

GRUPO DE TRABALHO DE EDUCAÇÃO SEXUAL

RELATÓRIO FINAL

Lisboa, 7 de Setembro de 2007

ÍNDICE:

| | |
|--|----|
| 1. Síntese e Conclusões | 4 |
| 2. Introdução | 7 |
| 3. Educação Sexual/Promoção e Educação para a Saúde | 11 |
| Conteúdos mínimos de Educação Sexual em meio escolar | 19 |
| 4. Perfil do Professor Coordenador | 24 |
| 5. Síntese das Actividades do GTES | 28 |
| 6. Concretização da Promoção e Educação para a Saúde nas escolas | 36 |
| 7. Avaliação..... | 44 |
| 8. Anexo: Relatório da Subcomissão para avaliação de manuais. | |

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, Universidade de Claude Bernard, Lyon II;
DEA em Psicologia da Educação (Master Ed / ISPA & Universidade de Bristol);
Doutorada pela Faculdade de Motricidade Humana (FMH), Universidade Técnica de Lisboa;
Professora Associada na FMH, com Agregação em Saúde Internacional pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa (UNL);
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.

RELATÓRIO FINAL

1. SÍNTESE E CONCLUSÕES

- 1) O presente Relatório Final do Grupo de Trabalho de Educação Sexual/Saúde (GTES) reafirma a importância da Promoção e Educação para a Saúde nas escolas do 1º ao 12º ano.
- 2) A Educação para a Saúde deve ser considerada obrigatória em todos os estabelecimentos de ensino e integrar o Projecto Educativo da escola. Sempre tendo em conta a especificidade de cada ambiente escolar, recomenda-se que os projectos integrem quatro áreas fundamentais: Alimentação e Actividade Física; Consumo de substâncias psico-activas, tabaco, álcool e drogas; Sexualidade e infecções sexualmente transmissíveis, com relevância para a prevenção da SIDA; Violência em meio escolar/Saúde Mental.
- 3) Pela sua importância no contexto do desenvolvimento humano, a Educação Sexual deverá existir em todas as escolas, em articulação com as estruturas da Saúde. Deverá ser abordada de acordo com a idade dos alunos, através de acções com continuidade, organizadas segundo a metodologia de projecto. Este Relatório propõe um Programa mínimo e obrigatório de Educação Sexual para todos os estudantes, consoante a fase dos estudos. A avaliação dos conhecimentos é obrigatória.
- 4) As acções de Educação para a Saúde devem ser dinamizadas por um Professor-Coordenador nos 2º e 3º ciclos e Secundário. A este docente devem ser garantidas, pelo Ministério da Educação e Direcções Executivas das escolas, todas as condições para o exercício destas funções, nomeadamente formação adequada, disponibilidade de tempo e relevância curricular para progressão na carreira. A colaboração com as

estruturas da Saúde é definida como fundamental, devendo ser garantida pelo Ministério da Saúde a disponibilidade de técnicos de saúde para trabalho de parceria com as escolas.

- 5) A participação activa dos estudantes e a opinião e colaboração dos encarregados de educação são essenciais para o êxito da Promoção e Educação para a Saúde no nosso sistema de ensino.
- 6) Apesar de se considerar essencial a pesquisa dos alunos e professores, o GTES promoveu a publicação de Referenciais para três dos temas propostos: “Educação alimentar em meio escolar” e “Consumo de substâncias psicoactivas e prevenção em meio escolar” ao dispor de todas as escolas e “Prevenção da Violência em meio escolar” (a sair oportunamente).
Uma Comissão Independente nomeada pelo GTES analisou livros e material audiovisual, com destaque para as publicações na área da sexualidade: as suas recomendações podem ser consultadas no Anexo deste Relatório.
- 7) São divulgadas novas parcerias possíveis para o trabalho de Promoção e Educação para a Saúde, incluindo associações científicas, associações de estudantes de Medicina e projectos apoiados pelo Instituto Português da Juventude, às quais as escolas poderão recorrer.
- 8) Às organizações não governamentais com trabalho no âmbito dos jovens, nomeadamente no campo da Educação Sexual, deverá ser dada a possibilidade de participação em concursos públicos para a escolha de projectos específicos, organizados pelos Ministérios da Educação e da Saúde.
- 9) A avaliação do trabalho feito durante o mandato do GTES, de acordo com as respostas dos membros dos Conselhos Executivos a um questionário

