	14-17 anos	Parcialmente eficaz
EUA	RAPP	s/i	2001	10 (High School) ou 12 (Middle School) sessões	2 a 7 semanas	11-18 anos	Eficaz
EUA	Safer Choices	1993-1995	2004	20 sessões	2 anos lectivos (10+10 sessões)	14-15 anos	Parcialmente eficaz
EUA	Draw the Line/Respect the Line	1997-1999	2004	20 sessões	3 anos lectivos	11-13 anos	Parcialmente eficaz
Holanda	Long Live Love	1990 e reavaliado em 1999	2008	6 sessões de 50 minutos	s/i	13-15 anos	Eficaz
Inglaterra	RIPPLE	1998-1999	2004	3 sessões de 1h	s/i	13-14 anos	Parcialmente eficaz
Itália	s/i	Jan 1993-Jan 1994	2000	5 sessões de duas horas	s/i	14-21 anos	Parcialmente eficaz
Itália	s/i	s/i	2005	5 sessões de duas horas	s/i	18 anos (média)	Parcialmente eficaz
Portugal	s/i	1995-1998	2007	s/i	s/i	15-18 anos	Eficaz
Quénia	Primary School Action for Better Health	s/i	2010	NA	s/i	11-17 anos	Eficaz
Rússia	Useful Practice: Real Alternatives	s/i	2007	s/i	s/i	14-19 anos	Eficaz – a decorrer
Turquia	The Human Development Program for 12-14 Year Old Adolescents	s/i	2007	14 sessões de 40 minutos	s/i	12-14 anos	Eficaz – a decorrer

**Legenda** - s/i = sem informação; NA = não se aplica; PEAS Belgo = Programa de Educação Afetivo-Sexual; SHARE = Sexual Health and Relationships – Safe, Happy and Responsible; RIPPLE = Randomised Intervention of Pupil Peer-led Sex Education; RAPP = Rochester AIDS Prevention Project for Youth

Os projectos que foram avaliados como **eficazes** apresentavam as características assinaladas com X no quadro 2 abaixo. Pela observação deste quadro verifica-se que todos os projectos considerados eficazes foram implementados por educadores com formação específica na área. À excepção de um – Portugal – todos definiram objectivos muito claros de prevenção de IST's e gravidez indesejada. Na sua maioria, estes projectos foram desenvolvidos por uma equipa pluridisciplinar e incluíram actividades de envolvimento activo dos jovens.

**Quadro 2.** Características dos projectos avaliados como *eficazes*

	Quénia	Portugal	Holanda	EUA	Canadá2	Canadá	Brasil
<b>Desenvolvimento currículo</b>							
Equipa pluridisciplinar	X	X	X	-	X	-	X
Modelo lógico	-	-	-	-	X	-	-
Necessidades jovens	-	X	X	-	X	-	-
Teste-piloto	-	-	-	X	-	-	-
Valores e recursos	X	-	-	-	-	-	-
<b>Conteúdo currículo</b>							
Actividades adequadas	X	-	X	-	-	X	-
Actividades envolvimento	X	-	X	X	X	X	X
Ambiente seguro	-	-	-	X	-	-	X
Factores psico-sociais	X	X	-	X	-	X	-
Foco comportamentos	X	-	X	X	X	X	X
Instruções directas	X	X	-	-	X	-	-
Objectivos	X	-	X	X	X	X	X
Seqüência lógica	X	-	X	-	X	-	-
<b>Implementação currículo</b>							
Actividades recrutamento	-	-	-	-	-	-	-
Apoio autoridades	X	-	X	-	-	-	-
Fidelidade ao projecto	-	-	-	-	-	X	-
Educadores com formação	X	X	X	X	X	X	X
<b>Nº características promotoras de sucesso</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>6</b>
<b>Outras características</b>							
Educadores sem formação	-	-	-	-	-	-	-
Pares	-	-	-	X	X	X	-
Professores	X	X	X	X	-	-	X
Técnicos	-	-	-	X	X	-	X
Envolve pais	-	X	-	X	X	-	X
Trabalho de casa	-	-	-	X	-	-	-

Os projectos que foram avaliados como **parcialmente eficazes** apresentavam as características identificadas com X no quadro 3. Deste quadro destaca-se que todos os projectos considerados parcialmente eficazes definiram objectivos muito claros de prevenção de IST's e gravidez indesejada e incluíram actividades de envolvimento activo dos jovens. À excepção de um – Espanha – todos foram implementados por educadores com formação específica na área.

