

GRUPO DE TRABALHO DE EDUCAÇÃO SEXUAL

RELATÓRIO PRELIMINAR

Lisboa, 31 de Outubro de 2005

Despacho n.º 19 737/2005 (2.ª série)

Despacho n.º 19 737/2005 (2.ª série). - De entre os objectivos prioritários de política educativa, o XVII Governo Constitucional consagrou no seu Programa a adopção de medidas atinentes à promoção da saúde global da população escolar, nomeadamente quando refere que de "entre as múltiplas responsabilidades da escola actual estão a educação para a saúde, para a sexualidade e para os afectos".

Considerando o regime constante do Decreto-Lei n.º 259/2000, de 17 de Outubro, bem como as linhas orientadoras da educação sexual em meio escolar, que se encontram actualmente em vigor, mas também as dificuldades na sua aplicação nas escolas, e considerando ainda a sensibilidade com que as temáticas em apreço são acolhidas na opinião pública, importa que a definição dos modelos de aplicação e a efectivação de uma educação sexual em meio escolar sejam alicerçadas nas orientações de um conjunto de especialistas nestas matérias. Nesse sentido, importa, desde já, criar um grupo de trabalho no âmbito do Ministério da Educação com o objectivo de estudar e propor os parâmetros gerais dos programas de educação sexual em meio escolar, na perspectiva da promoção da saúde escolar. Assim, determina-se:

1 - É criado no Ministério da Educação, no âmbito da Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, um grupo de trabalho incumbido de proceder ao estudo e de propor os parâmetros gerais dos programas de educação sexual em meio escolar, na perspectiva da saúde escolar.

2 - O grupo de trabalho tem a seguinte composição: Prof. Doutor Daniel Sampaio, da Faculdade de Medicina de Lisboa, que coordenará; Prof.^a Doutora Margarida Gaspar de Matos, psicóloga da Faculdade de Motricidade Humana; Prof. Doutor Miguel Oliveira da Silva, da Faculdade de Medicina de Lisboa; Mestre Maria Isabel Baptista, professora, na situação de requisitada na Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, do Ministério da Educação.

3 - Os membros do grupo de trabalho que não se encontrem a exercer funções nos serviços do Ministério da Educação auferem senhas de presença cujo valor é fixado por despacho conjunto dos Ministros do Estado e das Finanças e da Educação, tendo ainda direito ao abono de ajudas de custo de transporte, nos termos da lei.

4 - O coordenador do grupo de trabalho pode convidar especialistas para apresentação de propostas ou para se pronunciarem sobre as análises e propostas em estudo.

5 - O apoio técnico, financeiro e logístico necessários ao funcionamento do grupo de trabalho é assegurado pela Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.

6 - O grupo de trabalho, dotado de autonomia técnico-científica e funcional, tem um mandato de um ano, devendo apresentar, até 31 de Outubro de 2005, um relatório preliminar.

7 - O presente despacho produz efeitos a partir da data da sua assinatura.

15 de Junho de 2005. –

A Ministra da Educação, Maria de Lurdes Reis Rodrigues.

Composição do Grupo de Trabalho:

Daniel Sampaio – Coordenador

Médico, Professor de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Lisboa;

Chefe de Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria

Fundador da Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar;

Tem-se dedicado à investigação e intervenção terapêutica junto dos jovens em risco e suas famílias.

Maria Isabel da Costa Antunes Machado Baptista

Licenciada em Filologia Românica pela Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Pós-graduada em Gestão e Planificação dos Sistemas de Formação pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação-Universidade de Genebra – DES pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação-Universidade de Genebra -.Mestre em Activação do Desenvolvimento Psicológico pelo Departamento das Ciências da Educação, Universidade de Aveiro.

Professora do Quadro de Nomeação Definitiva do Ensino Secundário, integra a área de trabalho de *“Promoção e Educação para a Saúde em meio escolar”* desde 2000.

Margarida Gaspar de Matos

Licenciada em Psicologia Clínica. Especializada em Biologia Humana/Univ.Claude Bernard, Lyon II. DEA em Psicologia da Educação (Master Ed / ISPA & Univ. Bristol). Doutorada pela FMH/ UTL. É Professora Associada na Faculdade de Motricidade Humana, com Agregação em Saúde Internacional pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical /UNL. É Investigadora do CMDT/ IHMT/ UNL (Centro financiado pela FCT/MCES) e coordenadora Nacional do HBSC/OMS e Kidscreen (CE).

Miguel Oliveira da Silva

Médico, obstetra-ginecologista, Professor de Ética Médica na Faculdade de Medicina de Lisboa.

Tem-se dedicado à investigação e intervenção clínica na sexualidade e reprodução na adolescência.

Síntese e Conclusões

Este Relatório Preliminar, da responsabilidade do Grupo de Trabalho para a Educação Sexual, constituído a partir do **Despacho nº 19 737/2005**, do Gabinete da Ministra de Educação, resume a actividade desenvolvida pelo Grupo desde 15 de Junho até 31 de Outubro de 2005, na avaliação da situação da Educação Sexual em Portugal. Para além de uma descrição do que tem sido feito nesta área, o Relatório propõe uma série de medidas para tornar mais efectiva a Educação Sexual/Educação para a Saúde em meio escolar.

Propostas

1 - A Educação Sexual (ES), definida como um processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual, deve ser integrada numa nova dinâmica curricular de Promoção e Educação para a Saúde.

2 - A Educação para a Saúde deverá ser considerada prioritária pelo Ministério da Educação, passando a assumir carácter obrigatório. O papel das organizações não governamentais poderá ser complementar, de acordo com os projectos educativos de cada estabelecimento de ensino.

3 - A participação dos alunos e a sua capacitação permanente deverão estar presentes em todas as fases de aprendizagem desta nova área curricular.

4 - Os pais e encarregados de educação deverão estar em contacto permanente com a planificação e execução desta área, numa perspectiva de colaboração com a escola responsável. A participação dos pais é considerada crucial para o êxito deste conjunto de propostas.

5 - Preconiza-se o estudo, reorganização e revitalização dos *curricula* das disciplinas do 1º, 2º e 3º ciclos do Ensino Básico na perspectiva da Educação para a Saúde. Esta

revitalização deverá ter carácter obrigatório com implicações a nível do desenvolvimento curricular, das disciplinas do projecto de turma e da avaliação dos alunos.

6 - Propõe-se, também em cada agrupamento/escola, o aproveitamento das áreas curriculares não disciplinares (“área de projecto”, “estudo acompanhado”, “formação cívica” e “opção de escola”), para a abordagem da Educação para a Saúde em função das características da escola e dos docentes disponíveis com formação adequada. Este espaço curricular, obrigatório e com avaliação dos alunos, será complementar do referido no Ponto 5, e utilizado como período de exposição, reflexão e pesquisa.

7 - Cada agrupamento/escola deverá eleger um professor responsável pela área de Educação para a Saúde, que deverá ter redução de serviço na componente lectiva. Recomenda-se também a criação de um “espaço tutorial”, onde os alunos poderão ter atendimento individualizado por parte de um professor com formação e disponibilidade pessoal. Este docente privilegiará o contacto permanente com as estruturas de saúde na comunidade.

8 - Dada a importância do grupo de pares na formação e desenvolvimento dos alunos e a maior abertura de muitos estudantes à informação transmitida por quem está mais próximo geracionalmente, recomenda-se o recurso a jovens mais velhos para intervenções na área de Educação para a Saúde, recrutados a partir de escolas superiores em áreas relevantes (Medicina, Enfermagem, Psicologia, Farmácia, Biologia, entre outras), após formação adequada.

9 - No Secundário, dada a dificuldade de aproveitamento curricular para esta área, recomenda-se a criação de um Gabinete de Atendimento para as questões de Saúde, em articulação com o Centro de Saúde da área.

10 - Cada escola deverá, com urgência, identificar os recursos /professores formados de que dispõe para a nova dinâmica curricular. Caso o agrupamento/escola detecte carências de formação, pode recorrer aos Centros de Formação de Associações de Escolas (CFAE).

Educação Sexual / Educação para a Saúde

A Educação Sexual (ES), também designada por Educação para a Sexualidade, é o processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual. Tem como objectivo fundamental o desenvolvimento de competências nos jovens, de modo a possibilitar-lhes escolhas informadas nos seus comportamentos na área da sexualidade, permitindo que se sintam informados e seguros nas suas opções.

A ES para os jovens tem como objectivo conseguir uma melhoria dos seus relacionamentos afectivo-sexuais, ao mesmo tempo que pretende reduzir as possíveis consequências negativas dos comportamentos sexuais, tais como a gravidez não planeada e as doenças sexualmente transmissíveis. Tem também como meta a necessidade de dotar os mais novos da capacidade de protecção face a todas as formas de abuso e exploração sexual. Numa perspectiva a longo prazo, a ES deve contribuir para a tomada de decisões na área da sexualidade durante toda a vida.

A informação sobre a sexualidade é uma vertente essencial na ES, mas não é suficiente. Para que os programas sejam eficazes, é necessário que os jovens possam adquirir competências nesta área, em muitos casos idênticas às que necessitam para a vida: a ES é, por isso e acima de tudo, uma questão de educação. Deve promover, numa perspectiva de educação global do indivíduo, a capacidade de ouvir, de negociar, de respeitar o outro, de tomar decisões, de reconhecer pressões, ou de destacar a informação pertinente. Na ES é essencial, por outro lado, discutir e compreender as diversas perspectivas morais e sociais sobre a sexualidade, numa posição de respeito pelas diferenças culturais existentes.

A ES deve ter em conta que a sociedade actual pode fornecer informação contraditória sobre as questões da sexualidade, por exemplo salientando os seus riscos, ao mesmo tempo que promove a ligação entre o sucesso e o desempenho sexual. Nesse sentido, a ES deve fornecer o contexto onde os mais novos possam discernir a complexidade das

mensagens, sem esquecer discutir o quadro ético dos seus comportamentos, numa perspectiva de respeito pelas diversas opiniões em presença.

A ES deve facultar aos jovens, para além da informação necessária, a oportunidade de compreender a dimensão afectiva da sexualidade, ajudando-os a compreender as emoções, os sentimentos e as decisões envolvidos no comportamento sexual. A informação na ES deve ter sempre em conta a diversidade de fontes informativas (família, escola, amigos, livros e revistas, Internet etc.), perceber o que é conhecido, corrigir o que foi incorrectamente compreendido e acrescentar os conteúdos em falta. (Sem uma informação correcta, discutida e actualizada em diversos contextos, aumenta a possibilidade de comportamentos de risco.)

Costuma considerar-se que existem dois tipos de ES, a Educação Sexual *Informal* e a Educação Sexual *Formal*. No primeiro, a aprendizagem processa-se de forma não intencional e está presente nas diversas vivências do quotidiano. O sujeito, mesmo que não receba qualquer formação específica na área da sexualidade, é sempre influenciado pela contínua transmissão de atitudes e crenças sobre o tema, nos diversos territórios onde se move. Este tipo de influência é importante, mas precisa de ser complementado por intervenções estruturadas e sistematizadas, com o objectivo de possibilitar aos jovens um conjunto organizado de conhecimentos: a ES formal, de carácter intencional. No processo global de ES, é inevitável o entrecruzamento da aprendizagem formal e informal, facto que todos os programas deverão ter em conta, procurando a síntese possível.

A ES em Meio Escolar destaca a escola como local privilegiado para possibilitar aos jovens um aumento dos seus conhecimentos na área da sexualidade, bem como reconhece a importância do território educativo para a promoção de atitudes e comportamentos adequados e com menores riscos. Na maioria dos países, a ES faz parte do processo educativo global embora, como possa verificar-se adiante, existam diversas maneiras de a levar à prática.

Contextos muito diversos podem, como vimos, fornecer oportunidades para a ES. A família é um espaço emocional crucial para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis na área da sexualidade e os pais devem ter um papel importante em qualquer programa de ES em meio escolar. Em casa, existem muitos momentos de troca de impressões entre pais e filhos, onde podem ser focadas diversas preocupações e dúvidas dos mais novos. No caso de um programa sediado na escola, os encarregados de educação devem ser chamados a participar em diversas fases do

processo. Algumas experiências de envolvimento de jovens (mais velhos do que os destinatários) em programas de ES têm-se mostrado muito promissoras, pela maior proximidade etária dos monitores, facto que facilita a comunicação com os mais novos.

O facto de a ES ser um vector do saber dotado de toda a pertinência no contexto actual, não significa que a mesma deva ser isolada de um conjunto mais amplo do saber, ou seja, o da saúde.

Assim, a definição actual de saúde acentua o seu carácter abrangente, e remete para uma abordagem global da educação para a saúde, ao invés da abordagem sectorial utilizada até aos anos noventa.

Assim, na sua generalidade, a literatura dos últimos dez anos na área da educação para a saúde, sublinha a relevância de intervenções integradas, com impacto na diminuição do risco (pessoal e contextual) e da promoção da protecção (pessoal e contextual).

Preconiza-se assim uma passagem de intervenções preventivas sectoriais (do tabagismo, do alcoolismo, do consumo de drogas, do comportamento sexual de risco, da violência, por exemplo), para intervenções preventivas globais “dos comportamentos potencialmente lesivos da saúde”.

Preconiza-se ainda que estas intervenções actuem através da promoção de competências pessoais e sociais para a saúde. Deste modo, sobretudo se nos centrarmos na última década, a educação sexual aparece claramente integrada numa dinâmica promotora de saúde, sugerindo uma abordagem integrada numa perspectiva mais abrangente de educação para a saúde.

Educação para a Saúde em Meio Escolar

Prevenção de comportamentos de risco/ promoção e protecção da saúde

Enquadramento teórico

No documento orientador das políticas para o Ensino Básico, de 1998, e posterior documento orientador das “ competências para o ensino básico” ¹ o objectivo da escolaridade básica, do 1º ao 9 ano de escolaridade é a Educação para a Cidadania. Nesta finalidade se inserem todas as disciplinas curriculares, bem como as áreas curriculares não disciplinares, advogando “uma diferenciação pedagógica e flexibilização, p.11 ”. A Educação para a Cidadania inclui 10 competências gerais (pp. 17 a 26), em quatro das quais (da quinta à nona) se fala não de informações específicas mas de processos: de instrumentos de recolha de informação, de análise, de tomada de decisão e de relação com o mundo. A competência número 10 remete para a saúde física, psicológica e social.

Ainda neste documento são apresentadas as várias disciplinas do ensino básico, e os seus conteúdos são relacionados com estas 10 competências básicas.

Urge (1) por um lado assegurar que estes conteúdos, constantes no currículo oficial, são efectivamente ministrados e avaliados, em todas as escolas, (2) por outro lado complementar esta dinâmica curricular a partir das áreas curriculares não disciplinares (*Formação pessoal e social* que inclui área de projecto, estudo acompanhado e formação cívica) já estabelecidas na legislação em vigor, bem como na “opção de escola” também já estabelecida na legislação.

Neste contexto a educação para a saúde (de que a educação para a sexualidade é parte intrínseca), está prevista, pelo menos desde 1998, tendo a sua operacionalização sido facilitada pela legislação posterior que define as áreas curriculares não disciplinares, no âmbito da formação pessoal e social, desde o primeiro ao nono ano de escolaridade (DL 6/ 2001 de 18 Janeiro)

Pretende-se revitalizar e operacionalizar uma dinâmica curricular que vise a formação pessoal e social e se desenvolva no sentido do encontro com as problemáticas e

¹ Ministério da Educação/ DEB (2001) Currículo Nacional do Ensino Básico - Competências Essenciais.

necessidades das crianças e adolescentes, e em função do seu percurso desenvolvimental, adoptando uma perspectiva sistémica.

Pretende-se que esta dinâmica inclua “*actores*” tais como os pais, professores e os pares e ainda que inclua “*cenários*” tais como a família, a escola, a rua e a comunidade.

Pretende-se que ajude a “*eleva*” os estilos de vida saudáveis a um “*estatuto de prestígio*” pessoal e social entre-pares.

De acordo com estudos recentes², a nova dinâmica curricular incluirá necessariamente estratégias tais como a promoção de competências pessoais e sociais: competências de comunicação interpessoal, competências de identificação e gestão de emoções, competências de identificação e resolução de problemas, promoção da assertividade e da resiliência nas crianças e adolescentes. Incluirá ainda informação relacionada com a protecção da saúde e prevenção do risco, nomeadamente na área da sexualidade, da violência, do comportamento alimentar, do consumo de substâncias, do sedentarismo, dos acidentes. Em síntese, informações e competências que ajudem as crianças e os adolescentes na identificação de problemas e na tomada de decisões e ainda na participação na vida social, mantendo opções pró-sociais e saudáveis.

Esta abordagem pró-activa, construtiva e “pela positiva” é essencial, uma vez que, quando questionados sobre a razão que os leva à adopção de comportamentos lesivos da sua saúde, os jovens sublinham a falta de alternativas, a falta de expectativas para o futuro, o “tédio”, e a desistência de viver, ou pelo menos a desistência de viver participando activamente na vida social, tomando responsabilidade de decisão sobre as suas vidas, percebendo a suas vidas como vidas de qualidade e desenvolvendo progressivamente a sua autonomia.

