



EDUCAÇÃO SEXUAL NA INFÂNCIA, PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA O FUTURO: IDENTIFICAÇÃO DE CONCEPÇÕES DE PROFESSORES DE 1.º CEB

Zélia Caçador Anastácio¹ & Graça Simões de Carvalho²

Resumo

Sendo a Educação Sexual (ES) parte integrante da Promoção da Saúde a sua implementação na prática pedagógica revela-se condicionada por concepções dos professores. Com o presente estudo pretendeu-se identificar concepções de professores de 1.º CEB acerca da ES, para o que se seguiu uma metodologia mista, aplicando-se um questionário, confrontando-se opiniões em debate e realizando-se grupos de foco. Os resultados do questionário indicaram que os professores acreditam na ES, sobretudo para: aumentar os conhecimentos sobre sexualidade; facilitar o diálogo dos jovens com os pais; e desenvolver competências pessoais e sociais. Nas discussões argumentos favoráveis à ES foram: saber lidar com o corpo, prevenir infeções sexualmente transmissíveis (IST) e gravidez adolescente; aceitar diferentes orientações sexuais e, futuramente, aceitar o sexo com naturalidade.

Palavras-chave

Educação sexual; promoção da saúde; concepções.

INTRODUÇÃO

A Educação Sexual é parte integrante dos conteúdos de Promoção e Educação para a Saúde, expressos não só nas políticas educativas portuguesas (GTES, 2005) como também nas de outros países. Veja-se, por exemplo, a França, que publicou dois documentos legais para sua orientação³; a Inglaterra que a incluiu no *Personal, Social and Health Education – PHSE* – (Atkinson, 2002; Thomas & Jones, 2005), denominando-a *Sex and Relationship Education – SRE* – (Walker *et al.*, 2003; Corteen, 2006; Maxwell, 2006; Strange *et al.*, 2006); e a Austrália que a situou no *Personal Development, Health and Physical Education – PDHPE* – a partir da escola primária (Milton, 2003).

Vários autores têm desenvolvido investigação em educação sexual e salientado o seu valioso contributo para promover o bem-estar e a saúde dos indivíduos, do mesmo modo que têm referido a importância dos modelos socio-ecológicos e a necessidade de incluir este processo educativo na escola a partir da infância.

Colpin (2006) defendendo uma abordagem abrangente para um aconselhamento eficaz e preventivo face ao vírus da imunodeficiência humana (VIH), atribui bastante relevância aos modelos ecológicos, concebendo o comportamento sexual humano em função da interação de factores individuais, relacionais e sociais. Afirma que a educação para o sexo seguro e o uso eficaz de contraceptivos é um processo que deve começar em tenra idade e continuar o seu desenvolvimento ao longo da vida, assentando numa perspectiva positiva e de *empowerment*.

1. Universidade do Minho – IEC. zeliaf@iec.uminho.pt

2. Universidade do Minho – IEC. graca@iec.uminho.pt

3. *Circulaire n.º 98-108 du 1er Juillet 1998 relative à la prévention des conduites à risque et au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté; Circulaire n.º 98-237 relative aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège.*



Ao estudar as atitudes e experiências de jovens em relacionamentos sexuais e íntimos, Maxwell (2006) constatou que no grupo de pares a necessidade de protecção e companheirismo, assim como relacionamentos negativos anteriores, influenciavam diversamente as experiências dos jovens no início da adolescência, pelo que sugeriu que as mesmas fossem consideradas no desenvolvimento de programas de educação sexual e para os relacionamentos na escola. À guisa de recomendação, a autora afirma que se a educação sexual tenciona fazer algo mais do que dar informação sobre prevenção da gravidez na adolescência e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e ajudar os jovens na tomada de decisões informadas, deve considerar uma abordagem contextual. Afirma também que um programa de “educação sexual e para os relacionamentos” pode constituir um valioso contributo para promover a saúde sexual e o bem-estar dos jovens no futuro, ao ajudá-los a reflectirem sobre os factores que influenciaram as suas experiências sexuais anteriores, ao facultar-lhes uma avaliação crítica sobre as suas actuais atitudes e ao trabalhar conjuntamente com eles para desenvolver aspirações e praticar competências relevantes.

Ajuwon e colegas (2004), que realizaram um estudo sobre as consequências da coerção sexual e violação de oito raparigas adolescentes, na Nigéria, consideram a educação para a sexualidade necessária para que os rapazes, através de programas educacionais, sejam sensibilizados para a equidade e igualdade entre os géneros e aprendam que qualquer forma de coerção é sempre inaceitável, do mesmo modo que devem aprender competências de comunicação e de resolução de conflitos que os capacitem para relacionamentos saudáveis com as suas parceiras. Relativamente às raparigas, dizem que estas necessitam de programas que as capacitem para reconhecerem e evitarem uma situação de risco, assim como para aprenderem sobre os recursos de auxílio adulto de que dispõem no caso de uma situação ameaçadora.

Num trabalho sobre programas de prevenção de violência sexual (e doméstica) com jovens no Estado de Carolina, Fay e Medway (2006) afirmam que os professores precisam de saber identificar tais alunos bastante cedo, para os convencer do valor da intervenção preventiva muito antes da violação se concretizar, sendo este um dos maiores desafios para a educação sexual.

Já o trabalho de Kirby e colegas (1979), analisando o impacto de programas escolares de educação sexual, tinha levado os investigadores a concluir que os mesmos deveriam incluir uma variedade de tópicos além da reprodução, nomeadamente, contracepção, multiplicidade de actividades sexuais, aspectos sociais e emocionais da actividade sexual, clarificação de valores, desenvolvimento de destrezas de relacionamento pessoal e social e a elevação da auto-estima.

No que concerne à auto-estima e à satisfação com a imagem corporal, estas podem ser determinantes de comportamentos sexuais e são influenciadas pela família, pelos pares e pelos *media* (Grogan, 2006).

Pinheiro e Giugliani (2006) ao estudarem a insatisfação com a imagem corporal, e os factores associados, em crianças de 8 a 11 anos, no Brasil, constataram que mais de 80% estavam insatisfeitas com a sua imagem corporal, querendo ser mais magras, sendo as crianças mais insatisfeitas as que tinham também mais baixa auto-estima e aquelas que pensavam que as expectativas de seus pais e amigos eram de que elas fossem mais magras. Perante estas concepções das crianças, os autores julgaram que uma exposição precoce a imagens sexuais pelos *media* pode conduzir a erotização prematura, acelerando concepções que são mais características da adolescência. Os autores consideraram que estes dados eram suficientes para motivar os profissionais de saúde, os professores e os pais para avaliarem o efeito da forma e do peso corporal na preocupação de crianças pré-púberes e formular estratégias para promover um elevado nível de satisfação corporal



entre as crianças.

Também Stock e colegas (2004) que estudaram as percepções sobre a forma corporal de jovens universitários, através do Índice de Massa Corporal (IMC), tendo como consequências desordens alimentares, sugerem que enquanto a prevenção da bulimia nervosa pode ser feita durante o ensino secundário e universitário, a prevenção da anorexia nervosa deve ter lugar durante a infância já que esta patologia começa na adolescência inicial.