**Quadro 3.** Características dos projectos avaliados como *parcialmente eficazes*

	Itália2	Itália	EUA3	EUA2	Espanha	África do Sul	Inglaterra
<b>Desenvolvimento currículo</b>							
Equipa pluridisciplinar	-	X	-	X	-	X	X
Modelo lógico	-	-	-	X	-	-	-
Necessidades jovens	-	-	X	X	X	-	X
Teste-piloto	-	X	X	-	-	-	X
Valores e recursos	-	-	-	X	-	-	X
<b>Conteúdo currículo</b>							
Actividades adequadas	-	-	X	-	-	-	-
Actividades envolvimento	X	X	X	X	X	X	X
Ambiente seguro	-	-	-	-	-	-	-
Factores psico-sociais	X	-	X	X	X	-	-
Foco comportamentos	X	-	X	X	X	X	X
Instruções directas	-	-	-	-	-	-	-
Objectivos	X	X	X	X	X	X	X
Sequência lógica	X	-	X	X	X	X	-
<b>Implementação currículo</b>							
Actividades recrutamento	-	-	-	X	-	-	-
Apoio autoridades	-	X	-	X	-	-	-
Fidelidade ao projecto	-	-	-	-	-	-	-
Educadores com formação	X	X	X	X	-	X	X
<b>Nº características promotoras de sucesso</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>8</b>
<b>Outras características</b>							
Educadores sem formação	-	-	-	-	-	-	-
Pares	X	-	-	-	-	X	X
Professores	-	-	-	X	-	-	-
Técnicos	-	X	X	X	X	X	-
Envolve país	-	-	-	X	-	-	-
Trabalho de casa	-	-	-	X	-	-	-

No quadro 4 apresentam-se as características dos projectos avaliados como **não eficazes**. Observando este quadro destaca-se o projecto implementado na Escócia que, apesar de apresentar muitas das características definidas por Kirby e colegas (2006) como promotoras de sucesso, não foi avaliado como eficaz, pelas razões que serão apresentadas na discussão. Pelo oposto, o projecto implementado no Chipre não apresenta características promotoras de sucesso.

**Quadro 4.** Características dos projectos avaliados como *não eficazes*

	Escócia	Chipre
<b>Desenvolvimento currículo</b>		
Equipa pluridisciplinar	X	-
Modelo lógico	-	-
Necessidades jovens	-	-
Teste-piloto	X	-
Valores e recursos	X	-
<b>Conteúdo currículo</b>		
Actividades adequadas	-	-
Actividades envolvimento	X	-
Ambiente seguro	-	-
Factores psico-sociais	X	-
Foco comportamentos	X	-
Instruções directas	-	-
Objectivos	X	-
Sequência lógica	X	-
<b>Implementação currículo</b>		
Actividades recrutamento	-	-
Apoio autoridades	-	-
Fidelidade ao projecto	-	-
Educadores com formação	X	-
<b>Nº características promotoras de sucesso</b>	<b>9</b>	<b>0</b>
<b>Outras características</b>		
Educadores sem formação	-	X
Pares	-	-
Professores	X	X
Técnicos	-	X
Envolve pais	-	-
Trabalho de casa	-	-

O quadro 5 apresenta as características dos dois projectos que ainda estão a decorrer e cujo estudo piloto os avaliou como eficazes. Ambos incluem uma equipa pluridisciplinar, consideram as necessidades dos jovens, incluem actividades de envolvimento e apresentam objectivos claros.