Se nos centrarmos sobre estudos recentes nesta área³, a nova dinâmica curricular beneficiará se tiver como foco *as alternativas*, ou seja, a forma de ajudar crianças e adolescentes na procura de modos alternativos de lidar com a ansiedade, com o stress, com a depressão, com o tédio, com o relacionamento com o outro género, bem como com os desafios da vida em geral, sem recurso a comportamentos desajustados de “*externalização*”: consumo de substâncias (tabaco, álcool e drogas) e violência, ou a

² Matos, M.G. (ed) (2005). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*, Lisboa: CDI, FMH.

³ Matos, M. et al. (2003). *A saúde dos adolescentes Portugueses: 4 anos depois*. Lisboa: FCT, FMH, IHMT.

comportamentos desajustados de “*internalização*” (depressão, sintomas físicos, ansiedade) ou ainda a uma sexualidade ligada ao risco (gravidez não desejada e IST’s (Infecção Sexual Transmitida, p.e.). A nova dinâmica curricular beneficiará se tiver como objectivo último *a autonomia, a responsabilização e a participação activa dos jovens* na construção do seu futuro com saúde e bem-estar.

A promoção de competências pessoais e sociais e sua utilização na área do desenvolvimento social e protecção e promoção da saúde/ bem estar, pode constituir uma estratégia na obtenção de informação, mas também na construção de alternativas, na adopção de modos alternativos de lidar com os desafios da vida, sobretudo em situações onde os factores sociais, económicos e ambientais possam constituir factores ligados ao risco. As crianças e adolescentes devem ter a possibilidade de obter informação e ajuda para equacionar problemas e tomar decisões, bem como a associar esta competência e autonomia à adopção de estilos de vida saudáveis e a uma participação social activa que inclui a possibilidade de transformação do seu envolvimento físico e social, permitindo uma acessibilidade fácil, socialmente valorizada e duradoura a um estilo de vida saudável e projectado no futuro.

Sugere-se uma intervenção preferencialmente preventiva, com ênfase no envolvimento e participação das crianças e adolescentes, e com especial ênfase na colaboração com as famílias, incluindo ainda outros contextos frequentados: escola, centros de juventude, centros de saúde, centros desportivos, rua.

Uma análise de 149 estudos de prevenção no contexto escolar⁴ revela que os **programas preventivos “bem sucedidos”**:

- (1) têm como objectivo criar a *capacidade de iniciar e manter mudanças*,
- (2) envolvem equipas baseadas nas *escolas*,
- (3) incluem objectivos de *clarificar normas*,
- (4) incluem a *promoção de competências pessoais e sociais* das crianças e adolescentes (auto-controlo, gestão do stress, auto-gestão, comunicação, decisão) e
- (5) são programas *longos*

⁴ Gottfredson, D. (1997). The effects of school environments on youth behaviour. *Proceedings of the Conference Juvenile crime: a research perspective*, Washington.

enquanto que os programas que “ **não funcionam**” são os que:

- (1) se baseiam apenas no *aconselhamento*
- (2) fornecem apenas *actividades extra curriculares pontuais*
- (3) fornecem apenas *actividades de ocupação de tempo*
- (4) fornecem apenas *informação*
- (5) se baseiam na indução do *medo*
- (6) se baseiam apenas num *apelo moral*

Algumas destas estratégias, para além de não funcionar, devem levar a uma reflexão ética⁵. Como exemplo, salientamos a utilização de estratégias de *atemorização, o exagero e dramatização dos riscos, a colagem óbvia a posições ideológicas ou religiosas*.

A escola parece efectivamente um bom ponto de partida para a promoção da “*saúde positiva*”⁶, bem como para a promoção das alternativas pessoais para lidar com os desafios da vida e com a procura de bem-estar.

Enquadramento logístico actual

Nas escolas portuguesas, a educação em matérias relacionadas com a saúde tem-se processado fundamentalmente através de três dinâmicas:

a) Acções de formação para alunos, professores e pais dinamizados por agentes exteriores à escola (Equipa técnica ex-CCPES, APF, MDV, Fundação Portuguesa A Comunidade Contra a Sida, Centros de Saúde e Hospitalares, Instituto de Droga e da Toxicodependência, Comissão Nacional de Luta Contra a Sida, Fundação Portuguesa de Cardiologia, Universidades, Centros da Juventude, Centros de Alcoologia, Instituto Português da Juventude etc.), na área da sexualidade e prevenção de comportamentos sexuais de risco, da prevenção dos consumos, da prevenção da obesidade, da prevenção da violência, etc.

⁵ Springer, A. (2004). How can policy, practice and research deal with underlying values and paradigms: response from the perspective of prevention, *Pompidou Group Strategic Conference, Council of Europe, Strasbourg*.

⁶ OMS (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*, Versão portuguesa "Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública", 17-21 Novembro, Ottawa, Canada, Lisboa: DGSaúde.

Vantagens:

Contabiliza-se exactamente o número de horas de formação, confirmam-se os conteúdos da formação incluídos, há uma escolha da escola ou de diferentes professores em relação aos agentes formativos e aos alunos envolvidos.

A escola contrata agentes externos, sem a preocupação de formação de técnicos.

A avaliação deste processo é fácil, quantitativamente, embora meramente descritiva: “quantas horas” e “de que conteúdos”.

Inconvenientes:

São acções de carácter pontual, sem continuidade pedagógica que aparecem com carácter essencialmente informativo e fora da “competência das escolas”. Sabe-se que em matéria de prevenção “só informação não basta” e há actualmente uma clara indicação para transformar estas acções pontuais numa acção contínua, com centro na comunidade escolar e funcionando como parte integrante desta.

b) Conteúdos “transversais” trabalhados em todas as disciplinas**Vantagens:**

São acções com continuidade pedagógica, que aparecem com carácter informativo e reflexivo dentro da “competência das escolas” no âmbito das disciplinas.

Há actualmente uma clara indicação para uma preferência deste tipo de acções com centro na comunidade escolar e funcionando como parte integrante desta. São exemplo desta metodologia, o trabalho das escolas integradas na rede das escolas promotoras de saúde (rede nacional, europeia e mundial) e ainda as acções implementadas com o apoio da equipa técnica da ex-CCPES.

Inconvenientes:

É um processo com uma logística complicada, onde os bons resultados dependem fortemente do empenho e da continuidade de alguns professores, do apoio dos serviços centrais a estes professores, do financiamento disponível, do empenho e disponibilidade dos Conselhos Executivos.

E impossível contabilizar exactamente o número de horas de formação, bem como os conteúdos da formação incluídos e pode haver grande discrepância nas formações, nas áreas incluídas, duplicadas e excluídas e ainda do tipo de abordagem dos conteúdos pelos vários professores envolvidos.

A continuidade não é garantida e alguns professores referem o desgaste ligado a um trabalho não apoiado, não remunerado, não reconhecido e sem garantia de continuidade e impregnação na “cultura escolar”.

A avaliação deste processo é complexa porque é difícil homogeneizar o processo que ocorre em cada turma e seleccionar indicadores idênticos de realização.

c) Área curricular não disciplinar integrada no currículo escolar regular

Vantagens:

São unidades lectivas com continuidade pedagógica, que aparecem com carácter informativo e reflexivo dentro da “competência das escolas”. Há actualmente uma clara directriz preventiva para esta acção integrada e contínua, com centro na comunidade escolar e funcionando como parte integrante desta.

Desde 2001 todos os alunos do 2º e 3º ciclos do ensino regular têm um espaço relativo à “Formação Pessoal Social” no seu horário semanal que inclui as áreas de: “Estudo Acompanhado”, “Área de Projecto” e “Formação Cívica”. Este processo também ocorre no 1º ciclo. As escolas têm ainda possibilidade de afectarem um tempo lectivo a uma “opção de escola”, que se destina a suprir dificuldades específicas de cada contexto, e onde algumas escolas optam pela Educação para a saúde.

É um processo de implementação simples servindo-se das estruturas já existentes no Ministério da Educação e servindo-se do corpo docente já existente.

É possível contabilizar exactamente o número de horas de formação, bem como os conteúdos da formação incluídos.

Há uma avaliação dos alunos neste processo nomeadamente “presenças” (carácter obrigatório) e avaliação qualitativa “satisfaz/ não satisfaz”

Inconvenientes:

Pode ocorrer grande discrepância nas formações dos professores e no tipo de abordagem dos conteúdos dos vários professores envolvidos, uma vez que não há presentemente directrizes claras em relação aos conteúdos destas áreas e ao perfil do

professor, sabendo-se apenas que o Director de turma assegurará a “ formação cívica” da sua direcção de turma.

Assim, os professores envolvidos poderão não ter qualquer formação específica e, o critério de distribuição destas horas poderá ser um mero critério de “ter horário incompleto”. Assim será neste momento possível que, em algumas escolas, os professores com horário reduzido porque a sua disciplina está “em extinção” (p.e. EVT) sejam os que mais se ocupam destas áreas, é ainda possível que não tenham tido formação prévia, e é também possível que vão ocupando os alunos “como podem” ou “como acham melhor”, na ausência de recomendações específicas.

A avaliação deste processo é complexa, porque é neste cenário difícil homogeneizar o que se passa realmente nestas aulas e seleccionar indicadores idênticos de realização.

Identificação e diagnóstico de problemas e metas na área da saúde dos adolescentes.⁷

A amostra portuguesa de 2002 do estudo português integrado na rede europeia HBSC/OMS (*Health Behaviour in School-aged Children*), estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde, que pretende estudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas ⁸

O grupo que constituiu a amostra Portuguesa em 2002 foi constituído por 6131 adolescentes, com uma média de idade de 14 anos, frequentando os 6º, 8º e 10º anos de escolaridade do ensino público oficial, em Portugal Continental.

Foi aproximadamente igual o número de rapazes e raparigas (49% de rapazes), e foram distribuídos proporcionalmente pelas 5 regiões educativas do Continente (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve). A amostra foi aleatória, com representatividade nacional para os jovens que frequentam estes graus, de ensino oficial. Os questionários foram preenchidos na sala de aula, sendo de preenchimento anónimo e voluntário.

Relativamente à profissão dos pais, na maior parte dos casos esta situa-se no nível socio-económico médio-baixo, tanto no que diz respeito aos pais como às mães e

⁷ Matos, M. et al. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses, quatro anos depois*. Lisboa: FCT, FMH, IHMT.

⁸ Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., & Todd, J. (2000). *Health and health behaviour among young people*. HEPCA series: World Health Organization.

relativamente ao nível de instrução grande parte dos pais (tanto pais como mães) estudou até ao primeiro ciclo (quatro anos de escolaridade).

Em relação ao percurso escolar dos alunos desta amostra, verifica-se que cerca de dez por cento dos jovens, têm uma diferença de idade superior a dois anos, em relação ao ano em que está a estudar e são considerados “ em retenção”.

Apresenta-se em seguida uma síntese de alguns dos comportamentos destes adolescentes com ressonância na sua saúde, como indicador de territórios de intervenção, uma vez que de 1998 para 2002 estes valores se agravaram na sua generalidade, no duplo sentido de maior risco e menor protecção da saúde.

Quadro sinóptico das percentagens de adolescentes face a um conjunto de comportamentos ligados à protecção e ao risco (dados HBSC/Portugal, 2002)

Comportamentos ligados à protecção e ao risco	% SIM
ALIMENTAÇÃO	
Estar em dieta \	7.1%
Comer vegetais (todos os dias)	27.0%
Beber refrigerantes (todos os dias)	34.6%
MAL ESTAR	
Sentir-se triste todos os dias	7.0 %
Sentir-se irritado todos os dias	6.1%
Sentir-se nervoso todos os dias	11.3%
LAZER E ACTIVIDADE, FÍSICA	
Ver TV durante a semana (4 horas ou mais)	33.0 %
Act. Física fora escola durante a semana (4 dias ou mais)	36.8%
CONSUMOS	
Fumar todos os dias	8.5%
Consumo bebidas destiladas (1x mês ou mais)	12.3%
Consumir drogas no último mês	6.6%
RELAÇÕES INTERPESSOAIS	
Relações sexuais (só nos 8º e 10º anos)	23.7%
Dos que referiram ter tido relações sexuais*	
Não usar preservativo última relação sexual	7.1%
Ter relações sexuais associadas ao álcool ou à droga	12.1%

VIOLÊNCIA E ACIDENTES

Lutas (nos últimos 12 meses)	36.9%
Ter sido provocado várias x/ semana (últimos 2 meses)	7.7%
Ter provocado várias x/semana (últimos 2 meses)	4.0%

ESCOLA

Capacidade escolar muito boa (percepção dos professores)	8.8%
Gostar da escola	76.7%
Os professores interessam-se por mim como pessoa	48.8%

FAMÍLIA

Facilidade falar com o pai	57.7%
Facilidade falar com a mãe	79.6%

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Participação em actividades associativas	54.7%
Trabalho de solidariedade social	51.9%

Em relação à quase totalidade das variáveis analisadas, os resultados obtidos junto dos adolescentes mais novos, parecem ser mais favoráveis para a sua saúde do que os obtidos pelos jovens mais velhos (mais de 15 anos)⁹. Esta conclusão, já acentuada no estudo de 1998, mantém-se igualmente verdadeira e saliente no estudo de 2002. A excepção mais saliente em relação a esta regra é a informação de que os mais velhos têm em maior quantidade e qualidade, face à transmissão do VIH e outras IST's. Este facto deve-se sem dúvida à relevância desenvolvimental deste aumento de conhecimentos, face à emergência de uma sexualidade adulta.

Este facto sugere que uma intervenção preventiva/ promocional deve ocorrer **cedo** no decorrer da escolaridade, nomeadamente na área dos consumos, lazer activo, comportamentos sexuais de risco, bem-estar, violência e alimentação. É no entanto de prever uma sequencialização dos conteúdos em função da sua relevância no percurso de desenvolvimento.

No que se refere à diferença de **género**, os rapazes aparecem com mais tendência para **comportamentos externalizantes** tipo consumos, acidentes, envolvimento em lutas e provocações, uma maior prática de actividades físicas, e têm um menor investimento na escola. Por outro lado apresentam algo que poderíamos identificar como um optimismo em relação à vida, tendo mais tendência a se perceberem como saudáveis,

⁹ Matos, M.G. et al (2004) *Risco e protecção: adolescentes, pais, amigos e professores*. Consultado a 2 de Agosto 2005 em www.fmh.utl.pt/aventurasocial

felizes, satisfeitos com a vida, com o seu corpo, com as suas competências. Referem mais frequentemente a existência de um grupo social de apoio.

As raparigas aparecem com mais tendência para **comportamentos internalizantes** tipo sintomas físicos e somáticos de mal-estar, uma menor prática de actividade física, uma maior preocupação e insatisfação pelo seu corpo e a sua aparência. Por outro lado apresentam um maior investimento na escola. Preferem falar com as raparigas (tal como os rapazes, que as preferem para interlocutoras).

Parece haver uma maior monitorização na vida das filhas do que na dos filhos, por parte dos pais e, em geral, uma maior pressão para a “*conformidade*”. Estas conclusões, já acentuadas no estudo de 1998, mantêm-se igualmente verdadeiras e salientes no estudo de 2002.

Este facto sugere, que os benefícios de uma intervenção preventiva, podem ser optimizados se esta diferença de **géneros** for tida em consideração e amplamente debatida em termos da sua evolução histórica e cultural.

De salientar ainda o risco para a saúde associado a (1) **ter retenção escolar**, (2) **ser estrangeiro** e (3) **ter problemas de saúde/doença crónica/ deficiência**. Estas situações sugerem que, também em matéria de saúde, não é fácil ser-se “*diferente*”. Sublinha-se ainda o risco para a saúde associado à **pobreza**¹⁰.

Sublinham-se ainda as **diferenças regionais** que sugerem uma visão integrada, mas local dos problemas ligados à saúde/ bem-estar.

Entretanto, estudos qualitativos com utilização de grupos focais (“*Focus groups*”/ grupos de discussão centrados num tema) com jovens^{11 12} evidenciam algo que se poderia talvez identificar como o “*desafio*” de um “*estilo de vida ligado ao risco*” e, pelo contrário, o “*tédio*” do dia a dia onde, referem eles, “*não se passa nada*” e não vislumbram “*expectativas para o futuro*”.

¹⁰ Gaspar, T; Matos, M.G.; Gonçalves, A & Ramos, V. (2005) Saúde dos adolescentes migrantes, in M. Matos (ed) (2005) *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*, Lisboa: CDI/FMH

¹¹ Matos, M., & Santos, T. (2002). Gender and smoking in young people in Portugal. In M. Lambert, A. Hublet, P. Verduyck, L. Maes, & S. Broucke (Eds.). *Gender differences in smoking in young people*. Brussels: Flemish Institute for Health Promotion, ENYPAT, ECC.

¹² Matos, M., Gaspar, T., Vitoria, P., & Clemente, M. (2003). *Adolescentes e o tabaco: Rapazes e raparigas*. Lisboa: FMH, CPT, MS.