Um aspecto mais amplo do qual fazem parte a auto-estima e a auto-confiança é o auto-conceito (Gallahue & Ozmun, 2001). Hergovich e colegas (2004) ao estudarem diferenças de género no auto-conceito de crianças pré-adolescentes, na Áustria, afirmam que estas diferenças são notórias entre os seis e os dez anos, podendo começar pelos cinco anos, e que podem ser atribuídas a estereótipos e a papéis de género. No seu estudo, os autores constataram que os rapazes apresentavam auto-conceito significativamente mais elevado que as raparigas nos aspectos não académicos: habilidades físicas, aparência física, relação com os pares e relação com os pais. Também verificaram que para as raparigas a avaliação dos professores e dos pais faziam parte dos melhores determinantes do seu auto-conceito geral.

Scriven e Stiddard (2003), ao reflectirem sobre o conceito de *empowerment* nas escolas, afirmaram que a construção de uma auto-estima positiva proporciona aos jovens a oportunidade de desenvolverem auto-eficácia positiva e a sua crença na capacidade de controlar vários aspectos da sua vivência educacional e da sua vida.

Vários autores defendem que a auto-estima positiva tende a minimizar comportamentos desviantes e comportamentos sexuais de risco, tal como parece contribuir para a saúde em geral, e para uma sexualidade saudável, em particular. Por exemplo, Gobitta e Guzzo (2002) referem que a gravidez precoce, assim como o consumo de drogas, a delinquência e o fracasso escolar se relacionam com baixa auto-estima. Desta forma, revela-se interessante incluir várias instituições no processo de construção do bem-estar dos seus jovens, não apenas na adolescência, mas antes, a partir da infância. Esta ideia é corroborada por Hayes (1995) que, num trabalho sobre educação sexual na infância, afirma que as crianças que têm uma boa imagem corporal a partir dos primeiros anos são mais capazes de tomar decisões positivas e saudáveis quanto ao seu bem-estar ao longo da vida. Este autor diz ainda que a promoção da auto-estima é uma prioridade para garantir a protecção das crianças e dos jovens, pelo que deve começar em tenra idade.

Ao sugerir a parceria entre os pais e a escola de 1.º Ciclo de Ensino Básico (1.ºCEB) com vista ao sucesso das crianças, Haffner (2005) explica que a formação da auto-estima durante os primeiros anos escolares está intimamente relacionada com a auto-estima em idade mais avançada e até no estado adulto, pelo que se as crianças se sentem bem consigo próprias têm maior tendência para serem bem sucedidas e se sentirem felizes, do mesmo modo que é menos provável que se deixem influenciar pela pressão exercida pelos pares e que se venham a envolver em comportamentos de risco, tais como relações sexuais desprotegidas. Esta educadora sexual também refere que desenvolver a capacidade de sentir empatia e tomar boas decisões faz parte das bases da saúde sexual adulta. Assim, a autora considera ser importante conceder à criança em idade de 1.ºCEB oportunidades de tomada de decisão, para ajudar a criança a compreender que todas as decisões têm consequências e que as suas acções afectá-la-ão a ela e aos outros.

A reforçar esta ideia, Milton (2003) diz que a escola de 1.º CEB é o local ideal para ajudar a fornecer conhecimento e a desenvolver atitudes e competências que apoiem a saúde sexual.

Importante para este processo é a advertência de Cash e colegas (2001), que deram



formação no Bangladesh, em meio rural, e concluíram que para implementar um programa de educação para a saúde sexual é preciso captar as experiências pessoais e transformar essa informação para a integrar no programa a fim de mudar crenças, atitudes e comportamentos. Esta ideia vai de encontro à mudança do modelo Knowledge-Attitude-Behaviour (KAB), concebendo que bastava conhecimento (K) ou informação para adoptar atitudes (A) e comportamentos saudáveis (B), para os mais actuais modelos socio-ecológicos, que consideram também as experiências dos indivíduos inseridos no seu meio (Navarro, 2000).

Estes últimos modelos baseiam-se na compreensão dos factores psico-sociais que afectam um mesmo problema e a relação desses factores entre si; no conhecimento de intervenções anteriores que tenham sido eficazes com diversos grupos populacionais e culturais; e na tomada de consciência do contexto organizacional, comunitário e cultural em que os programas de intervenção terão eficácia (McLeroy, 1993).

A consideração destes modelos de promoção da saúde, particularmente da saúde sexual ou da sexualidade saudável, reveste-se de especial interesse no trabalho com os professores de 1.ºCEB e pode ajudar a perceber por que motivo não só o conhecimento científico, mas também outras representações mentais e sociais interferem com a sua prática pedagógica em matéria de educação sexual, nomeadamente a concepção de que este processo deva ser da responsabilidade da família ou dos técnicos de saúde (Anastácio *et al*, 2005a; Anastácio, 2007), estando estes já contemplados nas parcerias estabelecidas pela Escola Promotora de Saúde.

Assim, o objectivo geral do presente trabalho consiste em:

- Aprofundar o conhecimento das concepções dos professores de 1.º CEB acerca da Educação Sexual.
- Como objectivos específicos enunciam-se os seguintes:
- Conhecer a percepção dos professores de 1.º CEB sobre o contributo da ES para a promoção da saúde;
- Identificar os factores contextuais (individuais e socioculturais) inerentes aos professores que interferem com as suas concepções;
- Apurar os argumentos dos professores de 1.º CEB para abordarem (ou não) a ES na escola.

METODOLOGIA

Para aprofundar o conhecimento das concepções dos professores de 1.ºCEB em matéria de educação sexual optou-se por uma combinação de métodos quantitativos e métodos qualitativos, seguindo-se uma abordagem dialógica (Brown & Dowling, 1998). Iniciou-se com a aplicação de um questionário, ao que se seguiram a realização de um debate e de cinco grupos de foco.

O questionário, com características metodológicas quantitativas e transversais, era constituído por 25 questões (sendo 12 correspondentes a variáveis dependentes e 13 a variáveis independentes ou factores) e tinha como objectivo obter um conhecimento generalizado das percepções dos professores de 1.º CEB. Foi construído com base em dados da literatura (Anastácio & Carvalho, 2002; CCPES *et al.*, 2000, Vaz *et al*, 1996; Teixeira, 1999; Walker *et al.*, 2003), validado através de um teste piloto aplicado a 38 professores, tendo-se aplicado o Alpha de Cronbach para estimar a fiabilidade e consistência interna das escalas e obtido valores aceitáveis ($\alpha > 0,72$). Posteriormente foi aplicado a uma grande amostra, considerada amostra de conveniência pois envolveu a



escolha dos indivíduos mais próximos para respondentes e a continuação do processo até perfazer o tamanho desejado (Cohen & Manion, 1994). A amostra ficou constituída por 486 indivíduos, sendo caracterizada como consta na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da amostra em percentagens e por sexo.