**Quadro 5.** Características dos projectos, ainda a decorrer, avaliados como *eficazes* no estudo piloto

	Turquia	Rússia
<b>Desenvolvimento currículo</b>		
Equipa pluridisciplinar	X	X
Modelo lógico	X	-
Necessidades jovens	X	X
Teste-piloto	X	X
Valores e recursos	X	-
<b>Conteúdo currículo</b>		
Actividades adequadas	X	-
Actividades envolvimento	X	X
Ambiente seguro	-	-
Factores psico-sociais	X	-
Foco comportamentos	-	-
Instruções directas	-	-
Objectivos	X	X
Sequência lógica	X	-
<b>Implementação currículo</b>		
Actividades recrutamento	-	-
Apoio autoridades	-	X
Fidelidade ao projecto	-	-
Educadores com formação	-	X
<b>Nº características promotoras de sucesso</b>	<b>10</b>	<b>7</b>
<b>Outras características</b>		
Educadores sem formação	-	-
Pares	-	-
Professores	-	X
Técnicos	-	X
Envolve pais	X	X
Trabalho de casa	X	-

A observação dos quadros anteriores permite-nos perceber que dos dezoito projectos de Educação Sexual avaliados, sete foram considerados eficazes e sete parcialmente eficazes na promoção de mudanças de comportamento considerados de risco, contribuindo deste modo para a promoção da saúde dos jovens envolvidos.

As características que mais se destacam nestes projectos são a utilização de métodos que envolviam activamente os participantes; o foco em, pelo menos, um dos três objectivos identificados por Kirby e colegas (2006) como promotores de eficácia – 1) prevenção do VIH; 2) prevenção de outras IST's; e/ou 3) prevenção de gravidez não desejada; e serem implementados por educadores com formação específica. Estas características apareceram em treze dos catorze projectos avaliados como eficazes ou

parcialmente eficazes. Dez destes projectos também se focalizavam sobre os comportamentos que conduzem aos objectivos definidos, bem como sobre situações que os promovem ou inibem. Nove projectos envolveram uma equipa pluridisciplinar no desenvolvimento do currículo, como preconizam Broussouloux e Houzelle-Marchal (2006) acerca da elaboração de um projecto de educação para a saúde em meio escolar. Oito projectos foram abordados segundo uma sequência lógica, como aconselha a UNESCO (2009) e consideraram os factores psicossociais que afectam os comportamentos procurando modificá-los. Metade destes projectos considerou as necessidades dos jovens, aspecto já estudado por Allen (2005), aquando do desenvolvimento do seu currículo. Em cinco dos catorze projectos eficazes ou parcialmente eficazes houve envolvimento dos pais ou encarregados de educação no desenvolvimento do currículo ou na participação em actividades, como sugerem Walker e colegas (2003).

Os projectos foram considerados parcialmente eficazes se apenas atingiram alguns dos objectivos a que se propunham, como é o caso dos projectos implementados na África do Sul e em Espanha. Também foram considerados parcialmente eficazes os projectos que contribuíram para o conhecimento dos temas abordados mas não conseguiram demonstrar a mudança de comportamentos, como é o caso dos projectos implementados em Inglaterra e em Itália, uma vez que mais conhecimento não implica necessariamente mudança de comportamento (Bandura, 1986; Tones e Tilford, 1994). Para Bandura (1986) existe uma distinção entre a aprendizagem (aquisição de conhecimento) e o comportamento (execução observável desse conhecimento), pois pode-se dar o caso de não haver factores internos e/ou externos que impelem a não agir da forma que se aprende.

No entanto, dois projectos parcialmente eficazes em que não se verificaram mudanças de comportamentos incluíram intervenções por pares que, segundo Bandura (1986), são modelos próximos das características dos jovens alvo da intervenção. A falta de eficácia nestes casos pode ser explicada pelo facto da intervenção pelos pares não ter ido ao encontro das necessidades dos jovens (Stephenson *et al.*, 2004) ou, ainda de acordo com Bandura (1986), não serem imediatamente visíveis as consequências positivas dos comportamentos desejados.