Como já referimos, a tendência geral na comparação destes dados de 2002 com os resultados do estudo em 1998, é para um agravamento da situação em matéria de saúde/ bem-estar e comportamentos associados ao risco e à protecção.

De acordo com o protocolo internacional do HBSC/ OMS este estudo será repetido em Janeiro de 2006 e outra vez em Janeiro 2010.

Sugere-se que os resultados do estudo de 2006 funcionem como uma linha de base, sendo meta absoluta que este aumento do risco não continue de 2006 para 2010 (3 anos após a implementação desta medida), e preferencialmente que ocorra uma diminuição (que não se verifica desde 1998).

Percursos da Educação Sexual/ Educação para a Saúde

Desde há muito que o Ministério da Educação tem manifestado preocupações no âmbito da Educação Sexual. O facto de, por vezes, este assunto emergir a nível da comunicação social, não só traduz o percurso que esta instituição tem feito em matéria de iniciativas e reflexões, muitas das vezes com avanços e recuos, como também traduz o consenso difícil de estabelecer na área, devido à sua própria complexidade e especificidade.

Uma análise sucinta das instituições competentes nesta matéria e da legislação/ documentos em vigor, vai permitir-nos detectar algumas datas como marcos de referência e avaliar a forma como os decisores políticos foram gerindo as rupturas e as mudanças da sociedade.

Lei nº3/84:

A Lei nº3/84, de 24 de Março, estipula que o “*Estado garante o direito à Educação sexual, como componente do direito fundamental à Educação*” (Artº1). A garantia da educação sexual será feita “*através da escola, organizações sanitárias e meios de comunicação social*” (Artº2) e os “*os programas escolares incluirão, de acordo com os diferentes níveis de ensino, conhecimentos científicos sobre anatomia, fisiologia, genética e sexualidade humanas (...), evitando a discriminação de funções entre mulher e homem*” devendo ser dada particular atenção “*à formação inicial e permanente dos docentes*” e à criação de “*condições adequadas de apoio aos pais no que diz respeito à educação sexual dos seus filhos*” (Artº2º, nº2 e nº3).

A lei considera aspectos práticos essenciais, tais como a inclusão de conteúdos atinentes à educação sexual nos currículos e a formação de docentes sem esquecer a “*intervenção dos pais*”.

Lei nº46/86, de 14 de Outubro:

A Lei de Bases do Sistema Educativo, publicada em 1986, estabelece os seguintes princípios:

Art.2º,4: O S. E. responde às necessidades resultantes da realidade social, contribuindo para o desenvolvimento pleno e harmonioso da personalidade dos indivíduos, incentivando a formação dos cidadãos livres, responsáveis, autónomos e solidários e valorizando a dimensão humana do trabalho;

Art.2º,5: A educação promove o desenvolvimento do espírito democrático e pluralista, respeitador dos outros e das suas ideias, aberto ao diálogo e à livre troca de opiniões, formando cidadãos capazes de julgarem com espírito crítico e criativo o meio social em que se integram e de se empenharem na sua transformação progressiva;

Art.47,2: Os planos curriculares do ensino básico incluirão em todos os ciclos e de forma adequada uma área de formação pessoal e social, que pode ter como componentes a educação ecológica, a educação do consumidor, a educação familiar, a educação sexual, a prevenção de acidentes, a educação para a saúde, a educação para a participação nas instituições, serviços cívicos e outros do mesmo âmbito.

Art.28: Será realizado o acompanhamento do saudável crescimento e desenvolvimento dos alunos, o qual é assegurado, em princípio, por serviços especializados dos centros comunitários de saúde em articulação com as estruturas escolares.

A lei prevê pois a abordagem da Educação Sexual, integrando-a numa área de formação pessoal e social, ao mesmo tempo que refere um conjunto de valores a associar à formação da personalidade dos indivíduos.

A Lei de Bases do Sistema Educativo veio, de certa forma, enquadrar a Lei nº3/84, dando-lhe maior consistência.

Despacho nº172/ME/93: Programa de Promoção e Educação para a Saúde:

O Programa de Promoção e Educação para a Saúde (PPES) resultou de vários factores, nomeadamente da experiência de três anos do Projecto “Viva a Escola”¹³, projecto-piloto de prevenção Primária de Toxicodependências em meio escolar.

¹³ -Para informação mais detalhada sobre o Projecto “Viva a Escola”, consultar: *Do Projecto Viva a Escola ao Programa de Promoção e Educação para a Saúde – Relatório Síntese* -, 1990-1994, PES/ME.

Este programa tem como filosofia subjacente as recomendações da Comissão das Comunidades na Resolução do Conselho de Ministros da Educação de 23 de Novembro de 1988.

O sentido global das recomendações aponta para um conjunto de acções a desenvolver no âmbito da Educação/Promoção da Saúde, envolvendo escolas, famílias, instituições, serviços de saúde e a comunidade em geral.

O PPES, na prossecução das recomendações emanadas dos diferentes documentos, realizou um conjunto de actividades/projectos centrados nos seguintes temas:

- ✓ Prevenção da infecção pelo VIH/SIDA na comunidade escolar – “Aprender a prevenir”
- ✓ Projecto de Educação Sexual e Promoção da Saúde nas escolas – Um Projecto experimental
- ✓ Projecto-piloto de Prevenção Específica de Toxicodependências
- ✓ Programa de Promoção de Competências Sociais.

Para o desenvolvimento das tarefas incumbidas ao Programa de Promoção e Educação para a Saúde, foi definido um modelo funcional subdividido em três níveis: nacional, regional e local. A cada um destes níveis, foram afectos recursos humanos com competências definidas e orçamento próprio.

Saliente-se que os objectivos prioritários desta fase foram a (i) transformação das escolas do Projecto Viva a Escola (PVE) em Escolas Promotoras de Saúde (EPS) e seu alargamento a todo o Sistema Educativo e (ii) a concepção do modelo de Formação/Acção destinado prioritariamente a professores.

A avaliação do programa consta do “Relatório Síntese de 1994-1996”.

Resolução do Conselho de Ministros nº124/98 (1ª série):

Na sequência da realização do referendo sobre a despenalização da interrupção voluntária da gravidez, dos programas de intervenção em matéria de “saúde”, o Conselho de Ministros entendeu legislar para dar cumprimento aos princípios consignados na Lei nº3/84, de 24 de Março.

A Resolução nº124/98 (1ª série) aprova o relatório da Comissão Interministerial para a elaboração de um plano de acção integrado em Educação Sexual e Planeamento Familiar.

As instituições que integraram a Comissão foram: Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Secretaria de Estado da Juventude e Ministério do Trabalho e da Solidariedade.

O relatório começa por fazer um historial sobre a evolução da temática ao nível dos Ministério da Educação e da Saúde.

No que diz respeito ao Ministério da Educação, o Relatório salienta algumas medidas. A saber:

- ✓ A Lei de Bases do Sistema Educativo (já referido) *cria uma nova área educativa, de cariz transdisciplinar, a Formação Pessoal e Social*, onde a Educação Sexual (para além de outras áreas) é prevista e pode ser abordada na área-escola, considerado espaço de liberdade e iniciativa;
- ✓ Em 1995/96, o Ministério da Educação, através do Programa de Promoção e Educação para a Saúde inicia um Projecto Experimental de Educação Sexual e Promoção da Saúde nas escolas em parceria com a Associação para o Planeamento da Família (APF) e com o apoio da Direcção Geral da Saúde (DGS) ¹⁴;
- ✓ Formação de professores, acções de formação para pais/encarregados de educação e auxiliares de acção educativa;
- ✓ Apoio/Acompanhamento ao desenvolvimento do Projecto de Prevenção do VIH/SIDA em meio escolar.

O mesmo Relatório propõe ainda algumas linhas estratégicas, a adoptar pelo Ministério da Educação que se prendem com a forma de abordar a temática, o envolvimento dos pais e da comunidade, o trabalho em parceria com o Centro de Saúde e a Comunidade e a definição da zona de incrementação da Educação Sexual: a rede nacional de escolas promotoras de saúde.

¹⁴ - Para informações mais detalhadas sobre duração do projecto, número de escolas, avaliação, etc., consultar *Programa de Promoção e Educação para a Saúde – Relatório Síntese* -, 1994-1996, PES/ME.

O Relatório da Comissão Interministerial conclui que *“estão criadas as condições para que se reforce a concretização e aplicação de preceitos legais existentes, apostando-se na colaboração estreita e intervenção articulada entre os vários Ministérios”* ao mesmo tempo que elabora um conjunto de metas e acções a desenvolver articuladamente e atribuindo algumas responsabilidades ao Ministério da Educação, nomeadamente:

- ✓ Constituição de Equipas Locais de apoio às escolas de diferentes níveis;
- ✓ Trabalhar com a Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde no sentido de, gradualmente, as escolas assumirem a componente da Sexualidade no seu projecto educativo das escolas;
- ✓ Fomentar parcerias e apoiar a intervenção educativa de outros Ministérios.

O documento também propõe linhas estratégicas para os diferentes Ministérios que integram a Comissão, o que pode conferir sustentabilidade às medidas que o Ministério da Educação possa tomar num futuro próximo.

Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde:

A Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde (CCPES) foi criada por Despacho nº 15 587 (2ª série), de 1999, e o objectivo essencial foi dar continuidade ao que então vinha sendo feito, dotando o Ministério da Educação de uma estrutura competente para *“garantir continuidade, consolidar e conferir carácter estrutural e permanente à promoção e educação para a saúde”*.

Esta comissão reabsorveu as iniciativas anteriormente geradas pelo Programa de Promoção e Educação para a Saúde, nomeadamente no que diz respeito às áreas de intervenção: Projecto de Educação Sexual e Promoção da Saúde, Prevenção da infecção pelo VIH/SIDA na comunidade escolar, Projecto-piloto de Prevenção Específica de Toxicodependências, Educação Alimentar, etc.

Para o desenvolvimento destes projectos, dinamizaram-se as seguintes estratégias:

- a. Acompanhamento/formação a professores e outros intervenores na área;
- b. Formação inter-pares, co-responsabilizando os jovens na formação de outros jovens;

- c. Produção e divulgação de materiais específicos;
- d. Dinamização das escolas na participação de Concursos – nacionais e internacionais –;
- e. Comemoração de eventos;
- f. Integração de temas relacionados com “*educação para a saúde*” nos programas disciplinares do 1º ao 3º ciclo.

Tendo em vista a implementação das actividades previstas no seu Plano, a CCPES adoptou o modelo organizacional subdividido em três níveis, conforme já anteriormente praticado pelo Programa de Promoção e Educação para a Saúde. A nível local, algumas escolas dispunham de um professor Coordenador de Projecto a quem era atribuída uma redução de horário na componente lectiva¹⁵ (Despº do ME, 13 de Agosto de 1993) para operacionalizar, em parceria com as entidades locais, as dinâmicas da Promoção da Saúde.

Em Junho de 2001, com a publicação de legislação específica na área da Educação Sexual em meio escolar – Lei nº120/99, Decreto-Lei nº259/2000, conforme será adiante referido - foi concebido e enviado às escolas do Sistema Educativo um Questionário sobre Educação Sexual. O Objectivo principal deste questionário era o “*estudo do processo de integração da Educação Sexual em meio escolar*”.

Alguns dos resultados da análise deste questionário foram publicados numa Folha Informativa, posteriormente enviada a todas as escolas.

Em 2003, com o objectivo já mencionado, o mesmo questionário foi repetido e enviado às escolas, aguardando-se a análise dos resultados.

Saliente-se ainda que dentro desta área específica, houve um acompanhamento/apoio às acções/práticas que as escolas espalhadas pelas diferentes regiões iam desenvolvendo.

¹⁵ Esta prática, nas escolas, era facilitadora da implementação de projectos. Actualmente, este procedimento parece ter-se perdido.

No que diz respeito à alínea (a) – *Acompanhamento/formação de professores e outros intervenientes* – a formação desenvolvida pelas diferentes regiões em articulação com a estrutura central organizou-se por temas e teve como elemento dinamizador o Técnico Promotor de Educação para a Saúde (TPES), elemento responsável a nível das regiões, situado nas Direcções Regionais.

No que diz respeito à alínea (c) – *Produção de materiais específicos* - saliente-se no âmbito da “Educação Sexual e Promoção da Saúde”, a divulgação/publicação de duas obras de referência:

- ✓ *Educação Sexual em Meio Escolar: linhas orientadoras*, Ministério da Educação Comissão de Coordenação de Promoção e Educação para a Saúde, APF, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, CAN e RNEPS Lisboa, 2000¹⁶.

Este manual vem na sequência do Projecto Experimental “Educação para a Saúde e Promoção da Saúde nas escolas”, que se realizou entre 1995 e 1998.

- ✓ *Educação Sexual – Guia anotado de recursos*, IIE (Instituto de Inovação Educacional); DEB (Departamento da Educação Básica); DES (Departamento do Ensino Secundário); CCPES (Comissão de Coordenação de Promoção e Educação para a Saúde) Dezembro de 2001.

Este Guia “*constitui um levantamento e uma sistematização de materiais actualmente acessíveis ao professor para apoio à sua função de gestor e decisor curricular*”. O capítulo 4 desta publicação é dedicado ao registo de experiências e práticas que determinadas escolas, em diversas regiões, desenvolveram e cujo estudo pode ser catalizador de outras experiências/reflexões.

Ambas as publicações foram divulgadas pelas escolas do Sistema Educativo com o objectivo de as apoiar na elaboração do seu Projecto Educativo conforme estipulado pelo Decreto-lei nº115 A/98, a lei que regulamenta o regime de autonomia das escolas.

¹⁶ - Este documento foi produzido pela Equipa de Apoio Técnico em Educação Sexual (EATES), conforme relatório de actividades entregue em mão ao Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES), em 14.07.2005.

Em Dezembro de 2002, devido à cessação de funções da então coordenadora, as actividades desenvolvidas pela Comissão de Coordenação de Promoção e Educação para a Saúde passaram a pertencer à Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, através do Decreto Regulamentar nº17/2004, de 28 de Abril.

Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS):

A RNEPS é um modelo organizativo de implementação da Promoção e Educação para a Saúde em meio escolar.

A intervenção desenvolve-se em parceria entre o Ministério da Educação (ME) e o Ministério da Saúde (MS) e procura dar respostas a escolas e centros de saúde que planeiem a mudança de práticas e de procedimentos com vista a *capacitar as populações para a completa realização do seu potencial de saúde*¹⁷.

Esta rede de escolas está vinculada à Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, um projecto do Conselho da Europa, da Comissão Europeia e do sector regional para a Europa da Organização Mundial de Saúde (OMS). Os objectivos e as metodologias a adoptar neste grupo de escolas estão definidos e podem ser analisados na página da OMS: <http://www.who.dk/enhps/page>.

Conforme anteriormente referido, desde cedo que a rede de escolas Promotoras de Saúde começa a ser equacionada, tendo sido em 1994, que Portugal aderiu à Rede Europeia. Em 1997, numa reunião de Coordenadores Nacionais da Rede, foi decidido o alargamento das redes nacionais de escolas, de acordo com as capacidades e especificidades de cada país.

Em 1998/99, em Portugal, a rede era formada por 662 escolas e 222 Centros de Saúde, tendo este número aumentado para 3407 escolas e 265 Centros de Saúde, em 2001-02.

A adesão à rede era voluntária, a pedido da escola e respectivo centro de saúde e a formalidade consistia na assinatura de um “Contrato de Adesão”, onde estavam estipulados certos requisitos, nomeadamente o de “*Comprometer-se a contemplar no*

¹⁷ Carta de OTTAWA, 1986.

projecto educativo de escola (PEE) os princípios orientadores de uma Escola Promotora de Saúde e a elaborar e desenvolver o seu Plano de Actividades de acordo com os mesmos”.

As escolas, em parceria com os centros de saúde, procediam a uma avaliação diagnóstico do contexto em que se inseriam e concebiam o seu Plano de Actividades. Para a operacionalização das actividades atinentes à Promoção da Saúde, as escolas dispunham de uma verba que lhes era fornecida pelo Gabinete de Estudos e Financiamento (GEF¹⁸).

O Centro de Apoio Nacional (CAN) é a estrutura de orientação técnica da RNEPS e as suas competências específicas foram definidas por **Despacho Conjunto nº734/2000**¹⁹. Era composto por 7 elementos: 3 membros do Ministério da Educação, 3 do Ministério da Saúde e um Coordenador.

A mais valia da RNPES e do CAN foi a institucionalização a nível central da parceria entre os dois Ministérios: Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Esta medida repercutiu-se a nível regional e local, pois a área da “Promoção e Educação para a Saúde” passou a ser objecto de uma intervenção conjunta.

Com a cessação de funções da anterior coordenação da CCPES²⁰, que era a mesma do CAN, a Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS) deixou de receber orientações técnicas a nível central assim como verba própria para o desenvolvimento de projectos.

O programa do actual XVII Governo Constitucional menciona o trabalho da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde, onde refere como objectivo “*recuperar até 2005, os níveis alcançados em 2002 e progressivamente, até 2010, implicar a totalidade das escolas do sistema educativo, com apoio do sistema de saúde*”²¹.