	Feminino (n=426)	Masculino (n=58)		Feminino (n= 426)	Masculino (n=58)
Idade (M±DP)	43,35±8,14	41,63±9,38	Tempo de serviço (M±DP)	21,36±9,07	18,34±9,47
Estado civil	%	%	Religião	%	%
Solteiro	13,9	20,7	Católica	97,3	88,9
Casado	72,1	70,7	Outra	0,7	1,9
Divorciado	11,6	6,9	Nenhuma	1,9	9,3
Viúvo	2,4	1,7	Prática religiosa		
Habilitação			Muito	4,1	3,8
Magistério	33,6	20,7	Moderadamente	51,6	44,2
Bacharelato	16,0	19,0	Pouco	38,0	42,3
CESE	17,4	22,4	Nada	6,3	9,6
Complemento	21,4	12,1	Ter filhos		
Licenciatura	11,0	25,9	Sim	80,6	75,4
Mestrado	0,7	0,0	Não	19,4	24,6
Área de residência			Área de trabalho		
Rural	13,4	19,3	Rural	35,2	41,1
Suburbana	22,5	21,1	Suburbana	24,9	23,2
Urbana	64,0	59,6	Urbana	39,9	35,7
Formação contínua			Formação esporádica		
Sim	11,2	17,5	Sim	31,0	37,5
Não	88,8	82,5	Não	69,0	62,5

M = Média; DP = Desvio Padrão; n = número de sujeitos

Neste trabalho, dos dados do questionário, apresentam-se apenas os referentes à variável dependente “Contributo da educação sexual para a promoção da saúde futura das actuais crianças” constituída por vinte e quatro itens e para a qual se definiu uma escala de 5 scores ($\alpha=0,97$): M = muitíssimo, B = bastante, R = razoavelmente, P = pouco, N = nada. Os dados foram tratados estatisticamente através do programa SPSS (versão 13.0), tendo-se começado por uma análise descritiva e seguindo-se uma análise inferencial com a aplicação do teste *t* de Student para comparar dois grupos e do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis (incluindo o teste de Mann-Whitney com a correcção de Bonferroni para efectuar manualmente as múltiplas comparações), para comparar três ou mais grupos. O nível de significância estabelecido foi de 0,050 e os valores apresentados já são corrigidos.

A técnica de debate, utilizada para aprofundar o conhecimento das concepções, possibilitou o confronto de opiniões divergentes e o apuramento de alguns argumentos a favor ou contra a educação sexual na escola de 1.º CEB. Incluíram-se quatro professores, conhecendo as suas opiniões *a priori*, assim como a sua capacidade de afirmar os seus argumentos, tal como esta técnica exige (Clément *et al*, 2004). Com o mesmo objectivo, seguiu-se depois a técnica de grupos de foco, tendo-se constituído cinco grupos obedecendo a critérios de homogeneidade *versus* heterogeneidade, para os factores sexo, idade e tempo de serviço. As discussões iniciaram-se a partir de uma questão geradora de



debate como é recomendado (Clement, *et al*, 2004). A nossa questão geradora foi “*Porque é tão difícil implementar a educação sexual nas nossas escolas?*” Os dados resultantes destas duas técnicas foram áudio gravados durante as discussões, com autorização prévia dos participantes, seguidamente transcritos e depois analisados seguindo o método dos termos *pivot* (Harris, 1952; Jacobi 1987; 1988) que consiste em três etapas: a) sublinhar cada ocorrência do termo *pivot* e das suas reformulações, para obter uma listagem dos mesmos; b) analisar a frase ou parte da frase que contém o termo *pivot*, para identificar os seus atributos, ou seja, para especificar o seu significado com base nessas associações; c) procurar se outros termos possuem os mesmos atributos no texto.

Da análise das categorias emergentes reflectindo as concepções dos professores, assim como do tipo de intervenção que os participantes foram tendo no decurso da discussão, partiu-se depois para a análise da argumentação (Clément, 2002). Aqui apresenta-se como exemplo o resultado da análise dos termos “saúde” no debate e “educação sexual” num grupo de foco (GF-2). No entanto, são discutidos os dados referentes a estes termos, que foram analisados na globalidade dos grupos.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Os resultados do questionário indicam que a maioria dos professores de 1.ºCEB que integraram a amostra consideraram que a educação sexual contribui sobretudo para: aumento dos conhecimentos sobre sexualidade; facilidade de dialogar com os pais sobre sexualidade; autoconhecimento; desenvolvimento da capacidade de agir perante situações de risco; autoconfiança; e auto-estima positiva. Na Tabela 2 apresentam-se as percentagens obtidas em cada *score*, bem como a média (M) de cada item e o respectivo desvio padrão (DP). O item “Actividade sexual precoce” foi utilizado como distractivo, o que permite explicar que o seu valor médio seja o mais baixo de todos, como se esperava.

Tabela 2. Percentagens (%) e médias (M) para Contributo da Educação Sexual para a Promoção da Saúde futura das actuais crianças (CESPS).

	M	B	R	P	N	M±DP
a) Aumento dos conhecimentos sobre sexualidade	20,0	37,2	29,0	10,9	0,6	3,67±0,95
b) Desenvolvimento da capacidade de pesquisar informação sobre sexualidade	9,1	37,0	32,9	15,4	2,3	3,36±0,94
c) Desenvolvimento da capacidade de tomar decisões	11,5	32,3	33,1	16,5	4,1	3,31±1,02
d) Desenvolvimento de competências de relacionamento interpessoal	13,4	40,1	30,7	9,7	2,5	3,54±0,94
e) Desenvolvimento da capacidade de agir perante situações de risco	19,8	36,6	27,8	10,5	1,4	3,65±0,97
f) Desenvolvimento de atitudes de aceitação de diferentes condutas sexuais	10,7	31,9	33,3	14,0	6,2	3,28±1,05
g) Facilidade de dialogar com os pais sobre sexualidade	20,4	38,9	26,1	9,9	2,1	3,67±0,99
h) Capacidade de resistir a pressões dos pares ou amigos	15,8	34,4	32,5	12,3	1,6	3,52±0,97
i) Equilíbrio emocional	17,1	35,2	34,0	10,3	1,4	3,57±0,95
j) Respeito pelo outro e compromisso mútuo	18,9	33,7	31,7	10,7	1,9	3,59±0,99
k) Gratificação mútua e realização pessoal	12,8	32,9	34,4	13,4	2,9	3,41±0,98
l) Sexualidade responsável	18,9	35,2	25,9	11,3	5,1	3,53±1,10
m) Adiamento do início da actividade sexual	11,3	27,0	32,3	16,0	9,1	3,16±1,13
n) Prevenção da gravidez na adolescência	22,6	29,0	26,3	13,0	4,5	3,55±1,13
o) Utilização eficaz de contracepção	17,9	29,4	29,0	12,8	7,0	3,40±1,15



p) Adopção de comportamentos de «sexo seguro»	17,5	30,7	27,8	11,1	8,4	3,39±1,17
q) Autoconhecimento	19,1	39,7	27,8	7,4	2,9	3,67±0,97
r) Autoconfiança	17,9	38,7	29,0	9,7	1,4	3,64±0,94
s) Auto-estima positiva	17,3	37,7	30,0	10,1	1,6	3,61±0,95
t) Satisfação com a imagem corporal	13,0	36,2	34,8	9,1	2,9	3,49±0,94
u) Actividade sexual precoce	5,1	16,3	32,1	26,3	14,4	2,70±1,09
v) Diminuição de comportamentos sexuais de risco	14,8	30,7	30,9	13,2	5,8	3,37±1,09
w) Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis	18,3	34,2	26,5	11,9	4,9	3,51±1,09
x) Sexualidade saudável	18,9	33,3	28,2	10,5	5,1	3,52±1,09

O grupo de professores do **sexo** masculino obteve médias superiores ao grupo do sexo feminino na quase totalidade dos itens, exceptuando-se apenas “Adiamento do início da actividade sexual” e “Utilização eficaz de contracepção” onde se verificou o contrário. Com a utilização do teste *t* de Student observaram-se diferenças significativas em três itens, que constam na Tabela 3.