Também se consideraram parcialmente eficazes os projectos que contribuíram para mudanças de comportamento entre os rapazes mas não entre as raparigas. Foi o caso de dois projectos implementados nos Estados Unidos da América e na África do Sul. Para Metzger e colegas (2003), parece que as raparigas necessitam de mais oportunidades para desenvolver competências, mais apoio para lidar com a coerção e um ambiente social mais favorável, para que projectos desta natureza possam ser verdadeiramente eficazes. Além disso, Jewkes e colegas (2006) são da opinião de que as raparigas jovens estão particularmente em risco de serem infectadas com VIH por homens mais velhos. Nestas relações a diferença de idades diminui o poder das raparigas. Também Marin e colegas (2003) consideram que a influência de namorados mais velhos pode contribuir para a falta de efeitos deste tipo de projectos nas raparigas. Kirby e colegas (2004) consideram que os rapazes têm, tipicamente, um controlo mais directo do que as raparigas sobre o uso do preservativo e, como tal, os projectos de ES que procuram promover o uso do

preservativo como meio de prevenção de IST's e de gravidez indesejada, poderão ser mais eficazes para os rapazes.

O projecto implementado na Escócia não foi eficaz, apesar de apresentar várias das características descritas por Kirby e colegas (2006) como promotoras da mudança de comportamentos considerados de risco. Ao que parece, tal aconteceu porque não houve fidelidade ao projecto inicial. Em várias escolas não foi possível implementar o número de sessões definidas (20) por falta de tempo. Além disso, também se verificou que alguns professores que tinham recebido uma formação inicial, de modo a adquirirem competências para implementar o projecto, deixaram a escola. Verificaram-se ainda dificuldades por parte de alguns professores na implementação de actividades que utilizavam o role-playing e, em muitos casos, o número de alunos por turma era o dobro do desejado para implementar o projecto com eficácia. Também se verificou que alguns professores modificaram o programa de tal modo que comprometeu o seu objectivo de mudar comportamentos.

Relativamente ao projecto implementado no Chipre não foi possível distinguir qualquer das características promotoras de eficácia definidas por Kirby e colegas (2006). Não existe um currículo sobre ES estruturado e padronizado; o acesso à educação e à informação sobre sexualidade, saúde e direitos sexuais e reprodutivos é limitado; e os educadores não têm formação específica para implementar este tipo de projectos.

Os projectos que estão a decorrer na Turquia e na Rússia partilham as principais características promotoras de eficácia ao nível do desenvolvimento e conteúdo do projecto. Embora o estudo piloto se tenha revelado eficaz, falta averiguar a eficácia da sua implementação.

## CONCLUSÃO E SUGESTÕES

A análise efectuada permite concluir que a implementação com sucesso de projectos de ES depende de inúmeros factores. No entanto, é mais provável que projectos que apresentem as características referidas por Kirby e colegas (2006) promovam com maior sucesso a mudança de comportamentos considerados de risco.

Além disso, parece ter ficado evidente que, na elaboração de projectos de ES, deve ter-se em consideração os motivos que conduzem à não-mudança de comportamentos de modo a que possam ser mitigados, para evitar situações como as verificadas nos Estados Unidos da América e na África do Sul, em que apenas uma parte do grupo-alvo - os rapazes - beneficiou com as intervenções realizadas.

Parece, também, que a formação dos educadores é mais relevante na promoção de mudança de comportamentos do que o seu tipo.

Pensamos ser de todo o interesse investigar se o envolvimento da família no desenvolvimento e na definição dos conteúdos do currículo dos projectos de ES poderá ser também um factor promotor de eficácia, visto que quatro dos sete projectos

considerados eficazes, bem como os projectos que estão a decorrer na Turquia e na Rússia, envolvem os pais dos jovens alvo das intervenções.