¹⁸ Gabinete de Estudos e Financiamento, actualmente designado Gabinete de Gestão Financeira do Ministério da Educação.

¹⁹ Para mais informações sobre a filosofia da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde, formas de funcionamento e o Centro de Apoio Nacional (CAN), consultar: *A Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde*, Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Ed.Ministério da Educação, (s/data).

²⁰ Despº5944/2003 (2ªsérie), de 26 de Março.

Estas duas estruturas - CCPES/CAN – eram responsáveis pelo acompanhamento/monitorização dos projectos que as escolas desenvolviam no âmbito da “Promoção e Educação para a saúde em meio escolar”.

Lei nº120/99:

A Lei nº120/99 **Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva** e é formada por 5 capítulos: *Disposições gerais, Promoção da Saúde Sexual, Planeamento familiar, Interrupção Voluntária de Gravidez e Disposições finais*.

Nesta fase, apenas serão focados os aspectos centrais relacionados com o contexto “Escola”.

A Lei define que “*nos estabelecimentos de ensino básico e secundário será implementado um programa para a promoção da saúde e da sexualidade humana*”, proporcionando informações/conteúdos adequados nas diversas vertentes desta matéria: fisiológica, social e psico-social. Estes conteúdos “*serão incluídos de forma harmonizada nas diferentes disciplinas vocacionadas para a abordagem interdisciplinar desta matéria, no sentido de promover (...) uma atitude individual e responsável (...) e deverá adequar-se aos diferentes níveis etários*”.

A Lei estabelece ainda que “*deverá existir uma colaboração estreita com os serviços de saúde da respectiva área*” e no que diz respeito à formação de docentes, “*os planos de formação dos Centros de Formação de Associações de Escolas (CFAE) deverão incluir acções específicas sobre educação sexual e reprodutiva*” (Artº2º-nº1,2,3,4,5).

O Artigo 3º contempla as “Doenças Sexualmente transmissíveis”, mencionando a criação de um “*gabinete de apoio aos alunos*” e “*o acesso a preservativos através de meios mecânicos, em todos os estabelecimentos do ensino superior e nos estabelecimentos do ensino secundário, por decisão dos órgãos directivos ouvidas as respectivas associações de pais e alunos*”.

Em relação à legislação anterior, esta lei confere ao assunto maior sustentabilidade, nomeadamente quando remete para as competências do estabelecimento de ensino a aplicação das medidas previstas e quando responsabiliza os Centros de Formação de Associações de Escolas (CFAE) pela formação nestas áreas.

²¹ Programa do XVII Governo Constitucional, p.76

Decreto-Lei nº259/2000:

Este diploma regulamenta a Lei nº120/99 nas matérias referentes à organização da vida da escola, nomeadamente *“a organização curricular, favorecendo uma abordagem integrada e transversal da educação sexual”*. Regulamenta ainda a *“intervenção dos serviços especializados de apoio educativo das escolas, a formação de professores e o envolvimento de alunos, encarregados de educação e respectivas associações”*.

No que se relaciona com o contexto escolar, as disposições em matéria de organização da vida da escola pressupõem três medidas:

1. A organização curricular dos ensinos básico e secundário contempla *obrigatoriamente a abordagem da promoção da saúde sexual e da sexualidade humana quer na vertente interdisciplinar quer integrada em disciplinas curriculares cujos programas incluem a temática;*
2. O Projecto Educativo de Escola²² *deve integrar estratégias de promoção da saúde sexual, tanto no desenvolvimento do currículo, como na organização de actividades de enriquecimento curricular, favorecendo a articulação escola-família (...) dinamizar parcerias com entidades externas à escola, nomeadamente com o centro de saúde;*
3. O Plano de trabalho de turma²³ *deve ser coerente com os objectivos do Projecto Educativo.*

Respeitando o regime de autonomia, administração e gestão das escolas, o apoio aos alunos deve ser prestado apelando para a intervenção dos serviços especializados de apoio educativo das escolas. As Direcções Regionais de Educação *devem acompanhar e apoiar as escolas na organização das acções* necessárias levar a cabo para apoiar os alunos.

No que diz respeito ao “Acesso a preservativos no ensino secundário” e conforme já referido na Lei nº120/99, a instalação de dispositivos mecânicos só pode ocorrer, após *uma amplo consenso na comunidade escolar.*

²² O Decreto-Lei nº 115-A/98, de 4 de Maio regulamenta o regime de autonomia das escolas, prevê que a escola conceba o seu próprio Projecto educativo – documento que consagra a orientação educativa da escola (...) *no qual se explicitam os princípios, os valores, as metas e as estratégias segundo os quais a escola se propõe cumprir a sua função educativa* (Artº 3º).

²³ -Também previsto no Decreto-Lei nº115/A/98, de 4 de Maio.

A intervenção dos pais e encarregados de educação deve ser feita através de convocatórias de assembleias-gerais de pais e encarregados de educação, caso não tenha sido constituída uma organização representativa nas escolas.

Quanto à formação de docentes, o Decreto prevê que os serviços competentes do Ministério da Educação priorizem *“a concessão de apoios à realização de acções de formação contínua de professores no domínio da promoção da saúde e da educação sexual”*.

O Capítulo II deste Decreto remete para os deveres das instituições de Saúde (Hospitais, Centros de Saúde, Unidades Coordenadoras funcionais, etc...) em matéria de saúde reprodutiva e planeamento familiar, contracepção cirúrgica e define os “Adolescentes” como grupo de intervenção prioritária.

Este conjunto de medidas apoia/potencia as medidas previstas no âmbito da Educação.

A promulgação destas Leis e da Lei nº115-A/98, que aprova o regime de autonomia, administração e gestão dos estabelecimentos públicos da educação, veio objectivar “deveres” e “responsabilidades” da escola e de outras entidades (Saúde e Direcções Regionais) que, em parceria, deverão colaborar no processo de implementação da educação sexual.

Protocolos:

As resoluções do Relatório da Comissão Interministerial para a elaboração de um Plano de Acção em Educação Sexual e Planeamento Familiar (Resolução nº124/98, já referida) e a publicação das Leis anteriormente citadas, levaram o Ministério da Educação a estabelecer protocolos com diferentes Organizações não Governamentais. Essas Organizações são: Associação para o Planeamento da Família, Fundação Portuguesa A Comunidade contra a Sida e Movimento de Defesa da Vida.

Mediante protocolo, estas organizações/entidades devem colaborar na *implementação e desenvolvimento da Educação da Sexualidade nas escolas*, respeitando o projecto educativo das mesmas. Ao mesmo tempo, fica estipulado que lhes compete *apresentar relatórios das actividades desenvolvidas*.

Da análise conjunta dos relatórios, verifica-se que os eixos estruturantes dessa colaboração foram os pais, os alunos, os professores e a escola no seu todo.

Desde 2000²⁴ que a formação, nas suas diversas modalidades, foi sem dúvida uma actividade/estratégia privilegiada por estas instituições, o que está em consonância com uma das formas de colaboração prevista no protocolo e ao mesmo tempo com as necessidades de formação que desde a Lei nº3/84 vem sendo formulada. A análise do trabalho efectuado por estas Associações irá continuar a ser acompanhada pelo GTES.

Para efeitos da continuidade do trabalho nesta área, a lista discriminada de escolas envolvidas neste processo, assim como os quantitativos de adultos e jovens formados, são dados a reter.

Caso se pretenda obter uma visão mais detalhada sobre as actividades desenvolvidas por cada uma destas organizações, os endereços são os seguintes:

Associação para o Planeamento da Família

Rua Artilharia Um, nº 38 – 2º Dto

1250-040 Lisboa

Telefone: 21 385 39 93 / Fax: 21 388 73 79

E-mail: nacional@apf.pt

Fundação Portuguesa a Comunidade contra a Sida

R. Andrade Corvo, nº16 -1ºesqº

1050-009 Lisboa

Telefone: 21 355 00 00/21 354 00 00

E-mail: f.p.c.c.sida@mail.telepac.pt

Movimento de Defesa da Vida

R. Beneficência, 7

1050-034 Lisboa

²⁴ Ano em que se regulamenta a Lei da Educação Sexual.

Telefone: 21 799 45 30

E-mail: pramim@mdv.com

PRODEP III:

O PRODEP é a entidade responsável pelo co-financiamento da formação disponibilizada nos Centros de Formação de Associação de Escolas, e dispõe de dados estatísticos agregados e sistematizados relativos à respectiva execução.

Conforme previsto na Lei nº120/99 e já anteriormente referido, os Centros de Formação de Associações de Escolas (CFAE) passaram a ter responsabilidades de formação em áreas afectas à saúde/sexualidade.

Estes dados dão-nos uma perspectiva da quantidade de professores formados e permitem a constituição de bolsas de recursos a nível regional e local.

Acções de formação realizadas no âmbito da medida 5: - Educação para a Saúde/Educação Sexual

Dados de 1 de Janeiro de 2000 a 30 de Setembro de 2005

Regiões	N.º Acções	Nº de formandos	Nº de Horas (Volume de Formação)
Norte	23	558	20415
Centro	100	2735	26903
Lisboa e Vale do Tejo	255	7329	88190
Alentejo	41	750	22692
Algarve	38	967	18793

A escola pode identificar os recursos humanos com formação e envolvê-los na nova dinâmica curricular da Promoção e Educação para a Saúde.

Currículo Nacional do Ensino Básico:

O Currículo Nacional do Ensino Básico identifica as competências de carácter geral a desenvolver ao longo dos nove anos de escolaridade. Paralelamente, o mesmo currículo especifica quais são os temas transversais às diversas áreas disciplinares: *educação para os direitos humanos, educação ambiental, educação para a saúde e o*

*bem-estar, em particular, a educação alimentar, a educação sexual e a educação para a prevenção de situações de risco pessoal*²⁵.

Durante os três ciclos do ensino básico, o ensino das Ciências Físicas e Naturais pressupõe uma organização centrada em 4 temas, um deles designado “*Viver melhor na Terra*”.

De acordo com o Currículo, este tema deverá abordar assuntos que se relacionem com a discussão de situações envolvendo *riscos para a saúde (álcool, tabaco) e a necessidade de hábitos de vida saudáveis*.

Assim, os programas ao longo do 1º, 2º e 3º ciclos apresentam conteúdos na área da saúde e da protecção da saúde.

O estipulado na Lei nº3/84 sobre os programas escolares tem sido objecto de cumprimento: a legislação posterior tem regulamentado e, gradualmente, temas atinentes à formação pessoal/saúde têm vindo a integrar os programas escolares.

Reorganização curricular: Dec-Lei 6/2001, de 18 de Janeiro.

A noção de currículo defendido por este Decreto prende-se com preocupações de *diferenciação, adequação e flexibilização*, ou seja, a *necessidade de promover a diferenciação pedagógica, diversificando as estratégias de acordo com as situações*. Para a prossecução destes princípios, a escola e os professores têm um papel determinante na decisão sobre a gestão dos processos de ensino-aprendizagem dos seus alunos.

Esta reorganização curricular contempla aspectos inovadores, dos quais se destaca a criação de 3 *Áreas Curriculares Não Disciplinares (ACND)*.

Estas áreas são componentes obrigatórias dos desenhos curriculares dos 1.º, 2.º e 3.º Ciclos do Ensino Básico, estabelecidas pelo Decreto-Lei n.º 6/2001, de 18 de Janeiro. A sua estrutura, em termos de componentes e carga horária semanal, por ciclo de escolaridade, encontra-se definida no Decreto-lei n.º 209/2002, e é sistematizada na tabela²⁶ que se segue.

²⁵ Currículo Nacional do Ensino Básico – Competências essenciais, ME, 2001.

²⁶ Fonte: Decº-Lei nº209/2002, 17 de Outubro

Ciclo de escolaridade	Componentes	Carga horária semanal (x 90 min.)
1.º Ciclo	Área de Projecto Estudo Acompanhado Formação Cívica	<i>Tempo a gerir pelos professores dentro das 25 horas obrigatórias.</i>
2.º Ciclo	Área de Projecto Estudo Acompanhado Formação Cívica	3 (5.º ano) 2,5 (6.º ano)
3.º Ciclo	Área de Projecto Estudo Acompanhado Formação Cívica	2,5 (7.º e 8.º anos) 2 (9.º ano)

Como se pode ver através da tabela, a carga horária é atribuída às três componentes no seu conjunto, cabendo a cada escola gerir a distribuição dessa carga horária por cada componente, em cada ano de escolaridade.

Estas áreas constituem *espaços privilegiados de abordagem de temas transversais, como os direitos humanos, as questões do ambiente ou a sexualidade, entre outros*²⁷.

A escola, enquanto entidade autónoma, faz uma avaliação diagnóstico da situação da comunidade em que se insere e, numa cultura de *responsabilidade partilhada por toda a comunidade educativa*²⁸ pode gerir estas áreas por forma a trabalhar temas previamente identificados (*Alimentação, Relações Sociais, Prevenção*, etc.) e incluí-los quer no Projecto Educativo de Escola quer no Plano Curricular de Turma.

Muitas escolas desenvolveram actividades no âmbito da “Promoção da saúde/Educação sexual” na área de “Projecto”.

De acordo com o Despacho Normativo nº 1/2005, estas áreas curriculares são objecto de uma avaliação qualitativa do tipo “*Satisfaz, Não satisfaz, Satisfaz bem*”.

Conforme tem sido exposto, constata-se desde 1984 que a área da “Promoção da Saúde em meio escolar” tem vindo a ser contemplada/reforçada quer através de

²⁷ in *Novas áreas Curriculares*, DEB, ME, 2001.

²⁸ Decreto-Lei nº.115-A/98, de 4 de Maio.

legislação específica, quer através de estruturas de enquadramento (Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde/Centro de Apoio Nacional/Departamento da Educação Básica/Departamento do Ensino Secundário/Direcções Regionais de Educação) com competências específicas para conceber/executar as políticas de “Promoção da Saúde.”

Tendo em conta que compete a este Grupo de Trabalho “*proceder ao estudo e propor os parâmetros gerais dos programas de educação sexual em meio escolar*” (Despacho nº19 737/2005 (2ª série)), importa que se tenha uma visão global e integrada do assunto, recuperando aspectos significativos do trabalho das diferentes estruturas/escolas e articulando-o com medidas mais recentes.

Política Educativa e organização do Ano lectivo 2005-2006:

A nova política educativa pressupõe que o docente tenha um horário de 35 horas, sendo este formado por uma componente lectiva e outra parte por uma componente não lectiva.

Compete à Direcção Executiva da escola/Agrupamento a distribuição do serviço docente e não docente e está estabelecido que a componente não lectiva pode ser usada em favor de:

- Apoio educativo
- Complemento curricular
- Reforço das aprendizagens
- Acompanhamento de alunos motivado pela ausência do respectivo docente.

Nesta fase de (re) organização da vida das escolas, o tema da “Educação para a Saúde” pode ser introduzido/continuado em formato a decidir, sobretudo nas escolas do ensino secundário.

A reforma do ensino secundário²⁹ continua a prever a disciplina de Educação Moral e Religiosa em termos facultativos e não é especificada nenhuma referência ao Desenvolvimento Social e Pessoal.

Assim, parte da componente não lectiva atribuída ao docente pode ser usada a favor de gabinetes de apoio aos alunos, por exemplo.

Conclusão:

Em síntese, após a leitura do ponto sobre “Percursos da educação sexual em Portugal”, podemos inferir que o Estado foi legislando e regulamentando alguns aspectos, tendo em vista a implementação/reforço do trabalho na área da “Promoção da Saúde/Sexualidade”. Destaque-se:

- A Lei nº115/A, que co-responsabiliza a escola na gestão dos currículos;
- As Leis nº3/84, nº120/99 e o Decº-Lei nº 259/2000, que gradualmente vão especificando as modalidades de abordagem da Educação sexual em meio escolar;
- A reorganização curricular de Janeiro de 2001, assente em princípios de diferenciação e flexibilização curricular;
- A formação de docentes, acreditada e creditada por estruturas competentes;
- Os protocolos com Organizações Não Governamentais;
- O reforço de parcerias, nomeadamente com o Ministério da Saúde e outras entidades locais;
- A preocupação da avaliação quer a nível do sistema, quer a nível da Rede Nacional de escolas promotoras de Saúde;
- A actual organização do ano lectivo 2005/06, em que o docente dispõe de um número de horas da componente não lectiva para atribuir às escolas.

²⁹ Decº-Lei nº74/2004

Percursos da Educação para a Saúde / Educação Sexual em alguns países da Europa

Metodologias de abordagem da “Educação para a Saúde/Sexualidade” em alguns Países da União Europeia.