A frequência de acções de **formação contínua** evidenciou alguma influência nas percepções dos professores quanto à variável CESPS, na medida em que o grupo dos que frequentaram este tipo de acções atingiu média superior ao grupo dos que não frequentaram em todos os itens, embora as diferenças tenham significado estatístico apenas em cinco itens (Tabela 3).

Para a frequência de acções de **formação esporádica** a tendência foi a mesma que para o tipo de formação anterior. O grupo que fez formação esporádica obteve média superior ao grupo que não fez tal formação em quase todos os itens, exceptuando-se apenas o item “prevenção da gravidez na adolescência”, onde a média foi igual nos dois grupos. As diferenças significativas constataram-se em quatro itens, os quais também se revelaram significativos para o factor anterior (Tabela 3).

Tabela 3. Teste *t* de Student para CESPS entre grupos de Sexo, Formação contínua e Formação esporádica.

Sexo	Feminino		Masculino		Teste-t		
	n	M±DP	n	M±DP	t	gl	p
a) Aumento dos conhecimentos sobre sexualidade	416	3,63±0,95	57	3,96±0,87	2,729	75,674	0,008
j) Respeito pelo outro e compromisso mútuo	413	3,55±1,00	56	3,88±0,85	2,580	76,877	0,012
u) Actividade sexual precoce	402	2,66±1,09	54	3,02±1,07	2,283	454	0,023
Formação contínua	Sim		Não				
f) Desenvolvimento de atitudes de aceitação de diferentes condutas sexuais	54	3,57±1,21	407	3,25±1,02	2,171	459	0,030
i) Equilíbrio emocional	56	3,86±0,90	414	3,53±0,94	2,421	468	0,016
j) Respeito pelo outro e compromisso mútuo	55	3,84±1,03	410	3,55±0,97	2,026	463	0,043
k) Gratificação mútua e realização pessoal	55	3,69±0,94	407	3,37±0,98	2,280	460	0,023
t) Satisfação com a sua imagem corporal	54	3,93±0,89	406	3,44±0,93	3,611	458	<0,0001
Formação esporádica							



i) Equilíbrio emocional	145	3,69±0,89	313	3,50±0,96	2,001	456	0,046
j) Respeito pelo outro e compromisso mútuo	144	3,71±0,92	309	3,51±1,00	2,002	451	0,046
k) Gratificação mútua e realização pessoal	142	3,56±0,94	308	3,33±0,99	2,378	448	0,018
t) Satisfação com a sua imagem corporal	140	3,64±0,91	308	3,42±0,95	2,243	446	0,025

No que respeita ao factor **habilitação** académica, através do teste de Kruskal-Wallis (H), encontraram-se 12 itens com diferenças significativas (Tabela 4), tendo sido na sua maior parte (9) o grupo de professores com curso de complemento o que se localizou na ordenação média superior (R_1), ou seja, o grupo que mais parece acreditar no contributo da educação sexual para a promoção da saúde das crianças. Inversamente, o grupo dos que tinham mestrado foi o que se situou mais frequentemente na ordem inferior (R_6). Ao aplicar o teste de Mann-Whitney (U) só se encontraram diferenças significativas entre os pares de grupos para oito itens, onde o grupo de complemento diferiu somente do de magistério em cinco, apenas do de CESE em dois e destes dois grupos num único item (ver Tabela 4). Na totalidade dos itens, o grupo de complemento atingiu a ordem superior em dezassete, demonstrando assim maior credibilidade na Educação Sexual.

Quanto ao **estado civil** os grupos diferiram significativamente para *autoconfiança* e para *sexualidade saudável* (Tabela 4). O grupo de viúvos foi o que aqui atribuiu menos importância ao contributo da Educação Sexual (R_4), ao passo que o grupo de divorciados revelou ser o que mais acredita neste contributo para a autoconfiança e o de solteiros para a sexualidade saudável. O teste U só detectou diferenças significativas para autoconfiança e entre o grupo de divorciados e o de casados. Na globalidade, o grupo de professores viúvos foi o que obteve a ordenação média mínima na maioria dos itens (19), demonstrando assim ser o que menos acredita no contributo da educação sexual para a promoção da saúde.

Relativamente ao factor **religião** encontraram-se diferenças com significado estatístico entre os grupos para *desenvolvimento da capacidade de tomar decisões* e *desenvolvimento de atitudes de aceitação de diferentes condutas sexuais* (Tabela 4), em que o grupo de nenhuma religião se revelou o mais concordante (R_1), enquanto o grupo de outra religião que não a católica pareceu ser o que menos considera a importância da Educação Sexual (R_3). Em ambos os itens as diferenças significativas localizaram-se entre o grupo de nenhuma religião e o de religião católica. Salienta-se que o grupo que predominou na primeira ordem foi o de nenhuma religião (19 itens), pelo que pareceu ser o que atribui maior credibilidade à educação sexual.

Em relação à **prática religiosa** também se detectaram diferenças significativas entre os grupos para dois itens: *gratificação mútua e realização pessoal* e *autoconhecimento* (Tabela 4), onde o grupo dos muito praticantes denotou maior credibilidade (R_1), enquanto o grupo dos nada praticantes tende a menosprezar este contributo para a gratificação mútua e realização pessoal e o dos moderadamente para o autoconhecimento (R_4). Porém, o teste U estabeleceu as diferenças significativas entre os muito e os moderadamente praticantes para os dois itens. De um modo geral, os muito praticantes obtiveram quase sempre a primeira ordem (em 21 itens), revelando-se os mais crentes na educação sexual para a promoção da saúde das crianças.

Além da variável habilitação académica ser a que parece reflectir maior influência nas percepções dos professores sobre o contributo da educação sexual para a promoção da saúde das crianças, é ainda de observar que diferentes variáveis tendem a afectar a percepção em relação a diferentes itens, pois de todos os que constam na Tabela 4 só um item se repete e em habilitação e religião (desenvolvimento de atitudes de aceitação de diferentes condutas sexuais).