### PUBLICAÇÕES ANALISADAS

Andrade, H., Mello, M., Sousa, M., Makuch, M., Bertoni, N., Faúndes, A. (2009). Changes in sexual behavior following a sex education program in Brazilian public schools. *Cadernos de Saúde Pública*, 25 (5), pp.1168-1176.

Borgia, P., Marinacci, C., Schifano, P. (2005). Is peer education the best approach for HIV prevention in schools? Findings from a randomized controlled trial. *Journal of Adolescent Health*, 36, pp.508–516.

Caron, F., Godin, G., Otis, J., Lambert, L. (2004). Evaluation of a theoretically based AIDS/STD peer education program on postponing sexual intercourse and on condom use among adolescents attending high school. *Health Education Research*, Vol.19, pp.185-197.

Cok, F., Gray, L. (2007). Development of a sex education programme for 12-year-old to 14-year-old Turkish adolescents. *Sex Education*, Vol. 7, No. 2, pp. 127–141.

Coyle, K., Kirby, D., Marín, B., Gómez, C., Gregorich, S.(2004). Draw the Line/Respect the Line: A Randomized Trial of a Middle School Intervention to Reduce Sexual Risk Behaviors. *American Journal of Public Health*, Vol 94, No. 5, pp.843-851.

Donati, S., Medda, E., Spinelli, A., Grandolfo, M. (2000). Sex Education in Secondary Schools: An Italian Experience. *Journal of Adolescent Health*, 26, pp.303-308.

Fatsini, J., Simó, M., Forcadell, I., Llovería, A., Gavilán, L., Barbeta, E. (2003). Evaluation pre-post de una actividad preventiva de la infección por VIH dirigida a los adolescentes de las Comarcas del sur de Tarragona. *Revista Española de Salud Pública*, v.77, n.3, pp.373-382.

Ferguson, R., Vanwesenbeecka, I., Knijn, T. (2008). A matter of facts? and more: an exploratory analysis of the content of sexuality education in The Netherlands. *Sex Education*, Vol. 8, No. 1, pp.93–106.

Jewkes, R., Nduna, M., Levin, J., Jama, N., Dunkle, K., Puren, A., Duvvury, N. (2008). Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 337:a506.

Kirby, D., Baumler, E., Coyle, K., Basen-Engquist, K., Parcel, G., Harest, R., Banspach, S. (2004). The “Safer Choices” Intervention: Its Impact on the Sexual Behaviors of Different Subgroups of High School Students. *Journal of Adolescent Health*, 35, pp.442-452.

Lesta, S., Lazarusb, J., Essén, B. (2008). Young Cypriots on sex education: sources and adequacy of information received on sexuality issues. *Sex Education*, Vol. 8, No. 2,

pp.237–246.

Maticka-Tyndale, E., Wildish J., Gichuru, M. (2010). Thirty-month quasi-experimental evaluation follow-up of a national primary school HIV intervention in Kenya. *Sex Education*, Vol. 10, No. 2, pp.113–130.

Siegel, D., Aten, M., Enaharo, M. (2001). Long-term Effects of a Middle School– and High School–Based Human Immunodeficiency Virus Sexual Risk Prevention Intervention. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 155, pp.1117–1126.

Smyliea, L., Maticka-Tyndale, E., Boyd, D., Adolescent Sexual Health Planning Committee (2008). Evaluation of a school-based sex education programme delivered to Grade Nine students in Canada. *Sex Education*, Vol. 8, No. 1, pp.25–46.

Sousa, A., Soares, I., Vilar, D. (2007). Lessons learnt from a secondary school Sex Education Program in Portugal. *Sex Education*, Vol. 7, No. 1, pp. 35–45.

Stephenson, J., Strange, V., Forrest, S., Oakley, A., Copas, A., Allen, E., Babiker, A., Black, S., Ali, M., Monteiro, H., Johnson, A., the RIPPLE study team. (2004). Pupil-led sex education in England (RIPPLE study): cluster-randomised intervention trial. *Lancet*, 364, pp.338–46.