Países	Designação	Abordagem	Fonte
Finlândia <u>NOTA:</u> As escolas dispõem de autonomia no que diz respeito ao currículo local e aos métodos de ensino-aprendizagem.	Educação para a Saúde (7º ao 9º)	<ul style="list-style-type: none"> A promoção do bem-estar físico, psicológico e social dos alunos é um objectivo central da Educação; O Currículo Nacional para a Educação Básica (grau 1-4) não menciona explicitamente “Educação Sexual”.No entanto, o programa de Ciências Naturais e Ambientais contempla conteúdos no âmbito da Educação Sexual; No 5º e 6º anos, a “Educação para a Saúde” é incorporada no ensino da biologia e geografia; Do 7º ao 9ºano, há o tema “Educação para a Saúde”, dispondo de tempo lectivo próprio e a “Educação Sexual” inclui-se no ensino da biologia; A “Educação para a Saúde” é um tema obrigatório e inclui vários aspectos relacionados com a Educação Sexual, nomeadamente a “<i>capacidade de ponderar e justificar um comportamento responsável</i>” ; O Currículo Nacional para o Secundário integra a “Educação Sexual” no ensino da Biologia e da “Educação para a Saúde”. 	ME: Unidade Portuguesa da rede Eurydice Site: http://www.giase.min-edu.pt/eurydice/index.htm
Inglaterra <u>NOTA:</u> As escolas dispõem de autonomia no âmbito da gestão curricular, dos conteúdos e dos métodos de ensino-aprendizagem.	Desenvolvimento pessoal, social e Educação para a Saúde (PSHE: 11-14 anos) Educação Sexual (14-16 anos)	<ul style="list-style-type: none"> O Currículo Nacional tem um conjunto de disciplinas obrigatórias e opcionais; A escola oferece obrigatoriamente algumas áreas: <i>Educação Religiosa, Orientação para a carreira, Desenvolvimento Pessoal e Social e Educação para a saúde</i> (PSHE- para o grupo de alunos dos 11 aos 16 anos) e <i>Educação Sexual</i> (para o grupo de alunos dos 14 aos 16 anos). 	
Espanha <u>NOTA:</u> As escolas decidirão qual o tema transversal que pretendem realçar, tendo em conta as suas necessidades e	Ética (14-16 anos, 4ºcurso)	<ul style="list-style-type: none"> O Currículo Nacional apresenta um leque de conteúdos transversais, tais como “<i>Educação para o Ambiente</i>”, “<i>Educação Sexual</i>”, “<i>Educação para os Direitos Humanos</i>”, etc”; A cadeira de Ética inclui conteúdos atinentes ao currículo da 	

<i>experiência.</i>		área de Ciências Sociais, Geografia e História e destina-se aos alunos de 14 a 16 anos.	
<p>França</p> <p><u>NOTA:</u> A “Educação para a Saúde” não é uma disciplina nova: ela atravessa os diferentes conteúdos da vida escolar.</p>	<p><i>(Sem designação específica).</i></p> <p>A “Educação para a Saúde/Sexualidade” consiste num trabalho pluridisciplinar, inscrito num projecto de escola ou mesmo numa “política” do estabelecimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Transversal: os programas das diferentes disciplinas proporcionam momentos de reflexão sobre a “sexualidade” de acordo com objectivos previamente definidos; • As “Ciências da Vida” proporcionam as bases científicas dos fenómenos fisiológicos e biológicos; • Os professores das disciplinas devem ter consciência da relação existente entre os conteúdos científicos e os comportamentos humanos, preparando os discentes a adoptar atitudes responsáveis e a prevenir riscos; • Tendo em vista a continuidade educativa, é prevista a organização de três sessões de “<i>informação e educação para a sexualidade</i>” durante o ano lectivo – estas sessões devem integrar o projecto educativo do estabelecimento -. 	

SÍNTESE

O que decorre destas notas sobre a abordagem da Educação Sexual em nestes países, é que o Currículo Nacional aponta recomendações que a escola, mediante o contexto em que se insere, a negociação com pais e alunos e a auscultação das suas prioridades, deverá aplicar.

A Escola é pois uma peça fundamental na forma como gere os conteúdos da matéria transversais e os apresenta/organiza em torno do seu projecto educativo.

Intervenção do GTES

Síntese das visitas às escolas

Uma das linhas de acção estabelecida pelo GTES foi a “visita às escolas” das diferentes Direcções Regionais do país. Com estas visitas, pretendia-se obter uma informação mais detalhada e rigorosa sobre a forma como todos os intervenientes no processo de “Implementação da Educação sexual em meio escolar” – pais, alunos, professores, comunidade educativa em geral – foram lidando e gerindo as sucessivas orientações e legislação. Simultaneamente, pretendíamos auscultar a opinião dos professores/alunos/pais sobre “a forma mais eficaz” de trabalhar a área, dentro de um quadro legal que é intrínseco à dinâmica da escola.

As visitas decorreram entre os meses de Setembro e Outubro 2005 e, sendo acompanhadas por um responsável das Direcções Regionais, tinham lugar nas próprias escolas na presença de pais, alunos, - sempre que possível - professores e outros parceiros envolvidos nas actividades da escola.

O quadro abaixo é redutor, pois não consegue traduzir o volume de trabalho que as escolas desenvolveram e os esforços/sinergias que as mesmas tiveram de dispensar para o efeito. Para obviar essa dificuldade, centramos a “abordagem da Educação sexual” nas seguintes categorias: (a) abordagem disciplinar e/ou transversal, (b) presença/ausência de sessões temáticas de reforço, (c) existência/inexistência de gabinete de atendimento aos alunos, (d) facilidade/dificuldade em estabelecer parcerias.

No fundo, o que sobressai destas visitas, é que todas as escolas se implicaram e todas manifestam uma elevada importância ao tratamento da área da “Educação para a Saúde”.

	Escolas	Caracterização	Abordagens da Educação Sexual
Norte	Agr.Vertical M^a Lamas Escola sede EB2,3 com 3 escolas do 1ºciclo c/Jardim de Infância. Com instalações: Cantina+pavilhão gimnodesportivo e sala polivalente	471 alunos:225 (2ºciclo)+246(3ºciclo); Nºtotal de prof:78; PQND:68 Nºde turmas:25 Tx de insucesso médio: 18,5% (2ºciclo) (3ºciclo) S/orçamento específico para a Saúde	Tema abordado na área da disciplina de Ciências. Actividades de reforço com sessões temáticas dirigidas à escola, incluindo pais. Parcerias estreitas com Centro de saúde/Centro de Atendimento a Jovens.
	Esc. Secundária de Ermesinde Não está em Agrupamento Com instalações: Cantina + pavilhão desportivo+sala polivalente	2.152 alunos Nºtotal de Prof:193 PQND: 170 Nºde Turmas:87 (do 7º ao 12ºano e Ens. Recorrente) Tx. de insucesso:23,15% S/orçamento específico para a Saúde	Abordagem transversal do tema. Actividades de reforço com sessões temáticas/debates ocasionais com envolvimento de pais. Leque alargado de parcerias instituídas.
Centro	Almas de Freire -Esc.sede do Agr. Inês de Castro c/ 3 Jardim de Infância+ 1 EB2,3 Com instalações: Cantina + sala de ATL	157 alunos Nºtotal de Prof:13 PQND: 4 Nºde Turmas:8 :/2 (1ºano)+/1 (2ºano) +/3 (3º) +/2 (4ºano) Há associação de pais S/orçamento específico para a Saúde	Abordagem centrada nos conteúdos da disciplina. Promoção de estratégias de envolvimento de pais. Abordagem centrada na despistagem de riscos ocasionais. Parcerias com o Centro de Saúde.
	Esc.Sec. D. Dinis c/3ºciclo. Com instalações: cantina, pavilhão desportivo e sala polivalente.	400 alunos 76 professores (todos do PQND); Tx de insucesso médio: 20% C/orçamento específico para a Saúde	Abordagem transversal da “Educação Sexual”. Actividades de reforço do tema: Sessões/debate sobre filmes específicos. Abordagem do tema “Educação para a Saúde”. Intervenções externas. Gabinete de atendimento aos alunos. Parcerias instituídas

Alentejo	<p>EB2,3 Mora Agr.Vertical: 3 J.I.+6 do 1ºCEB +1 EB2,3. Com instalações: Cantina+pavilhão+sala polivalente</p>	<p>358 alunos Nºtotal de prof: 59 PQND: 41 Nºde turmas: 20 (2 p/ano de escolaridade excepto: 4 no 9ºano/, 3 no 8º e 3 no 6º) Tx de insucesso médio: 2ºciclo-12%; 3ºciclo-23%; Sec: 22% S/orçamento específico para a Saúde (Quando era RNEPS, tinha)</p>	<p>O tema “Educação sexual” é abordado na disciplina de Ciências e “Estudo Acompanhado”. Informações aos pais. Reforço de actividades com sessões temáticas sobre “saúde”. Gabinete de atendimento ao aluno designado “(Gabinete de Apoio ao Adolescente)”. Leque alargado de parcerias, nomeadamente Centro de saúde. Presença de psicólogo.</p>
	<p>EB2,3 André de Resende/Évora Sede de Agrupamento 10 escolas (3 J.I.+6 (1ºc)+1 (EB2,3) Com instalações: cantina, pavilhão desportivo, sala polivalente</p>	<p>1398 alunos Nºtotal de prof:168 NºPQND:142 Nºde turmas:60 (varia entre 6 a 7 turmas do 1º ao 9º) Tx de insucesso médio: 2% (1ºc)+14% (2ºc)+15% (3ºc)</p>	<p>O tema “Educação sexual” integrou o Projecto Educativo de Escola. A abordagem do tema foi transversal às diferentes disciplinas. Também há intervenções/sessões externas. Pais são informados no Conselho Pedagógico e Direcção de Turma. Gabinete de Atendimento ao Aluno com apoio de enfermagem. Presença de psicólogo. Parcerias, nomeadamente com a Escola Superior de enfermagem.</p>
Lisboa	<p>EB 2,3 de Telheiras, nº1 Agr. Esc. de Telheiras 4 escolas: J.I.+1ºCICLO+Eb2,3 Com instalações: Cantina+refeitório+ginásio+sala de alunos+sala de TIC+CRE (centro de recursos educativos)</p>	<p>587 alunos (2ºciclo=276;3ºciclo=311) Nºtotal de prof: 69 +1 spo+3 apoios educativos; NºPQND: 47 Nº de turmas:25 (6 no 5º e no 6º; 4 no 7º e 8º e 5 no 9º) Tx de insucesso médio:12% S/orçamento específico para a Saúde (PNESST)</p>	<p>Os professores de Ciências Naturais trabalham os conteúdos relacionados com a Promoção da Saúde/sexualidade. Há intervenções externas: sessões pontuais dirigidas aos alunos, na área da saúde, nomeadamente “tabaco”. Gabinete de Apoio com um psicólogo. Dificuldades em estabelecer algumas parcerias.</p>
	<p>EB2,3 Cardoso Lopes – Amadora- Escola sede Agr. Escolas Cardoso Lopes 6 escolas (J.I., 1º,2º e 3ºciclos) Com instalações: Cantina+sala polivalente</p>	<p>520 alunos Nºtotal de prof:63 NºPQND: 59 23 turmas (média de 5 turmas por ano) Tx de insucesso médio:30% S/orçamento específico para a Saúde</p>	<p>Foi criada a disciplina de “Educação para a Saúde” no âmbito do Decº-Lei nº209/2002, 17 de Out. Dispõe de um “Gabinete Jovem”, onde os alunos se dirigem livremente. Pais são informados. Dificuldade em estabelecer parcerias.</p>

Algarve	EB2,3 Dr.Joaquim de Magalhães-Faro Escola não integrada em Agrupamento. Com instalações: Pavilhão/Ginásio/Cantina	715 alunos Nºtotal de prof:92 NºPQND:65 32 turmas (9 de 5ºano e média de 6 nos restantes anos). Tx de insucesso médio:22.4% (5ºano c/25% e 7º c/32%) S/orçamento específico para a Saúde	Abordagem centrada nos programas de Ciências naturais e Meio Ambiente. Sessões nas horas de Direcção de Turma centrada na “Sexualidade” Dispõe de gabinete de Atendimento do aluno: apoio de psicólogo. Pais informados sobre o trabalho da escola.
	EB Integrada Aníbal Cavaco Silva/Boliqueime Escola sede Agr. Vertical de Escolas de Boliqueime 5 escolas (JI., 1º,2º e 3ºciclos) Com instalações: Cantina+sala polivalente+pavilhão desportivo	718 alunos Nºtotal de prof:69 NºPQND:36 52 turmas (4 no J.I., 24 no 1ºciclo, 7 no 2ºciclo e 10 no3ºciclo). Tx de insucesso médio: 15% S/orçamento específico para a Saúde	Abordagem centrada nos programas de Ciências. A nível dos 5º e 6º anos, trabalho sobre “saúde” na área de “Projecto”. Actividades de reforço: Clube “Oficina de Saúde”.

Reflexão a partir de entrevistas realizadas

De acordo com as entrevistas realizadas a especialistas na área, salientam-se os seguintes pontos:

1 - Na sua totalidade entrevistados e escolas visitadas **pronunciam-se de modo favorável à relevância do robustecimento da área da Educação para a Saúde nas escolas.**

2 - A grande **maioria é favorável à introdução de temáticas relacionadas com a sexualidade num âmbito mais lato que transcenda questões biológicas** ligadas aos aparelhos reprodutores e prevenção da gravidez não planeada e ISTs. Sublinha-se a importância de outras áreas ligadas à saúde dos jovens (consumos, segurança, alimentação p.e) e por outro lado a necessidade de abordar a sexualidade numa perspectiva relacional mais lata e de afirmação de competências pessoais e sociais.

A grande exceção a esta posição são alguns dos grupos de pais ouvidos, que acha que a escola apenas se deve ocupar de questões biológicas ligadas à sexualidade, uma vez que a parte relacional estaria, na sua opinião ligada a “ valores” da responsabilidade exclusiva da família. Alguns pais consideram que esta aprendizagem já existe de modo suficiente nos conteúdos das Ciências naturais do 6º e 9º anos. Contudo um representante dos pais salienta a importância de ser a escola a ministrar informações nesta área uma vez que muitos pais não saberiam como fazer.

Foi opinião do GTES que esta posição de alguns pais talvez reflecta um desconhecimento da evolução científica e pedagógica na última década, que aponta claramente (a) por um lado para uma prevenção do risco *global* e ligada à construção de *alternativas positivas e pró-activas*, o que leva a recomendar uma intervenção mais global, na área da *promoção de competências, autonomia e responsabilização dos adolescentes*. (b) por outro lado sabemos desde a última década que a informação é importante mas não chega para mudar atitudes, preconizando-se em toda a literatura científica e pedagógica na área, uma intervenção mais dinâmica e apelando à

participação das crianças e adolescentes, numa área alargada de *promoção de competências, autonomia e responsabilização dos adolescentes*.

Esta posição de alguns pais parece reflectir uma crença antiga de que a abordagem de temáticas relacionadas com a sexualidade é em si promotora de uma início precoce e um aumento da popularidade das relações sexuais na adolescência. As investigações das últimas décadas provam o contrário. Esta aparente contradição entre a opinião dos pais e o desenvolvimento da ciência, sugere uma compreensível falta de preparação técnica e científica por parte dos pais, e por outro lado alguma desconfiança face à competência dos professores para eles próprios abordarem estes temas. Importa securizar os pais, nesta ansiedade que expressam quanto a esta questão.

Como sugestão para este diferendo sugere-se uma acção formativa junto dos pais numa tentativa de estabelecer parcerias esclarecidas e da maior relevância, por outro lado uma clarificação do processo educativo onde os seus filhos estarão envolvidos.

Entende o GTES, na perspectiva da Educação para a Saúde em Meio Escolar que a participação dos pais nas várias fases do projecto é fundamental.

3 - Nenhum interlocutor pareceu defender a introdução de **mais uma disciplina** no currículo, que todos consideraram já muito sobrecarregado. Com excepção da posição de alguns pais, a generalidade dos entrevistados e de escolas visitadas parece favorável a uma “atitude transversal”, mas reflecte que esta perspectiva por um lado é insuficiente, e por outro necessita de orientações mais específicas para homogeneizar as intervenções das escolas, naquilo que se poderão considerar os “ requisitos mínimos”. Todos, com excepção de alguns pais, pareceram favoráveis à introdução de um modelo misto.

Os interpelados dividiram-se entre os espaços curriculares ou não curriculares onde se poderia activar esta dinâmica, mas esta divisão resultou **num conjunto finito de propostas: reactivar a transversalidade, aproveitar a “ opção de escola”, aproveitar as áreas curriculares não disciplinares (trabalho de projecto, estudo acompanhado e formação cívica)**

4 - Com excepção das posições de alguns pais, a maioria dos entrevistados e escolas visitadas é favorável ao carácter de obrigatoriedade desta dinâmica, bem como

salienta a necessidade de se proceder a um processo avaliativo, embora seja comum a recomendação de alguma inovação deste processo de avaliação.

5 - Foram recomendações recorrentes uma formação consistente e sustentada dos professores, a inclusão desta formação na formação inicial de professores, a formação de pais, a elaboração de manuais e outros materiais de apoio, a participação dos alunos na definição de alguns conteúdos e no apoio aos colegas, a necessidade de estruturar um corpo de professores na escola para dinamizar a educação para a saúde, a activação de parcerias com outras organizações, com outros profissionais e com finalistas de alguns cursos na área (Medicina, Psicologia, Enfermagem p.e.), e ainda a relevância de divulgar “ boas e más práticas”.