Tabela 4. Teste Kruskal-Wallis para CESPS entre grupos de Habilitação, Estado civil, Religião e Prática religiosa.

	N	Me			H		
Habilitação			R1	R6	X2	gl	p
a) Aumento dos conhecimentos sobre sexualidade	467	4	licenciatura	mestrado	12,70	5	0,026
b) Desenvolvimento da capacidade de pesquisar informação sobre sexualidade	462	3	complemento	mestrado	14,40	5	0,013
d) Desenvolvimento de competências de relacionamento interpessoal	461	4	mestrado	magistério	20,33	5	0,001
e) Desenvolvimento da capacidade de agir perante situações de risco	462	4	mestrado	magistério	11,84	5	0,037
f) Desenvolvimento de atitudes de aceitação de diferentes condutas sexuais	461	3	complemento	CESE	14,93	5	0,011
h) Capacidade de resistir a pressões dos pares ou amigos	462	4	complemento	mestrado	12,65	5	0,027
m) Adiamento do início da actividade sexual	457	3	complemento	mestrado	12,56	5	0,031
n) Prevenção da gravidez na adolescência	456	4	complemento	mestrado	15,48	5	0,009
o) Utilização eficaz de contraceção	460	3	complemento	mestrado	13,71	5	0,018
u) Actividade sexual precoce	451	3	complemento	mestrado	14,79	5	0,011
v) Diminuição de comportamentos sexuais de risco	456	3	complemento	mestrado	11,70	5	0,039
w) Prevenção das doenças sexualmente transmissíveis	458	4	complemento	mestrado	11,78	5	0,038
b) Desenvolvimento da capacidade de pesquisar informação sobre sexualidade		U	complemento	CESE (R5)			0,030
d) Desenvolvimento de competências de relacionamento interpessoal			complemento (R2)	magistério			<0,0001
e) Desenvolvimento da capacidade de agir perante situações de risco			complemento (R2)	magistério			0,045
f) Desenvolvimento de atitudes de aceitação de diferentes condutas sexuais			complemento	CESE magistério (R5)			0,030 0,015
h) Capacidade de resistir a pressões dos pares ou amigos			complemento	CESE (R5)			0,030
m) Adiamento do início da actividade sexual			complemento	magistério (R5)			0,030
n) Prevenção da gravidez na adolescência			complemento	magistério (R5)			0,015
v) Diminuição de comportamentos sexuais de risco			complemento	magistério (R5)			0,030
Estado civil			R1	R4			
r) Autoconfiança	466	4	divorciado	viúvo	9,65	3	0,022
x) Sexualidade saudável	463	4	solteiro	viúvo	7,89	3	0,048
r) Autoconfiança		U	divorciado	casado (R3)			0,018
Religião			R1	R3			
c) Desenvolvimento da capacidade de tomar decisões	458	3	nenhuma	outra	6,37	2	0,041
f) Desenvolvimento de atitudes de aceitação de diferentes condutas sexuais	453	3	nenhuma	outra	9,52	2	0,009
c) Desenvolvimento da capacidade de tomar decisões		U	nenhuma	Católica (R2)			0,036
f) Desenvolvimento de atitudes de aceitação de diferentes condutas sexuais			nenhuma	Católica (R2)			0,006



Prática religiosa			R1	R4			
k) Gratificação mútua e realização pessoal	450	3	Muito	Nada	8,13	3	0,044
q) Auto-conhecimento	453	4	Muito	Moderadamente	8,92	3	0,030
k) Gratificação mútua e realização pessoal	U		Muito	Moderadamente (R3)			0,030
q) Auto-conhecimento			Muito	Moderadamente			0,042

No debate, o termo “saúde”, como objectivo a ser alcançado com a educação sexual (ES), só foi referido pelas professoras favoráveis à ES (IC e IP, Quadro 1). IC usou 3 vezes o termo “saudável”, associando-o a relacionamento interpessoal, a contexto de desenvolvimento para as crianças e a forma de usar o corpo. IP referiu-se 2 vezes a “saúde”, sendo uma para especificar a sua formação e outra para referir conteúdos a incluir na abordagem sobre sexualidade. Pela forma como o termo saúde foi utilizado por estas duas intervenientes no debate, parece-nos que saúde constitui um objectivo a atingir e um argumento para abordar a ES.

Quadro 1. Ocorrências do termo pivot “Saúde”, das suas reformulações e dos seus significados (deduzidos a partir do contexto)

	Saúde	Reformulações	Significados a partir do contexto
FA	0	0	0
AM	0	0	0
IC	Saudável, 3 p.4: ln.33 p.5: ln.6 p.22: ln.32	0	Associado a: - forma de relacionamento interpessoal, 1 “... as pessoas se relacionem justamente de uma forma mais saudável.” (p.4: ln.33) - contexto familiar, 1 “mas uma família que cria uma criança num, num contexto saudável.” (p.5: ln.6) - forma de usar o corpo, 1 “a falta de conhecimento que há sobre o corpo e sobre a, a possibilidade que temos de o usar de uma forma saudável.” (p. 22: ln.32)
	3	0	3
IP	Saúde, 2 p.8: ln.32 p.30: ln.22	0	Associado a: - promoção, 1 “mestrado (...) na área da promoção da saúde e do meio ambiente, ...” (p.8: ln.32) - conteúdos de sexualidade, 1 “...tem que interligar todas essas componentes, o físico, o biológico, os afectos, a parte da prevenção, da saúde.” (p.30: ln.22)
	2	0	2
	5	0	5

FA, AM, IC, IP – Iniciais dos nomes fictícios atribuídos aos participantes

O termo “educação sexual”, por exemplo no segundo Grupo de Foco (GF-2) foi proferido pelo professor AC em diferentes contextos, originando por isso diversas categorias de concepções. Associou-se a concepções um pouco negativas que foram a “dificuldade de implementação” na escola, a “dificuldade de envolver a família”, tanto por parte do professor como por parte do centro de saúde e o “receio de enfrentar os pais”, ou seja, as percepções de obstáculos à ES. Também evidenciou concepções positivas em relação a “iniciar no jardim-de-infância”, a ser uma questão de “educação sanitária”, a uma abrangência de “conteúdos” e a “vantagem para o ensino básico”. Deste modo, o discurso



argumentativo deste professor apresentou causas explicativas da não implementação desta vertente pedagógica e traduziu algum sentimento de insegurança pessoal, reforçado pelo argumento de falta de autoridade. No entanto, revelou-se favorável, fundamentando-se numa generalização a todo o percurso educativo e a uma abrangência de conteúdos.

EL apenas utilizou a reformulação “*tema*” para expressar a necessidade de saber “como abordar” a ES em função do meio. Pareceu ser um argumento de insegurança fundamentando a causalidade da abordagem esporádica.

FS só registou três ocorrências para educação sexual, sendo duas em associação com a “*formação*”, que sugeriu como estratégia para ultrapassar os obstáculos impeditivos da ES, e uma em associação com uma experiência de “*influência positiva da igreja*”. Os argumentos apresentados, além de expressarem alguma insegurança, apontaram soluções para prosseguir, nomeadamente a formação, e fundamentaram-se em exemplos positivos.