Stothard, B., Romanova, O., Ivanova, L. (2007). Recent developments in HIV/AIDS prevention for Russian adolescents. *Sex Education*, Vol. 7, No. 2, pp. 175–189.

Wight, D., Raab, G., Henderson, M., Abraham, C., Buston, K., Hart, G., Scott, S. (2002). Limits of teacher delivered sex education: interim behavioural outcomes from randomised trial. *British Medical Journal*, Volume 324, pp.1430–1435.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allen, L. (2008). “They Think You Shouldn’t be Having Sex Anyway”: Young People’s Suggestions for Improving Sexuality Education Content. *Sexualities*, Vol 11(5), pp. 573–594.

Allen, L. (2005). ‘Say everything’: exploring young people’s suggestions for improving sexuality education. *Sex Education*, Vol. 5, Nº 4, pp. 384–404.

Anastácio, Z. (2007). *Educação Sexual no 1º CEB: Concepções, Obstáculos e Argumentos dos Professores para a sua (não) Consecução*. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Minho.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Broussouloux, S., Houzelle-Marchl, N. (2006). *Éducation à la santé en milieu scolaire. Choisir, élaborer et développer un projet*. Saint-Denis : Éditions INPES.

Grupo de Trabalho em Educação Sexual (2007). *Relatório de Progresso*. Lisboa. Ministério da Educação.

Guerra, I. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso*. Cascais: Príncipia Editora.

Jewkes, R., Dunkle, K., Nduna, M., Levin, J., Jama, N., Khuzwayo, N. (2006). Factors associated with HIV sero-status in young rural South African women: connections between intimate partner violence and HIV. *The International Journal of Epidemiology*, 35, pp.1461-8.

Kirby, D., Laris, B., Roller, L. (2006). Sex and HIV Education. Programs for Youth: Their Impact and Important Characteristics. *Family Health International*, Scotts Valley.

Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto. Diário da República, 1.ª série, N.º 151.

Marin, B., Kirby, D., Hudes, E., Gomez, C., Coyle, K. (2003). Youth with older boyfriends and girlfriends: associations with sexual risk. In: Albert B, Brown S, Flanigan C, eds. *Too Much, Too Soon: The Sex Lives of Young Teens*. Washington, DC: The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.

Mason, S. (2010). Braving it out! An illuminative evaluation of the provision of sex and relationship education in two primary schools in England. *Sex Education*, Vol. 10, N.º 2, pp. 157–169.

Metzler, C., Biglan, A., Noell, J., Ary, D., Ochs, L. (2000). A randomized controlled trial of a behavioral intervention to reduce high-risk sexual behavior among adolescents in STD clinics. *Behavior Therapy*, 31, pp.27–54

OMS – Organização Mundial de Saúde (1978). Declaração de Alma-Ata. “*Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*”.

[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf) (acedido em 11/09/2010).

OMS – Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de Ottawa. “*Primeira Conferência sobre Promoção da Saúde*”. <http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf> (acedido em 11/09/2010).

OMS – Organização Mundial de Saúde (2002). “*Reducing Risks, Promoting healthy Life*”. <http://www.who.int/whr/2002/en/> (acedido em 11/09/2010).

Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril. Diário da República, 1.ª série, N.º 69.

Quivy, R., Campenhout, L. (1992). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. 1ª edição. Lisboa: Gradiva.

Tones, K., Tilford, S. (1994). *Health education - effectiveness, efficiency and equity*. (4ª Ed.) London: Chapman & Hall.

UNESCO. (2009). *International Technical Guidance on Sexuality Education. An evidence-informed approach for schools, teachers and health educators*. Paris: UNESCO.

Vala, J. (2007). A análise de Conteúdo. In A. S. Silva e J. M. Pinto (orgs.).

*Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.

Walker, J., Green, J., Tilford, S. (2003). An evaluation of school sex education team training. *Health Education*, Vol. 103, N° 6, pp.320-329.