Nova Dinâmica curricular para a Educação para a Saúde

Objectivos

Propõe-se a colaboração das escolas portuguesas na construção de uma atitude de cidadania, assente em princípios de individualidade e de convivência com a diferença e o respeito pelo outro, numa sociedade mais saudável, mais informada, mais solidária, mais participativa e mais autónoma.

A sexualidade é uma das áreas relevantes neste processo de desenvolvimento pessoal e inter-pessoal, não podendo contudo substituir todas as outras.

O desafio que temos é o desenvolvimento de estratégias inovadoras, sua implementação e avaliação e por fim a divulgação de “*boas práticas*” para uma nova dinâmica curricular nas escolas, através da inclusão de um currículo vocacionado para “*ser*”, “*participar*”, “*estar*” e “*aceitar responsabilidades*”.

Esta nova dinâmica curricular corresponde a uma educação para a autonomia, para a participação e para a responsabilização; a uma educação para a escolha de estilos de vida saudáveis e activos; finalmente, a uma educação para a protecção face a comportamentos de risco e para a valorização de alternativas.

No decorrer desta proposta abordar-se-á:

- a) Uma **visão diacrónica**, enquanto reflectimos sobre o desenvolvimento bio-psico-social da criança/ adolescente, e sobre as suas características pessoais e relacionais, tarefas de vida, potencialidades, dificuldades, desafios, riscos e sonhos.
- b) Uma **visão sincrónica** quando em cada momento nos centramos nos espaços, tempos de vida e actores que interagem com esta criança/ adolescente, constituindo o universo ecológico relevante para a nossa análise

e para a definição de necessidades em termos de formação/ prevenção/ protecção/ promoção.

Estas duas perspectivas evoluem numa melodia dinâmica, e, embora para este efeito nos centremos nas tarefas de vida da criança/adolescente, manteremos em mente que no seu quotidiano as crianças e adolescentes interagem com importantes “actores” (nomeadamente pais e professores), eles próprios a braços com importantes e desafiantes tarefas de desenvolvimento, na travessia da vida adulta. Embora não seja este o objectivo primeiro desta análise, não podemos esquecer que os pais e os professores que tenham experiências de bem-estar e realização pessoal e social serão sem dúvida melhores mediadores e promotores do bem-estar e realização pessoal e social dos seus filhos e alunos, não só pelos modelos sociais que fornecem, como também pelos padrões de expectativa positiva que constituem e ainda pela disponibilidade que o bem-estar e realização pessoal e social conferem. Pais e professores felizes terão certamente maior possibilidade de permitir o desenvolvimento feliz dos respectivos filhos e alunos, e este facto, para além do *senso comum* que encerra, é confirmado por várias investigações da actualidade³⁰.

Já foi referido que na actual legislação³¹ o objectivo da escolaridade básica, do 1º ao 9 ano de escolaridade é a Educação para a Cidadania. Desta finalidade fazem parte 10 competências gerais (pp 17 a 26), das quais quatro (da quinta à nona) se fala objectivamente de processos e instrumentos de análise, tomada de decisão e relação com o mundo. A competência número 10 remete para a saúde física, psicológica e social. Neste documento são apresentadas as várias disciplinas do ensino básico e os seus conteúdos são reportados a estas dez competências básicas. Por exemplo na página 43 é feita a ponte entre cada uma destas dez competências e os conteúdos das Línguas Estrangeiras, na página 76 para o Estudo do Meio, página 108 para a Geografia, página 130 para as Ciências Físicas e da Natureza, páginas 150,166,178 e 184 para as Artes e página 220 para a Educação Física.

Urge agora assegurar que estes conteúdos, constantes no currículo oficial, são efectivamente ministrados e avaliados, em todas as escolas portuguesas.

³⁰ Matos, M.G.(ed) (2005) *Comunicação e gestão de conflitos e saúde na escola* Lisboa: CDI/ FMH.

³¹ Ministério da Educação/ DEB (2001) Currículo nacional do Ensino Básico -competências Básicas.

Esta dinâmica curricular deverá ainda ser implementada a partir das áreas curriculares não disciplinares (Formação pessoal e social - área de projecto, estudo acompanhado, ou educação cívica) já estabelecida na legislação em vigor, bem como na “ opção de escola” também já estabelecida na legislação (DL 6/2001 de 18 Janeiro).

No entanto, estas recomendações chegarão a todas as escolas portuguesas e, as escolas que julguem possuir nos seus quadros professores e/ou outros técnicos na área da saúde com formação complementar e tenham motivação para colaborar nesta fase inicial, poderão desde já fazer uma proposta solicitando o seu acompanhamento e monitorização.

Para anos futuros, a formação inicial e contínua de professores e/ou outros técnicos na área da saúde deverá de ser discutida, com vista a proporcionar técnicos com formação específica em todas as áreas e metodologias relevantes.

2) - Visão diacrónica (ao longo da vida)

O primeiro ciclo:

Na perspectiva do desenvolvimento a criança de 6-9 anos é uma criança que tipicamente vive a escola como um espaço importante da sua vida. A competência escolar é valorizada e as dificuldades escolares fonte de muita ansiedade e baixa auto-estima.

Nesta idade a criança pode compreender regras de funcionamento, pode perceber a sua relevância, pode adoptá-las e de clamar sanções a outros, por incumprimento.

Nesta idade a criança pode fazer raciocínios lógico-matemático desde que parta de premissas do seu quotidiano, pode ler e escrever, pode compreender e seguir mensagens escritas e pode ler pelo mero prazer de ler ou passar tempo.

Nesta idade a criança pode perceber que os outros não pensam como ela e que às vezes nos acontecimentos, a “ história” depende do ponto de vista do narrador; pode, a partir daqui, negociar pontos de vista, desde que todos pertençam um universo vivido.

Nestas idades a criança tem já uma grande disponibilidade motora, alguma mobilidade entre os vários cenários da sua vida, de onde, também, a grande relevância dos amigos.

Nesta fase inicial do programa (que situamos do 1º ao 4º ano de escolaridade) as questões que nos aparecem da maior relevância são “competências”: competências pessoais e sociais, competências de prevenção da provocação/violência e ainda algumas competências de protecção da sua saúde:

- comunicação com os outros (aspectos verbais e não verbais)
- identificação de problemas e resolução de problemas e conflitos (“para e pensa”)
- distinção entre pensamentos, sentimentos e acções (identificação, expressão e distinção de pensamentos, emoções e acções)
- defesa de opiniões, resistência à pressão de pares e procura de informações e ajudas
- relação positiva com a escola , família, tempo de lazer e amigos
- gestão do tempo de trabalho e de lazer
- educação para a igualdade e diversidade individual, de géneros e de culturas
- prevenção da provocação/ vitimização
- protecção do seu corpo (promoção do bem-estar, da higiene, dos bons hábitos alimentares, da actividade física, da segurança pessoal e da vacinação; prevenção das parasitoses, dos acidentes e das lesões)
- expectativas positivas no seu futuro “ escolarizado”
- prevenção do abandono escolar

O segundo ciclo:

Muitos autores falam de idades transaccionais: idades em que, face a uma alteração substancial de contextos, aumenta o risco de desajustamento. Uma destas idades é, sem dúvida, a passagem das crianças do 4º para o 5º ano de escolaridade. Por um lado aparece um cenário diversificado com uma enorme quantidade de professores, matérias e métodos, por outro uma grande heterogeneidade de idades, mais acentuada quando a escola é Básica 2,3, ainda a grande heterogeneidade e heterocronia no desenvolvimento destas crianças que atravessam a puberdade todos juntos mas em diferentes tempos.

Vários autores referem que esta fase inicial da adolescência é fundamental na promoção de competências pessoais e sociais, que permitam uma maior protecção

face ao risco, uma vez que, tal como cada vez é mais considerado, é importante mas impossível prevenir “riscos” totalmente.

Nesta fase intermédia do programa (que situamos no 5º e 6º ano de escolaridade) as questões que nos aparecem da maior relevância são ainda as competências pessoais e sociais com uma maior complexidade, e ainda a protecção da saúde e prevenção do risco, nomeadamente nas áreas da sexualidade, consumos, comportamento alimentar e provocação/ violência:

- comunicação com os outros (aspectos verbais e não verbais, especificidades culturais, de género e outras)
- identificação problemas e resolver problemas e conflitos (pensamento alternativo e consequencial, antecipação de consequências)
- diferenciação entre pensamentos, sentimentos e acções (identificação, expressão e distinção de pensamentos, emoções e acções)
- gestão do stress, da ansiedade, das “crises”
- defender direitos e opiniões, resistir à persuasão e procurar ajuda
- relação positiva com a escola, família, tempo de lazer e amigos
- gestão do tempo de trabalho e de lazer
- educação para a diversidade e igualdade individual, de géneros e de culturas
- prevenção da provocação/ vitimização
- protecção o seu corpo (promoção do bem-estar, da higiene e dos bons hábitos alimentares, promoção das actividades físicas, prevenção dos acidentes, das lesões e dos consumos)
- educação para os afectos e para a sexualidade
- expectativas positivas no seu futuro “escolarizado”
- prevenção do abandono escolar

O terceiro ciclo:

A adolescência é, como sabido, um fenómeno recente, de características económicas e sócio-culturais e algumas das suas dificuldades traduzem

este tempo de incerteza em que o jovem é um adulto biológico, mas um dependente do ponto de vista sócio-cultural. É também um período em que o jovem tem que interagir com “*espaços*” e “*actores*” cada vez mais complexos e diferenciados, o que, muitas vezes, o confronta com angústias e temor de fracasso.

O adolescente pode agora estabelecer raciocínios lógico dedutivos para além da experiência, articular pontos de vista diversificados num mesmo tempo e de modo dinâmico, entender a regra como um organizador que é possível ignorar e em relação à qual pode estabelecer juízos de valor.

O adolescente tem que se confrontar com o seu corpo em transformação, e falamos de estatura, peso, distribuição de massa adiposa, problemas na pele nomeadamente do rosto, mudança de traços fisionómicos, mudanças ligadas ao aparecimento de características sexuais secundárias (peito, pelos púbicos, voz); o adolescente tem ainda que renegociar a sua relação com a família que lhe transmite esta dualidade “exigir como se de um adulto - tratar como se de uma criança”; tem ainda que remodelar a sua relação com os pares nomeadamente relações sexuais.

Nesta fase final do programa (que situamos para já nos 7º, 8º e 9º anos de escolaridade) as questões que nos aparecem da maior relevância são para além da complexidade crescente das competências pessoais e sociais, a protecção da saúde e bem-estar, a protecção face ao risco, a participação na vida social/ comunitária e a construção de expectativas positivas face ao futuro:

- comunicação com os outros (dificuldades e características)
- identificação problemas e resolver problemas e conflitos (tomada de decisões; adiamento de decisões)
- identificação de dificuldades em lidar com sentimentos e acções
- gestão do stress, da ansiedade, das “crises”
- culto da assertividade: espaços de escolha positiva
- relação positiva com a escola, família, lazer, amigos e namorados
- gestão do tempo de trabalho e de lazer
- protecção e prevenção a violência e o abuso físico e sexual

- protecção do seu corpo (promoção da higiene e dos bons hábitos alimentares, promoção das actividades físicas, prevenção dos acidentes e das lesões, prevenção de consumos, prevenção dos comportamentos sexuais de risco)
- promoção da saúde sexual e reprodutiva: parentalidade
- protecção do ambiente
- participação na vida social e na comunidade
- educação para os direitos do consumidor
- protecção rodoviária
- manutenção da escola no seu futuro
- valorização da escolaridade nas suas expectativas de futuro
- construção do futuro

3) Visão sincrónica (a família, a escola, os amigos)

É neste momento comumente aceite que a família, a escola e o grupo de amigos desempenham um papel primordial no desenvolvimento da criança/ adolescente. Há contudo algumas “*crenças*” que se instalaram como verdades absolutas e para as quais não há qualquer fundamento científico.

a - O “poder” familiar:

Crença: Uma crença tem a ver com a convicção que os pais são “ *únicos agentes de influência* ” sobre os filhos, sendo possível que os pais tenham o controlo absoluto da informação que os filhos vão recebendo dos outros cenários físicos e sociais por onde se movem, e adicionalmente que os pais mantenham um conhecimento e controlo total da vida social e “interior” dos seus filhos: seus amigos, seus actos, seus pensamentos, suas angústias e fantasias.

Realidade: Na realidade não é possível, nem é provavelmente desejável que os pais controlem totalmente as fontes de informação dos seus filhos, nomeadamente nesta sociedade de informação em pleno Sec. XXI.

O acesso à informação torna muitas vezes os filhos especialistas e envolvidos em matérias em relação às quais os pais podem inclusivamente não ter enquadramento conceptual , dando origem por vezes a conflitos por mera ignorância dos pais (os “*mitos antigos* ” de que não se deve comer cerejas na altura da menstruação, ou que a masturbação provoca anemia, ou ainda o “mito antigo” de que mandar papeis para o

chão não tem importância na saúde do nosso planeta, e ainda o “ mito antigo ” de que o abuso do consumo de carne e peixe é benéfico para a saúde) para só referir alguns exemplos.

Por outro lado a “ *propriedade*” dos pais sobre os filhos é posta causa nesta nossa época histórica, não sendo possível p.e. os pais não registarem os filhos no nascimento, emprestarem-nos como força de trabalho para terceiros, não os levar à escola, abusar deles maltratando-os fisicamente, ou abusar deles sexualmente. Estes exemplos são paradigmáticos de limites social e legalmente aceites para os limites dos pais na sua “ *posse*” face aos filhos.

Outros exemplos menos extremos contudo levam a uma polémica (p.e. os pais poderão impedir os filhos de estudar a anatomia e a fisiologia do aparelho sexual masculino e feminino?; poderão os pais ter “uma voz” nas obras literárias estudadas pelos filhos na escola?; poderão os pais muçulmanos impedir os filhos de estudar em História de Portugal o papel da igreja católica apelidando os muçulmanos “ infiéis” ?; poderão os pais que defendam o papel exclusivo da mulher no lar, impedir os seus filhos varões de frequentar aulas com crianças do sexo feminino?; poderão os pais convictos do efeito prejudicial do convívio dos seus filhos com crianças portadoras de deficiência , impedir que os seus filhos frequentem uma classe onde haja um aluno portador de deficiência?) . Esta e outras polémicas cujos contornos variam no tempo e no contexto social carecem sem dúvida de uma revisão histórica, para não se tornarem obsoletas.

Por outro, neste mesmo período histórico não é possível, e provavelmente não é desejável que os pais controlem toda a vida social e “ interior” dos filhos.

Os técnicos de saúde são muitas vezes confrontados com abusos vários a nível deste “controlo”, donde pode resultar mal-estar e infelicidade nos filhos, determinadas muitas vezes pelas acções inadvertidamente violentas (intrusivas), por parte de pais bem intencionados e preocupados.

Quando se pretende legislar “para todos”, como é o caso ao enunciar uma lei geral , como se pode ao mesmo tempo promover o poder/autonomia/ dos pais sobre os filhos e proteger menores em risco de abuso, por parte dos pais?

Do ponto de vista da Psicologia da Saúde, a palavra chave é “monitorizar”, “acompanhar”, “ estar disponível”, “ ajudar a crescer e a autonomizar-se” , uma vez que um controlo extremo tende a actuar como factor de risco, em vez de factor de protecção. Dificilmente, os filhos dirão “tudo” aos seus pais e, do ponto de vista da saúde mental este facto seria mesmo, muito provavelmente, um sintoma. A educação parental tem

como fim último a confiança, a competência, a autonomia e a responsabilização dos filhos e para tal “monitorizar” os filhos mas “deixá-los crescer” é provavelmente um dos maiores actos de amor e confiança. Para os técnicos de saúde é um conhecimento científico estabelecido.

b - A importância relativa família/amigos:

Crença: Uma crença pretende que a família é importante numa fase inicial das nossas vidas e que a sua importância diminui com o desenvolvimento, dando lugar à crescente importância do grupo de pares.

Realidade: Na realidade a família e o grupo de pares vão tendo funções diferentes no processo de desenvolvimento e ambos são relevantes embora com funções diferentes e não intermutáveis.

A criança precisa de pais e de amigos e estes papéis correspondem funções diferentes que importa preservar.

Não está provado que as crianças e adolescentes se liguem mais aos amigos quando a sua vida com os pais não é satisfatória, parece até que os jovens com uma boa relação com os pais têm mais facilidade em interagir com os amigos e estão mais protegidos face a comportamentos de risco para a saúde.

Os pais são importantes para algumas temáticas como a saúde, a escola, o futuro e os amigos aparecem como maior “apoio” face às “incertezas e angústia existencial”, a temas relacionados com “a moda”, o desafio, as relações com o sexo oposto e suas vicissitudes.

Preconiza-se o bem-estar na família e no grupo de amigos. Este bem-estar é da maior importância para o desenvolvimento da criança e do adolescente.

c - A importância relativa família/escola:

Crença: Uma crença tem a ver com a presunção que a família é importante numa fase inicial das nossas vidas e que a sua importância diminui com o desenvolvimento, dando lugar à crescente importância da escola.