Quadro 2. Ocorrências do termo pivot “*Educação sexual*”, das suas reformulações e dos seus significados (deduzidos a partir do contexto) no GF-2.

	Educação sexual	Reformulações	Significados a partir do contexto
AC	Educação sexual, 9 p.2:ln.26 p.14:ln.33 p.27:ln.13, 14, 24, 30, 33 p.31:ln.29, 29	Área de educação, 1 p.2:ln.28-29 Isto, 1 p.27:ln.21	Associado a - dificuldades de implementação, 2 (p.2:ln.26, 28-29) "Bem, quer dizer, eu penso que o, o grande problema de implementação da educação sexual nas escolas que se fica a dever a uma deformação contínua ao longo de (p.2:ln.26) muitos séculos." - vantagem para o ensino básico, 1 "reconheço que, que há, há vantagem e há interesse em, no ensino básico, começar a haver a educação sexual." (p.14:ln.33) - dificuldade de envolver a família, 2 (p.27:ln.13, 14) "ouvido, o professor ainda mais, porque a educação sexual ... para a, no centro de saúde (p.27:ln.14) passa pelo fornecimento do anticoncepcional." - receio de enfrentar os pais, 1 "provavelmente, provavelmente não, eu não tenho autoridade salvo raríssimas exceções de enfrentar os pais e dizer "Meus amigos nós vamos este ano iniciar isto." (p.27:ln.21) - conteúdos, 1 "para mim, a educação sexual aborda toda (p.27:ln.24) uma série de princípios," - iniciar no jardim-de-infância, 2 (p.27:ln.30, 33) "Agora o que eu penso é que a educação sexual deve, começa (p.27:ln.30) nos infantários." - educação sanitária, 2 "A educação sexual. Mas é que, oh, oh doutora é assim, é que a educação sexual (p.31:ln.29, 29) para mim já é um problema de educação sanitária ..."
	9	2	11
EL		Tema, 1 p.20:ln.26	Associado a como abordar, 1 "Agora, psicológica, como abordar esse tema de acordo com o meio onde estão (p.20:ln.26) inseridos, acho que é muito importante ... a nível sexual, não é?"
	0	1	1
FS	Educação sexual, 1 p.22:ln.22	Assunto, 1 p.22:ln.3 Isso, 1 p.26:ln.6	Associado a - formação, 2 (p.22:ln.3, 22) "Acho que começando por aí, que a educação sexual pode (p.22:ln.22) começar a vir a ser trabalhada nas escolas." - influência positiva da igreja, 1 "no Alentejo tínhamos padres que iam à escola falar sobre isso e não tinham problema (p.26:ln.6) nenhum."
	1	2	3
Total	10	5	15



DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os professores que responderam ao questionário manifestaram alguma crença de que a educação sexual (ES) possa contribuir para promover a saúde futura dos seus educandos, o que se destacou ao nível do aumento dos conhecimentos sobre sexualidade, da facilidade de dialogar com os pais sobre sexualidade, do auto-conhecimento, do desenvolvimento da capacidade de agir perante situações de risco, da auto-confiança, da auto-estima positiva e do respeito pelo outro e compromisso mútuo. Ou seja, os itens que os professores consideram que poderão beneficiar mais da ES, para além do primeiro (conhecimentos sobre a sexualidade), são os relacionados com as componentes psicológica e sociológica da sexualidade. Quanto aos que envolvem a componente biológica (prevenção, saúde, contraceção e corpo), os professores parecem acreditar menos que possam sofrer efeitos positivos da ES, embora considerem que também essa componente é importante.

Estas concepções dos professores da nossa amostra são sustentadas pelo trabalho de Chalmers e colegas (2006) que avaliaram um programa de “Educação Sexual e para os Relacionamentos”. Estes autores começam por dizer que a Educação para a Saúde desempenha um papel importante na preparação dos jovens para a vida adulta, envolvendo aquisição de informação, desenvolvendo competências e construindo crenças, valores e atitudes, como benefícios tanto imediatos como para o futuro. Particularizam que se a “Educação Sexual e para os Relacionamentos” for bem planeada e de boa qualidade pode, em princípio, munir as crianças e os jovens de capacidade para tomarem decisões informadas e minimizarem os riscos de gravidez indesejada e de infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Atendendo a que a maioria dos professores acredita no contributo positivo da ES para a saúde, este dado é importante do ponto de vista dos modelos de promoção da saúde. Se pensarmos, por exemplo, que o Modelo de Crença para a Saúde (Glanz, 1999), desenvolvido para procurar razões e identificar pontos de mudanças, é bastante relevante quando o problema evoca motivação para a saúde, então se os professores acreditarem que a educação sexual é importante para a saúde, serão mais receptivos à mudança, poderão envolver-se mais e serão mais auto-eficazes.

O estudo dos factores associados a esta concepção revelou que o mais influente tende a ser a habilitação académica, estabelecendo diferenças significativas entre os grupos para metade dos itens (Tabela 4), seguindo-se a formação contínua, a formação esporádica e depois o sexo (Tabela 3).

Em termos de **habilitação académica** a grande diferença situou-se entre o grupo que tinha curso de complemento e o que tinha apenas o magistério primário. Repare-se que a maioria dos professores que fez um curso de complemento de formação tinha como habilitação prévia o mesmo curso de magistério primário. Por isso, sentimo-nos impelidos a dizer que a diferença está entre os que fizeram curso de complemento e os que não o fizeram, o que sugere que este tipo de formação introduziu mudanças conceptuais, como preconiza Clément (2006), nos professores, quanto à credibilidade no contributo da ES para a saúde futura das crianças.

Como o factor que se seguiu em influência foi a **formação contínua**, e como este factor é independente do anterior, atendendo a que os professores com esta formação obtiveram média superior em todos os itens, continuamos a verificar que um novo módulo de formação também introduz mudanças conceptuais. A análise da **formação esporádica** aponta no mesmo sentido, embora com resultados menos diferenciadores. Interessante é que as diferenças que adquirem significado estatístico face a estes dois factores, se situem apenas em itens relacionados com as componentes psicológica e relacional ou sociológica da sexualidade, enquanto o factor habilitação académica reflecte influência quer em itens desta natureza quer em itens de natureza biológica. Se pensarmos que existem diferenças



entre as instituições que organizam estes tipos de formação e que, nomeadamente a formação contínua é mais oferecida por pequenas instituições ou organizações, que poderão ser movidas por ideologias políticas ou religiosas (ex: sindicatos, universidades privadas sob tutela religiosa, centros de formação) podemos estar na eminência de uma oferta de formação contínua condicionada por esses valores, em vez de uma formação imparcial e que inclua todas as componentes que a sexualidade abarca.

Comparando os dados associados à formação contínua com os que emergem associados à habilitação académica, somos tentados a sugerir que a formação contínua (e também a esporádica) seja ministrada por instituições laicas e de maior dimensão, como as universidades públicas ou institutos politécnicos, onde são habitualmente formados os professores de 1.º CEB.