Realidade: Na realidade, durante este período de desenvolvimento a família e a escola vão tendo funções e envolvimentos diferentes no processo de desenvolvimento e, em

síntese todas são relevantes embora se lhes atribuem funções diferentes e não intermutáveis.

Assim, se é importante que a criança veja os seus pais interagir com o seu professor no espaço escolar, se é importante que a criança socialize e tenha o seu grupo de amigos também no espaço escolar, é ainda importante que os seus pais não se pretendam substituir ao seu professor (porventura negligenciando para isso o seu papel de “pais”) ou que o professor se pretenda substituir aos pais (porventura negligenciando o seu papel de “professor”). O mesmo discurso podia ser estabelecido para os papéis relativos de “pais” e “professores”. Em síntese, a criança precisa de pais e de professores, a criança beneficia de uma interacção fácil entre estes campos, estes papéis correspondem funções diferentes que importa preservar.

A escola não quer competir em “*interesse*” e “*entusiasmo*” com uma corrida de bicicleta com os amigos, aos 8 anos, ou com o despertar de um “*grande amor*” aos 15 anos; a escola não quer ser tão “*fácil*” como ficar a dormir numa tarde de chuva, nem tão “*ligeira*” como um filme de aventuras. A escola não quer ser tão “*afectuosa*” como o abraço de um pai, nem tão “*ritualizadora*” como uma festa de aniversário em família.

A escola, mais do que cobiçar estes espaços na vida de uma criança/ adolescente, tem de criar os seus próprios espaços de excelência, estabelecer com autoridade a sua função no alargamento de horizontes cognitivos, científicos e sociais, a sua utilidade na preparação dos jovens para a vida e para a sua participação futura como cidadãos.

Preconiza-se o bem-estar na família e na escola. Este bem-estar é da maior importância para o desenvolvimento da criança e do adolescente, mas este bem-estar não quer dizer o mesmo em cada um destes contextos.

d - O afecto na relação professor-aluno ao longo do percurso escolar:

Crença: Uma outra crença tem a ver com a importância relativa que o “*afecto*” e os “*conhecimentos*” têm na formação escolar da criança/ adolescentes, defendendo-se que em idades mais baixas o “*afecto*” é mais importante na relação “*professor-aluno*”, e nos alunos mais velhos os “*conhecimentos transmitidos*” seriam cada vez mais importantes.

Realidade: Na realidade, seguindo o argumento anterior, defende-se que gostar de crianças/ adolescentes e da sua proximidade é um importante factor no sucesso da relação pedagógica. Este facto, contudo, não tem de fazer do professor “*um pai ou um*

colega ”, mas um “*professor interessado pelos seus alunos* ”; do mesmo modo um professor tem de ser um especialista da matéria que lecciona, a qualquer dos níveis onde tal seja requerido, tem de ser capaz de descodificar os conteúdos até ao nível de aprendizagem requerido, tem de ser capaz de perceber a essência das dúvidas e os erros sistemáticos dos alunos, tem de dominar perfeitamente não só os conteúdos mas a sua relevância, contextualização e antecedentes. Tem de ser capaz de despertar atenção, curiosidade e dúvidas.

e - O “poder” da escola

Crença : Uma outra crença tem a ver com os “ *agentes responsáveis implicados*” na prevenção do risco/ promoção da saúde bem-estar nos alunos, e defende que:

- (1) à escola cabe resolver a maioria dos problemas de saúde/ bem-estar dos alunos,
- (2) a escola basta para a resolução da maioria dos problemas na área da saúde/ bem-estar dos alunos e
- (3) a mudança de atitudes e comportamentos dos alunos chega para promover a sua saúde/ bem-estar.

Realidade: Na realidade a escola tem um papel importantíssimo, mas não total, e consequentemente não total responsabilidade, no apoio aos alunos nas suas escolhas no que concerne os estilos de vida. Como já vimos, os pares, a família e a comunidade desempenham também o seu papel de modelos sociais e proporcionadores de contextos ligados à protecção mas também ao risco.

As mudanças esperadas nas escolhas dos alunos têm que ter possibilidade de concretização (p.e. o tipo de alimentos disponíveis na escola, o acesso a locais de lazer activo)

Tiramos destes argumentos três conclusões essenciais:

Potenciar um bom envolvimento familiar, escolar e social tem a ver com a preservação dos diferentes papéis de cada um deles, permitindo uma interacção positiva e diferenciada. A representação que a criança/ adolescente tem destes envoltimentos, da interacção entre eles e deles consigo é uma medida individual, pelo que uma intervenção que clame promover a formação pessoal e social e a saúde da criança/ adolescente, tem de apelar muito à sua autonomia, responsabilização e participação, partindo das suas representações dos problemas, das suas dúvidas, dos seus

discursos e percursos pessoais em interacção específica e diferenciada com a família, com a escola e com a comunidade.

No desenvolvimento de uma dinâmica curricular que vise a formação pessoal e social, e a promoção da saúde, o facilitador/professor não pretende substituir os amigos nem a família, nem tão pouco apenas criar mais uma nova “área lectiva”. O desenvolvimento pessoal e social e a promoção da saúde/bem estar, tem de partir da situação da população a que se destina, tem de se servir da sua participação, tem de atender às necessidades e características reais. O facilitador/ professor desta nova dinâmica curricular tem de ter formação científica superior, formação específica nesta área e possibilidade de supervisão pessoal.

A escola tem um papel fundamental na mudança dos alunos no que concerne escolhas de estilos de vida mais saudáveis e felizes, mas não pode, nem estar isolada neste processo, nem limitar-se a obter mudanças pontuais e pouco sustentáveis.

Dinâmica curricular na Promoção e Educação para a Saúde

Como já se referiu, o conceito de “saúde” usado neste título, corresponde à definição da OMS, de “*saúde positiva* “ consignada na Carta de Ottawa (1986)³². Assim “saúde” tem pouco a ver com “*ausência* ” de doenças ou condições patológicas do foro médico ou psicológico, sendo o ênfase posto na aquisição e manutenção de um estado de bem-estar físico, psicológico, social e ambiental, sendo que o indivíduo é chamado a tomar parte activa nos processos que levam a uma melhoria da saúde/bem-estar.

a - O conceito na estrutura curricular actual

Preconiza-se a revitalização, com carácter de obrigatoriedade e com implicações a nível da avaliação dos alunos, das medidas previstas no documento orientador das competências no ensino básico, no que diz respeito ao ajustamento dos curricula de todas as disciplinas à educação para a saúde (que inclui a educação para a sexualidade entre as suas componentes). Preconiza-se uma re-organização e normalização deste processo, da responsabilidade numa primeira fase do Conselho Pedagógico e numa segunda fase do Conselho de Turma.

³² OMS (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*, Versão portuguesa "Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública", 17-21 Novembro, Ottawa, Canada, Lisboa: DGSaúde.

Numa perspectiva complementar, mas também com carácter de obrigatoriedade as escolas deverão aproveitar as áreas curriculares não disciplinares, p.e. a “área de *projecto*”, “estudo acompanhado” e “ formação cívica”, e ainda a opção de escola”. À distribuição semanal destas áreas corresponde um espaço “*informativo*” de exposição e reflexão e a um espaço de “*pesquisa guiada* ” (pesquisa e dinamização).

Esta última dinâmica curricular, complementar à transversalidade inicialmente enunciada, seria pensadas para uma média de:

- (1) 15 sessões informativas/ de reflexão ao longo do ano,
- (2) 15 períodos de pesquisa guiada (que incluirão por exemplo, pesquisas em matérias de outras áreas curriculares, palestras, espectáculos, visitas de estudo, entrevistas, trabalhos de campo, consulta bibliográfica, consultas na internet, exploração de materiais didácticos, exploração de CD-Roms interactivos e didácticos, propostas de “*animação* ” do espaço escolar e/ou comunitário, actividades de voluntariado e solidariedade social, actividades com pais, e outras actividades afins).

As escolas ponderariam em qual das áreas não disciplinares iriam incluir estas sessões, em função das características da escola e docentes com formação disponíveis.

Os professores responsáveis por esta dinâmica curricular seriam elementos de dinamização de acções a nível de escola e elos de ligação na promoção da transversalidade dos conhecimentos e das práticas, com a participação dos outros professores, outros técnicos convidados e pais.

Cada escola deve eleger de entre os professores afectos a este processo, um representante/ responsável da escola por esta área, que terá redução de serviço docente para este efeito, à semelhança dos professores coordenadores do desporto escolar.

b - Proposta global de áreas/ conteúdos

(anteriormente apresentadas e distribuídas por três ciclos)

- comunicação interpessoal
- identificação e solução de problemas e gestão de conflitos
- aquisição de competências sociais básicas e complexas
- identificação e gestão de emoções
- prevenção de consumos de substâncias aditivas e escolha de estilos de vida alternativos
- gestão do stress, da ansiedade, das “ crises”
- promoção de uma alimentação saudável, educação do consumidor, promoção de cuidados de higiene, promoção da saúde oral e valorização da diferença e reflexão sobre o corpo e a aparência.
- educação para a igualdade e diversidade individual, de género e de culturas
- promoção do bem-estar, do lazer, da prática de desporto e da actividade física
- educação da sexualidade, prevenção do VIH/Sida e outras IST's, promoção da saúde sexual e reprodutiva .
- gestão do tempo de trabalho e lazer
- prevenção da violência e exclusão social, promoção da segurança
- promoção da comunicação e participação na família, pares, escola, comunidade
- promoção da saúde mental positiva e relações interpessoais
- protecção do ambiente, cidadania e construção do futuro
- promoção da saúde, prevenção da doença e de riscos: vacinação, doenças infecciosas, doenças crónicas
- expectativas positivas de um futuro “escolarizado”
- prevenção do abandono escolar

c - Estratégia de desenvolvimento curricular

(conteúdos anteriormente descritos e distribuídos por três ciclos)

- OUVIR E REGISTAR

Conceitos básicos elicitados a partir das questões, problemas e propostas dos alunos

- *ANALISAR E INFORMAR*
Conceitos básicos e informação factual a partir dos conteúdos.
- *DISCUTIR E DINAMIZAR*
Grupos de discussão centrados num tema (“*focus group*”) nas áreas e conteúdos curriculares; sessões de dinâmicas de grupo com jogos de papéis (“*role-playing*”) e debate reflexão
- *DESPERTAR CURIOSIDADE*
Questionar e dar pistas para a investigação
- *DINAMIZAR E ORIENTAR*
As iniciativas dos alunos e da escola com vista à obtenção de informação para clarificação e refinamento de questões
- *APRESENTAR, AVALIAR, DEBATER*
Os trabalhos resultantes serão alvo de uma apresentação pública, no espaço escolar, pretexto da animação regular do espaço escolar em função das problemáticas estudadas nesta área, podendo ainda incluir trabalho de campo na comunidade.

d - Avaliação dos alunos:

Dadas as características específicas da nova dinâmica curricular, que se propõe dar ênfase ao aluno como pessoa, às suas atitudes e relações com o mundo físico e social, a avaliação tem que ser “*um processo criativo e construtivo*”. A ausência de um processo de avaliação, dadas as características do espaço escolar, pode tender a tornar este espaço curricular “*menorizado*” aos olhos dos alunos.

Assim, à semelhança de alguns processos avaliativos utilizados no ensino superior, e em algumas áreas do “trabalho de projecto” propõe-se:

O trabalho de pesquisa, fruto da prática supervisionada, é organizado com vista à sua apresentação e discussão pública no espaço escolar.

- Esta apresentação pode ser uma “*mega*” apresentação anual, ou pode consistir num conjunto de apresentações mais modestas, na organização de um “*forum*”, na

construção de uma página na internet, na publicação de uma brochura, na animação de um espaço na comunidade, na animação de sessões para os mais novos, na dinamização de debates, visualização comentada de filmes. Os critérios serão apresentados pelo professor no início do ano e o “*crédito*” só será atribuído aos alunos que satisfaçam as condições de avaliação apresentadas pelo professor.

- Sugere-se que no 3º ciclo, um dos “*créditos*”, nesta área seja obtido através de um período de trabalho de campo, na comunidade.

Este “*crédito*” é obrigatório para o sucesso nesta dinâmica curricular, em cada ano lectivo. Esta dinâmica curricular entra no computo do número de disciplinas a que os alunos podem não ter sucesso e ainda transitar de ano. O sucesso neste crédito é obrigatório mas alvo de menção “satisfaz” ou “não satisfaz”.

A avaliação dos conteúdos relacionados especificamente com a educação sexual, no que diz respeito a aspectos bio-psicológicos ligados ao aparelhos reprodutivos, à saúde sexual e reprodutiva, à prevenção da gravidez não desejada e às ISTs, deve ser realizada no âmbito da disciplina de Biologia/Ciências da Natureza e incluir os conteúdos mínimos referidos no programa. Os professores da disciplina devem anualmente explicitamente referir quais destes conteúdos vão avaliar em cada ano que leccionam e o modo como o vão fazer, sendo que esta avaliação é obrigatória.

e - Espaço tutorial

A introdução desta nova dinâmica sugere a relevância da criação nas escolas de um espaço “*tutorial*” onde os alunos poderão ter atendimento individualizado por parte de um professor especializado que poderá ter funções de identificação de problemáticas, nomeadamente comportamentos de risco.

- “*professor-tutor*” pode actuar como adulto de referência, facultando alguma escuta activa, alguma orientação e tarefas de despiste.
- “*professor-tutor*” deverá ter alguma formação técnica específica, para ultrapassar a função de “*aconselhador subjectivo*”.

- O(s) “*professor(es)-tutor(es)*” de uma escola deverá(ão) ter supervisão regular por parte de um psicólogo clínico *sénior*, ou articular com psicólogo dos SPO.
- conceito de “*professor–tutor*” implica o desenvolvimento de uma estrutura de saúde mais diferenciada, para encaminhamento dos alunos com problemas mais acentuados ou, no mínimo, implica uma relação privilegiada com estruturas de saúde na comunidade.

Ao implementar esta nova dinâmica curricular, com todas as alterações que esta implica a nível da estrutura escolar tal como actualmente é vista, é necessário reflectir sobre a gestão de poderes e hierarquias em relação a actuações profissionais específicas a nível escolar. Deste modo o “*professor–tutor*”, bem como o psicólogo clínico ou escolar, o assistente social, o enfermeiro ou o médico escolar, e outros técnicos superiores de saúde e educação com preparação para uma intervenção como a que se propõe, deverão ver a sua especificidade e autonomia técnico-científica reconhecidas, para além das hierarquias escolares estabelecidas³³.

As novas recomendações de atribuição de horas não lectivas aos professores no espaço escolar, (conforme anteriormente referido) sugerem que os professores podem assegurar um serviço de atendimento genérico aos alunos com carácter de permanência, no período de funcionamento da escola.

f - Espaço entre-pares

O grupo de pares tem um papel fundamental na construção da identidade e autonomia das crianças e adolescentes, promove a formação de opiniões e atitudes, constitui um espaço de diálogo e apoio a problemas pessoais, escolares e profissionais, oferece múltiplas ocasiões de desenvolvimento de novas relações consigo próprio e com os outros, estimula a gestão de conflitos e o desenvolvimento de relações sociais gratificantes.

Sabe-se que muitos jovens fumam com os amigos, bebem com os amigos, consomem drogas com os amigos mas por outro lado praticam desportos com os amigos, conversam com os amigos, pedem conselhos aos amigos. Uma aposta em termos de promoção da saúde não poderá ignorar esta cultura juvenil.

³³ Matos, M. G. (ed) (2005). *Comunicação e gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: CDI/FMH.

O investimento das crianças e mais especialmente dos adolescentes em relação ao grupo de pares faz com que estes se tornem agentes relevantes em qualquer intervenção na área da saúde, quer como população-alvo, quer mesmo como agentes de mudança, a par das famílias e dos professores.

O recurso aos pares para intervenções preventivas “*entre-pares*” necessita de algum esforço organizativo, de formação e de supervisão, mas é sem dúvida um recurso relevante^{34, 35}.

Poder-se-á aqui considerar aqui quer os pares presentes na comunidade educativa, ou seja colegas de escola com motivação, formação e supervisão, quer jovens um pouco mais velhos, mas ainda assim mais próximos geracionalmente, recrutados a partir de escolas de formação superior em áreas relevantes (p.e. medicina, psicologia, educação, enfermagem etc.), com motivação, formação e supervisão adequadas.

g - Espaço “Pais na escola”

Cada vez mais, o processo educativo é considerado em sinergia entre alunos, professores e pais apesar de, como já referimos, o reforço da interacção pais-escola não tenha que implicar uma diluição das funções de qualquer destes intervenientes.

Trazer os pais à escola e ajudá-los na gestão dos comportamentos e escolhas dos seus filhos em matéria de saúde/bem-estar e estilos de vida, continua a ser a grande aposta em intervenções na área do desenvolvimento pessoal e social e protecção da saúde, em crianças e adolescentes.

Esta nova dinâmica curricular permite um novo fôlego sobre esta sinergia, bem como um pretexto para uma recolha e divulgação a nível nacional, das “*boas práticas*” nesta área³⁶.