O factor **sexo**, embora tivesse significado apenas para três itens, mas indicando que as mulheres obtiveram quase sempre média inferior aos homens, adquire aqui alguma expressividade pelo que deve continuar a ser considerado atendendo a que as professoras constituem a grande maioria da população docente do 1.º CEB (88% na amostra).

Quanto aos factores **religião e prática religiosa**, apesar de terem pouco significado nesta variável dependente, julgamos que, pelos itens em que interferiram, merecem ser discutidos. Repare-se que a religião interferiu em “desenvolvimento da capacidade de tomar decisões” e “desenvolvimento de atitudes de aceitação de diferentes condutas sexuais”, onde os poucos professores sem religião tiveram os valores de ordem superior, diferindo significativamente dos de religião Católica. Assim, os professores sem religião tendem a acreditar mais numa ES desenvolvimentista. Por sua vez, a prática religiosa parece associar-se a uma ES mais «egocentrada», na medida em que as diferenças significativas se detectaram em itens referentes ao Eu: “gratificação mútua e realização pessoal” e “auto-conhecimento”, com os muitos praticantes na posição superior. Porém, este grupo situou-se na primeira ordem na quase totalidade dos itens, exceptuando-se “adopção de comportamentos de sexo seguro” e “desenvolvimento de atitudes de aceitação de diferentes condutas sexuais”. Como a concepção da influência da ES neste último item é afectada pela religião e pela prática religiosa (os professores sem religião e nada praticantes, são os que mais acreditam na ES para este aspecto, diferindo dos católicos e muito praticantes) pensamos, tal como Teixeira (2003) que estes factores veiculam mensagens condicionantes destas concepções, nomeadamente no que se refere ao uso do preservativo e à aceitação da diversidade de orientação sexual. Convém, no entanto, lembrar a investigação de Haffner (1997) que encontrou, na bíblia, referências à homossexualidade, mas não condenatórias. Convém também referir que existe uma forte interacção entre estes dois factores ($p < 0,0001$), pelo que agem conjuntamente.

No debate, as professoras que se manifestaram favoráveis à ES, referiram precisamente que a mesma deve contribuir para as pessoas saberem lidar com o seu corpo e poderem decidir o que fazem com ele, para se relacionarem de uma forma mais saudável, para prevenir as doenças sexualmente transmissíveis, para resolver e evitar a gravidez na adolescência, para aceitar as diferenças, para cada um se conhecer melhor e para ajudar a escolher um parceiro sexual. Pela análise dos dados dos grupos de foco, também foi possível apurar que os professores consideram que a ES contribui para a saúde futura das actuais crianças, pois argumentaram que esta vertente educativa tem consequências positivas ao nível da saúde pública (GF-2), da prevenção da gravidez adolescente e das doenças sexualmente transmissíveis (GF-3, GF-5), da aceitação das diferenças, especificamente de orientação sexual (GF-4), da escolha de métodos contraceptivos (GF-4) e, ainda, para evitar o choque com as noções de sexo na adolescência, encarando-as com naturalidade (GF-1).

Esta abrangência de benefícios citados no debate e nos grupos de foco, vai de



encontro à opinião de Elliott (2003) que, ao analisar materiais de saúde escolar, afirmou que em termos de implicações para a ES, no que concerne a capacitar os jovens para tomarem decisões saudáveis acerca da sua própria sexualidade, não é suficiente tentar determinar os meios mais eficazes de baixar as taxas de gravidez adolescente e de IST. Em alternativa, os jovens devem ser envolvidos em debates sobre os seus corpos e as suas diversas sexualidades e activamente aceites em processos educativos como seres inquiridores em desenvolvimento. Afirmou também que a educação para a sexualidade, na escola, precisa de ensinar aos alunos as mensagens implícitas e explícitas, transmitidas por múltiplos veículos culturais, para clarificar que perspectivas são as orientações mais adequadas às suas vidas.

Os professores que participaram nas discussões, e que se revelaram a favor da ES, parecem acreditar que a mesma pode contribuir para vários aspectos da saúde, quer sejam de natureza biológica, quer psicológica, quer de relacionamento social. Todavia, salienta-se que a maior parte dos professores que participaram nos grupos de foco revelaram-se adeptos da participação dos profissionais de saúde na escola, tendo, provavelmente a concepção de que é com o auxílio destes que a ES atinge os objectivos da promoção da saúde.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Em suma, os professores que integraram o estudo revelaram, de um modo geral, acreditar nos benefícios da ES para a Promoção da Saúde futura das actuais crianças, como temos vindo a registar (Anastácio *et al*, 2008). Estas concepções constituem um bom ponto de partida para a motivação destes profissionais. Oshi e Nakalema (2005) também referem a importância de motivar os professores para trabalharem nesta área tão condicionada por valores e aspectos culturais. Este estudo indicou ainda que uma formação académica actualizada tende a ser o que mais potencia a crença dos professores nesta vertente educativa. A triangulação dos dados a que procedemos incrementa a credibilidade nos mesmos e clarifica concepções. Assim, e dadas as dificuldades de implementação da ES até então verificadas no nosso país, sugere-se uma forte aposta na formação específica no domínio da ES, que considere as necessidades dos professores, parta das suas concepções e as faça evoluir, abrangendo todas as dimensões que a sexualidade abarca.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajuwon, A., Olley, B., Akintola, O. & Akin-Jimoh. (2004). Sexual Coercion in Young Persons: exploring the experiences of rape victims in Ibadan, Nigeria. *Health Education*, Vol 104, N.º 1, pp.8-17.
- Anastácio, Z. (2001). Educação Sexual – Relacionamento entre pais e filhos adolescentes. Tese de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Anastácio, Z. & Carvalho, G. (2002). Interesses de crianças e adolescentes no domínio da sexualidade. In actas do II Encontro Nacional de Promoção e Educação para a Saúde. Beja,30-31 Outubro de 2002.
- Anastácio, Z., Carvalho, G. & Clément, P. (2005a). Teacher's conceptions of, and obstacles to, sex education in Portuguese primary school. In H. Fischer Eds. *Developing Standards in Research on Science Education – The ESERA Summer School 2004*, pp. 47-54.
- Anastácio, Z. (2007). *Educação Sexual no 1.º CEB: Concepções, Obstáculos e Argumentos dos professores para a sua (não) consecução*. Tese de Doutoramento, Instituto de Estudos da Criança - Universidade do Minho.
- Anastácio, Z. Carvalho, G. & Clément, P. (2008). Concepções dos Professores de 1.º CEB sobre o



- Contributo da Educação Sexual para a Promoção da Saúde e sua Relação com a Formação. In B. Pereira & G. Carvalho (Coords). *Actividade Física, Saúde e Lazer – Modelos de Análise e Intervenção*, pp 233-245 (ISBN: 978-972-757-502-2)
- Atkinson, E. (2002). Education for Diversity in a Multisexual Society: negotiating the contradictions of contemporary discourse. *Sex Education*, Vol 2, N.º 2, pp. 119-132.
- Brown, A. & Dowling, P. (1998). *Doing Research/Reading Research. A Mode of Interrogation for Education*. London: Falmer Press.
- Cash, K., Khan, S., Nasreen, H., Bhuyia, A., Chowdhury, S. & Chowdhury, A. (2001). Telling Them Their Own Stories: legitimizing sexual and reproductive health education in rural Bangladesh. *Sex Education*, Vol.1, N.º 1, pp. 43-57.
- CCPES, DGS, APF, RNEPS. (2000). *Educação Sexual em Meio Escolar. Linhas Orientadoras*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.
- Chalmers, H., Aggleton, P. & Tyrer, P. (2006). Evaluation of a certification process for community nurses involved in sex and relationship education. *Health Education*, Vol. 106 N.º 4, pp.265-280.
- Clark, J. (2001). Sex Education in the New Zealand Primary School: a tangled skein of morality, religion, politics and the law. *Sex Education*, Vol.1, N.º 1, pp. 23-30.
- Clément, P. (2002). Methods to analyse argumentation in (more or less) scientific texts. An example: analysis of a text promoting Creationism. In *Acts of ESERA Summer school*, Lubjana, August de 2002.
- Clément, P. (2004). Science et idéologie: exemples en didactique et épistémologie de la biologie. In *Actes du Colloque Sciences, médias et société* (pp. 53-69). Lyon : ENS-LSH : <http://sciences-medias.ens-lsh.fr>.
- Clément, P., Héraud, J. & Errera, J. (2004). Paradoxe sémantique et argumentation – Analyse d’une séquence d’enseignement sur les grenouilles au cycle 2 (élèves de 6 à 8 ans). *ASTER* N.º 38, pp. 123-149.
- Clément, P. (2006). Didactic Transposition and KVP Model: Conceptions as Interactions Between Scientific Knowledge, Values and Social Practices, *ESERA Summer School*, IEC, Universidade do Minho, Braga (Portugal), pp. 9-18.
- Cohen, L. & Manion, L. (1994). *Research Methods in Education* (4th edition). London: Routledge.
- Colpin, H. (2006). A comprehensive sex education approach for HIV testing and counselling. *Sex Education*, Vol. 6, N.º 1, pp. 47-59.
- Corteen, K. (2006). Schools’ fulfilment of sex and relationship education documentation: three school-based case studies. *Sex Education*, Vol 6, N.º 1, pp. 77-99.
- Elliott, K. (2003). The hostile vagina: reading vaginal discourse in a school health text. *Sex Education*, Vol. 3, N.º 2, pp. 133-144.
- Fay, K. & Medway, F. (2006). An acquaintance rape education program for students transitioning to high school. *Sex Education*, Vol. 6, N.º 3, pp. 223-236.
- Gallahue, D. & Ozmun, J. (2001). *Compreendendo o Desenvolvimento Motor: Bebês, Crianças, Adolescentes e Adultos*. SãoPaulo: Phorte Editora.
- Glanz, K. (1999). Teoria num Relance. Um Guia para a prática da promoção da Saúde. In L.B. Sardinha, M.G. Matos & I. Loureiro (Eds). *Promoção da Saúde – Modelos e Práticas de Intervenção nos Âmbitos da Actividade Física, Nutrição e Tabagismo* (pp. 9-55). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.



- Gobitta, M. & Guzzo, R. (2002). Estudo inicial do inventário de auto-estima (SEI) – Forma A. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), pp. 143-150.
- Grogan, S. (2006). Body image and health. *Journal of Health Psychology*, Vol. 11(4), pp.523-530.
- Haffner, D. (2005). *A criança e a educação sexual*. Lisboa: Editorial Presença.
- Haffner, D. (1997). The really good news: what the bible says about sex. *SIECUS Report*, Vol. 26, N.º 1, pp.3-8.
- Harris Z.S. (1952). Discourse analysis. *Language*, 28.
- Hayes, I. (1995). Sex education in early years. *Health Education*, N.º 1, pp. 22-27.
- Hergovich, A. Sirsch, U. & Felinger, M. (2004). Gender Differences in the Self-Concept of Pre-adolescent Children. *School Psychology International*, Vol. 25 (2), pp. 207-222.
- Jacobi, D. (1987). *Images et discours de la vulgarisation scientifique*. Berne: Peter Lang.
- Jacobi, D. (1988). Notes sur les structures narratives dans un document destine à populariser une découverte scientifique. *Protée*, pp.107-117.
- Kirby, D., Alter, J. & Scales, P. (1979). *An Analysis of U.S. Sex Education Programs and Evaluation Methods*. Atlanta: US Department of Health, Education and Welfare.
- McLeroy, K. (1993). Social science theory in health education: time for a new mode? *Health Education Research*, Vol. 8, N.º 3, pp. 305-312.
- Maxwell, C. (2006). Context and “contextualisation” in sex and relationships education *Health Education*, Vol.106, N.º 6, pp. 437-449.
- Milton, J. (2003). Primary School Sex Education Programs: views and experiences of teachers in four primary schools in Sydney, Australia. *Sex Education*, Vol 3, N.º 3, pp. 241-256.
- Navarro, M. (2000). Educar para a saúde ou para a vida? Conceitos fundamentais para novas práticas. In J. Precioso *et al* (Orgs). *Educação para a Saúde*, pp. 13-28. Braga: Departamento de Metodologias da Educação – Universidade do Minho.
- Oshi, D. & Nakalema, S. (2005). The role of teachers in sex education and the prevention and control of HIV/AIDS in Nigéria. *Sex Education*, Vol. 5, N.º 1, pp. 93-104.
- Pinheiro, A. & Giugliani, E. (2006). Body dissatisfaction in Brazilian schoolchildren: prevalence and associated factors. *Revista de Saúde Pública*, Vol. 40(3), pp.489-496.[online] (02-09-2006).
- Scriven, A. & Stiddard, L. (2003). Empowering schools: translating health promotion principles into practice. *Health Education*, Vol. 103 (2), pp. 110-118.
- Stock, C., Kücük, N., Miseviciene, I., Petkeviciene, J. & Krämer, A. (2004). Misperceptions of body shape among university students from Germany and Lithuania. *Health Education*, Vol. 104, N.º 2, pp. 113-121.
- Strange, V., Forrest, S. Oakley, A., Stephenson, J. & RIPPLE Study Team. (2006). Sex and relationship education for 13-16 year olds: evidence from England. *Sex Education*, Vol. 6, N.º 1, pp. 31-46.
- Teixeira, M.F. (2003). Educação em sexualidade em contexto escolar. In G. Carvalho, M. Freitas, P. Palhares, & F. Azevedo (orgs). *Saberes e Práticas na Formação de Professores e Educadores*. Actas das Jornadas DCILM 2002, pp. 155-170.
- Thomas, M. & Jones, S. (2005). The impact of group teaching on the acquisition of key skills to teach personal, social and health education. *Health Education*, Vol. 105 N.º 3, pp. 164-185.
- Vaz, J., Vilar, D., & Cardoso, S. (1996). *Educação sexual na escola*. Lisboa: Universidade Aberta.



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