¹² Matos, M. G. (2003). Competentes entre pares, *Europeer- Saúde sexual juvenil e educação pelos pares*, CNLCSIDA, Lisboa.

¹³ Sanders, M. (2000). Family interventions and prevention of behaviour disorders in children and adolescents, in M. Matos, C. Simões, & S. Carvalhosa (Eds.), *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento pessoal e social* (pp. 35-55). Lisboa: IRS, FMH.

h - Gabinete de apoio aos alunos

A existência de um “professor tutor” com formação específica para ouvir, apoiar, acompanhar e orientar alunos, não substitui um gabinete de apoio técnico do tipo “aconselhamento médico-psicológico”, que poderá ser activado através de recursos humanos na escola, ou da activação de parcerias com Centros de Saúde, Autarquias ou Centros de Jovens.

Apesar da extrema importância deste gabinete em todas as escolas, este assume relevância maior nas escolas de ensino secundário.

Os alunos do 10º, 11º e 12º anos do ensino secundário e os seus professores clamam efectivamente que a carga horária lectiva de que são alvo nestes níveis de escolaridade é tão intensa que não admite espaços curriculares extra.

O gabinete de apoio aparece nestes níveis de escolaridade como a única forma de apoio e assume especial relevância se lembrarmos aqui que aos 15 anos (Matos et al, 2004)³⁷, 32.2% dos alunos consomem tabaco todos os dias, 24.3% já se embriagaram duas ou mais vezes, 12.5% consumiram drogas no último mês, 19.4% já experimentaram haxixe, 31.3% já teve relações sexuais dos quais 11.7% sob efeito de álcool ou drogas e 8.8% não usaram preservativo na última relação. Estas situações de risco, para além da percepção de mal-estar justifica por si a urgência da implementação de um gabinete de apoio, polivalente, desburocratizado e amplamente disponível.

i - Participação dos alunos

Prevê-se a realização de (1) encontros regionais/ nacionais com feiras de projectos, (2) consultas às escolas via “net”, (3) forum jovem, (4) comunicação contínua com escolas via “net”, (5) conselho consultivo “jovem” por zona (DRegional) e Nacional, (6) “Newsletter”.

A participação dos alunos será solicitada, quer como parte da creditação da avaliação prevista, quer como consequência da animação da comunidade escolar à volta desta nova dinâmica curricular.

³⁷ Matos, MG et al, (2004) Risco e protecção: o adolescente, os pais, os amigos e a escola, www.fmh.utl.pt/aventurasocial em 25 Outubro 2005

j- Cronograma do projecto de implementação da nova dinâmica curricular

As escolas incluídas no estudo piloto serão seleccionadas a partir das escolas que considerem ter professores diferenciados para estas funções e se candidatarem em regime de voluntariado, a que se juntariam as escolas visitadas pelo GTES por sugestão das Direcções regionais.

A candidatura estará aberta a todas as escolas oficiais que leccionem do 1º ao 9º ano de escolaridade.

Formação futura de professores

Numa primeira fase, os professores das escolas candidatas seleccionadas, terão formação complementar, quer pela frequência de curso de mestrado ou pós-graduação apropriado, quer por acções de formação contínua apropriada, quer pela experiência adquirida na colaboração em acções de intervenção nesta área, nas escolas (ex. CCPES, RNEPS, PEPT, etc).

Ser-lhes-à contudo proporcionada uma formação específica nesta área e respectivos conteúdos e metodologias, em função da formação específica obtida previamente, para além de um acompanhamento/ supervisão.

No futuro os professores poderão ter qualquer formação inicial de licenciatura, bacharelato ou equivalente (mas nenhuma formação inicial é suficiente), sendo formação complementar desejável ter conhecimentos:

- (1) na área da promoção e educação para a saúde
- (2) nas áreas específicas de risco na idade escolar (ver conteúdos anteriormente descritos)
- (3) na área do desenvolvimento da criança e do adolescente,
- (4) em metodologias de dinâmica de grupos,
- (5) na área da relação de ajuda e crescimento pessoal ,
- (6) supervisão pessoal.

A formação inicial complementar será ministrada pelas escolas de ensino superior vocacionadas para a prevenção na área da saúde, que se proponham formar professores nesta área específica.

Para os restantes técnicos da área da prevenção na saúde que já actuem no contexto escolar (médicos e enfermeiros de saúde infantil, saúde escolar e saúde pública, psicólogos, nutricionistas, p.e.), e que pretendam integrar estas equipas docentes, embora tendo uma formação básica mais aproximada da exigida para os conteúdos em análise, é de prever, (1) por um lado, uma vez que não são professores, um regime de provimento nas escolas, e uma formação específica pedagógica (2) por outro lado uma formação curricular específica nesta área e nestas metodologias, em função da formação específica apresentada.

Serão contactadas:

(1) escolas de formação inicial de professores, e recebidas propostas de inserção curricular na formação inicial de professores dos conteúdos e dinâmica desta área curricular, com vista à preparação específica dos futuros docentes.

(2) universidades e outras instituições de ensino superior e recebidas propostas de formação contínua e pós-graduada nesta área curricular, com vista à preparação de docentes de outras disciplinas, para a leccionação destas áreas.

Parcerias desejáveis

A economia e rentabilização de recursos é uma necessidade nesta fase de implementação da nova área curricular. É urgente a articulação de recursos com outros organismos de áreas limítrofes ou coincidentes para se evitar sobreposições e duplicação de investimentos, com especial ênfase na Direcção Geral de Saúde e organismos associados.

A nível regional serão ainda de considerar os Centros de Saúde, os Centros da Juventude, Autarquias, Centros Desportivos, Centros de Apoio Psicológico, que poderão actuar como recursos locais a rentabilizar.

Sugerem-se parcerias a nível nacional e regional, para além da urgente activação da parceria já existente **com a Direcção Geral da Saúde/ Saúde Escolar, Centros de Saúde e Hospitais (cuidados de saúde primários e diferenciados)**.

O percurso que agora se pretende revitalizar tem base no terreno desde há vários anos, e corresponde a uma sinergia entre uma evolução no terreno e uma deliberação jurídica dando abertura à criação de um novo espaço curricular.

Os passos seguintes tal como sugerido na Conferência de Egmond (IPC, 2002)³⁸, são:

- (1) Transição de programas educativos isolados para uma abordagem estruturada e continuada
- (2) Transição para uma colocação estável e eficiente desta área no currículo das escolas,
- (3) Transição da aprendizagem de competências genéricas de vida para a aprendizagem de competências de mudança de comportamento relacionadas com conteúdos específicos na área da saúde positiva.

Uma reflexão anterior sobre a percepção da equipa ex-CCPES face às possibilidades de concretização da implementação transversal de conteúdos na área da saúde/ bem-estar/ prevenção do risco nas escolas, sugere que, a transversalidade “pura”, embora seja conceptualmente aliciante, apresenta alguns problemas funcionais e implica requisitos prévios difíceis de atingir, generalizar e monitorizar, pelo que se recomenda um modelo misto, tal como defendido por personalidades ouvidas pelo GTES, como se poderá ler noutra parte deste documento.

Requisitos prévios identificados:

- (1) o empenho do Conselho Executivo,
- (2) o envolvimento dos professores monitorizado pelo Conselho Pedagógico e Conselho de Turma.
- (3) a necessidade de formação específica dos professores,
- (4) a auscultação e participação dos pais encarregados de educação,

³⁸ International Planning Committee /IPC (2002). *Education & Health in Partnership: a European Conference on linking education with the promotion of health in schools*, Egmond am Zee.

(5) a necessidade de envolver toda a comunidade escolar e a comunidade onde a escola está inserida, nomeadamente o Centro de Saúde,

(6) a necessidade de proceder à identificação de indicadores de realização e proceder a uma avaliação de impacto, processos e produtos

Recomendações de transição

- A inclusão da nova dinâmica curricular, não pode impedir a continuação de acções temáticas e de campanhas nas escolas sobre Educação para a Saúde/Educação Sexual até o processo estar finalizado.
- A revitalização da nova dinâmica curricular não deve servir de travão às escolas que por iniciativa própria se diferenciaram mais do que o preconizado nestas recomendações. Estas referem-se aos **requisitos mínimos de qualidade** que TODAS as escolas deverão seguir, sem prejuízo de fazerem propostas, ainda mais abrangentes, caso tenham essa experiência, essa motivação e essa possibilidade
- A avaliação dos projectos complementares na área da protecção da saúde/ prevenção de riscos tem de ser aperfeiçoada.
- Os professores e outros técnicos de saúde nas escolas deverão ter formação específica e supervisão para intervenção nestes projectos de prevenção.
- A diversificação dos temas tratados deve ser equacionada, uma vez que se suspeita que “*a oferta condiciona a procura* ” dando indicadores incorrectos de necessidades identificadas nas escolas.
- As acções preventivas baseadas apenas em informação, apenas em aconselhamento, ou apenas em propostas de actividades extra-escolares de carácter lúdico ou recreativo, não têm efeitos preventivos comprovados e implicam investimentos públicos sem garantia.
- As acções preventivas devem partir de informação correcta e precisa, sem exageros nem dramatizações, sem mensagens ideológicas ou religiosas.

- Grupos de alunos, durante discussões temáticas (“focus group”), reflectirão na necessidade de pressionar os *media* para transmitir programas educativos, e o modo como as novas tecnologias de informação poderão contribuir para a promoção da sua saúde.
- A participação de pais e alunos nas várias fases do processo deve ser incentivada.
- A comunidade escolar deve ter incentivos para participação nestes projectos.

Sugere-se ainda (1) um convite às escolas da Madeira e Açores para integrar este estudo, (2) uma circular informativa às escolas privadas

Recomendações finais do GTES

1. A exemplo de anos anteriores, o Conselho Pedagógico deverá eleger um professor responsável pela implementação/acompanhamento da área da Educação para a Saúde, de entre os professores com formação prévia e experiência nesta área.

2. Em reunião de grupo das diferentes disciplinas (Matemática, Geografia, História, etc) analisar “*qual o contributo que a disciplina pode dar para a dinâmica da “Educação para a Saúde”*”:

- Fazer o quadro-síntese dos contributos mínimos, por ano de escolaridade (2º e 3º ciclos);
- Distribuir o referido quadro-síntese pelos Directores de Turma
- Remeter os quadros-síntese anualmente para o Conselho Pedagógico.
- Durante este ano-piloto estes quadros serão remetidos pelo Conselho Pedagógico para o GTES, até ao final do primeiro período.

Nas escolas do primeiro ciclo este trabalho será levado a cabo pelo Conselho Pedagógico e o quadro síntese distribuído por todos os professores, e remetido para o GTES neste primeiro ano piloto, até ao final do primeiro período lectivo.

3. Elaborar o “Plano Curricular de Turma” (PCT), prevendo:

- Os diferentes momentos em que a “*Educação para a Saúde*” é abordada nas diferentes disciplinas;
- Mecanismos concretos para avaliar a forma como os conteúdos da “Ed. p/ a Saúde” foram assimilados
- Durante este primeiro ano piloto, estes documentos serão remetidos pelo Conselho Executivo para o GTES até ao fim do primeiro período lectivo.

No do Plano curricular do primeiro ciclo, constarão os diferentes momentos em que a “*Educação para a saúde*” é abordada na turma. - Durante este primeiro ano piloto, estes documentos serão remetidos pelo Conselho executivo para o GTES até ao fim do primeiro período lectivo.

4. No âmbito das áreas disciplinares não curriculares (Áreas Projecto, Formação Cívica e/ou Estudo Acompanhado) ou na ainda na “opção a decidir pela escola”, recomendamos:

- Que um destes espaços disciplinares não curriculares seja vocacionado para a Educação para a Saúde, de acordo com os tópicos e desenvolvimento curricular ao longo dos ciclos apresentado anteriormente e seguindo metodologias já explicitadas. Pretende-se ir ao encontro das problemáticas específicas de cada grupo-turma, numa perspectiva de participação dos alunos na definição das suas necessidades e respectivas pistas de abordagem/solução.

- A escola deverá escolher o espaço que mais se adequa às suas características, necessidades específicas e organização.

- Contudo, salienta-se a obrigatoriedade do cumprimento desta medida, bem como da implementação do processo de avaliação. Durante este primeiro ano piloto a indicação de como cada uma das escolas envolvidas fez esta opção e o modo como pretende realizar a avaliação dos alunos, deve ser remetida pelo respectivo Conselho Executivo ao GTES até ao final do primeiro período.

- Dentro destas sessões, pelo menos uma sessão mensal deve ser na área da Sexualidade, dentro da filosofia atrás exposta. Com esta sessão de debate/ informação pretende-se garantir que os temas abordados em outras disciplinas (ver ponto 2), foram integrados pelos alunos, ou mesmo suprir alguma informação que não tenha sido adquirida.

Esta sessão tem carácter obrigatório e deve ser alvo de um procedimento de avaliação específico, assegurando os conteúdos previstos. Durante este primeiro ano piloto a indicação de como cada uma das escolas envolvidas fez esta opção e o modo como pretende realizar a avaliação dos alunos, deve ser remetida pelo respectivo Conselho Executivo ao GTES até ao final do primeiro período.

5. Recomenda-se a implementação e/ou a continuidade de um Gabinete de Atendimento ao Aluno, onde estará sempre disponível um professor em regime de rotatividade (das 8h às 17h- início e fim do dia de aulas). Este gabinete assume especial relevância nas escolas secundárias.

Sugerem-se aqui parcerias com escolas de ensino superior de modo a obter a colaboração de estudantes/ finalistas/ estagiários de Medicina, Psicologia, Enfermagem e Assistência Social e outras.

Durante este primeiro ano piloto a indicação de como cada uma das escolas, conseguiu activar ou robustecer este tipo de atendimento, deve ser remetida pelo respectivo Conselho Executivo ao GTES até ao final do primeiro período.

6. Recomenda-se o reforço de serviços de atendimento na escola ou de parcerias, nomeadamente com os Centros de Saúde, IPJ e SPO's (Psicólogo, Médico, Enfermeiro, Assistente Social, etc), no sentido de se formar uma rede próxima de reforço de atendimento, formação e supervisão.

Durante este primeiro ano piloto a indicação de como cada uma das escolas, conseguiu activar ou robustecer este tipo de parcerias, deve ser remetida pelo respectivo Conselho Executivo ao GTES até ao final do primeiro período.

7 - Recomenda-se ainda que os protocolos vigentes do Ministério da Educação com as ONG's (Associação para o Planeamento da Família, Movimento Defesa da Vida, Fundação Portuguesa A Comunidade Contra a Sida) terminem efectivamente em Dezembro de 2005.

8 –Sem prejuízo do número anterior, cada Escola/Agrupamento poderá recorrer às entidades que entender relevantes para a prossecução das directivas constantes neste documento.

9 - Os manuais com vista ao desenvolvimento desta nova dinâmica curricular deverão respeitar as orientações deste relatório.

10 - Identificação/divulgação – até 18 de Dez 2005 - das equipas responsáveis pela dinamização destas recomendações a nível regional, para que as escolas encontrem um suporte de retaguarda

11- Recomendamos que sempre que possível esta acção se faça em sinergia com a Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde, aproveitando recursos existentes e providenciando a revitalização da rede em Portugal.

12 - Recomendamos a activação de recursos comunitários (Parceiros locais, centros da juventude, Autarquias) como potenciador do capital técnico e social e adequação das propostas às características de cada zona.

13 - O grupo de trabalho (GTES) acompanhará este processo de Novembro 2005 a Maio 2006 e estará disponível através de uma linha telefónica uma manhã por semana, um endereço de e-mail e 2 visitas às escolas envolvidas (em Janeiro e Maio).

14 - No fim do período de implementação e acompanhamento da medida será realizada pelo GTES uma avaliação do impacto e do processo (alunos, professores e técnicos da equipa) e produzido respectivo relatório com recomendações finais.

15 - Após o fim da vigência do GTES, deverá ser previsto um serviço central e um serviço regional, no âmbito do Ministério da Educação para acompanhamento e avaliação da sustentabilidade desta medida e respectivo reforço e articulação com os professores responsáveis pela Educação para a saúde, nas escolas. Este serviço teria como finalidade *“conferir um carácter estrutural e estruturante à dinâmica da “promoção da saúde em meio escolar”*.

16 - Este serviço articulará pela parte da Educação com a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde e dará um suporte estrutural e logístico que permitirá a sustentabilidade da medida.

Índice:

Constituição do grupo de trabalho (DR-IIªSérie –nº176, 13 de Setembro de 2005 -
Despacho nº19 737/2005)

Síntese e Conclusões	p.4
Educação Sexual/Educação para a Saúde	p.6
Educação para a Saúde em meio escolar	p.9
Percursos da Educação Sexual/Educação para a Saúde em Portugal	p.20
Percursos da Educação Sexual/para a Saúde em alguns países da Europa.	p.38
A intervenção do GTES.	p.41
Síntese das visitas às escolas	
Síntese das entrevistas realizadas	
Nova Dinâmica curricular para a Educação para a Saúde	p.48
Recomendações finais	p.72

Anexo: Lista das personalidades entrevistadas.