para avaliação da Educação para a Saúde nas escolas, disponibilizado on-line, com uma taxa de resposta de 89% (1082 membros dos Conselhos Executivos) indicam um aumento dos gabinetes de saúde, um aumento da PES nas áreas curriculares (pe nas aulas regulares de Educação Física e Biologia), bem como nas Áreas Curriculares não Disciplinares, em especial na Área de Projecto e na Educação Cívica. Estas áreas, sendo de frequência obrigatória e estando integradas no funcionamento regular da escola, dão garantias da sustentabilidade das medidas agora desenvolvidas.

- 10) Terminado o mandato do GTES e na ausência de qualquer papel executivo deste grupo, compete às estruturas dos Ministérios da Educação em articulação com o Ministério da Saúde a reafirmação de uma política coerente nesta área e a execução continuada das medidas propostas neste Relatório.

2. INTRODUÇÃO

A Educação Sexual (ES) foi definida no Relatório Preliminar do Grupo de Trabalho de Educação/Saúde (GTES) como um processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual. Tem como objectivos:

- ✓ o desenvolvimento de competências nos jovens que permitam escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade;
- ✓ a melhoria dos seus relacionamentos afectivo-sexuais;
- ✓ a redução de possíveis consequências negativas dos comportamentos sexuais, tais como a gravidez não planeada e as infecções sexualmente transmissíveis (IST);
- ✓ a capacidade de protecção face a todas as formas de exploração e de abuso sexuais. A longo prazo, deve contribuir para a tomada de posições na área da sexualidade, durante toda a vida. (GTES, 2005).

A família é o espaço emocional privilegiado para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis na área da sexualidade. Os exemplos dos pais e irmãos, a forma como os familiares comunicam valores e crenças face à sexualidade, os comentários sobre notícias dos jornais, programas de televisão ou sítios da Internet, constituem modelos e referências muito importantes para alguém que está a fazer o seu percurso pessoal, em busca da identidade e autonomia, só conseguidas no final da adolescência. Por isso, sempre definimos como fundamental a participação dos encarregados de educação nas diversas fases dos programas de ES em meio escolar e a cooperação entre a escola e a família como uma das vertentes nucleares dessas actividades (GTES, 2007).

A escola também deve ser considerada como um contexto importante para possibilitar aos estudantes um aumento dos seus conhecimentos na área da sexualidade e para a promoção de atitudes e comportamentos adequados e com menores riscos. Nunca se deverá perder de vista que compete à família a educação dos seus filhos, mas deverá organizar-se numa perspectiva de cooperação com os agregados familiares, de modo a conseguir não só potenciar

a informação pertinente, mas também tentar promover um conjunto de comportamentos ajustados e sem riscos no campo sexual. A escola actual, ao integrar estudantes de origens culturais muito diferentes, tem um papel fundamental nas atitudes de respeito que devem merecer essas diversas sensibilidades, sem nunca poder esquecer a família como o espaço emocional fundamental onde elas têm origem.

A ES tem a maior importância na actualidade portuguesa. Num país com elevada prevalência de IST, com destaque para a infecção pelo VIH, a patologia do colo do útero; onde a taxa de gravidez adolescente, sobretudo nas idades mais jovens, continua elevada e constitui um factor de risco psicossocial a ter em conta; e onde as primeiras relações sexuais ocorrem, muitas vezes, após a utilização de álcool ou drogas, não raro associadas a outros comportamentos de risco, consideramos imprescindível que as nossas escolas possam complementar o papel educativo das famílias nesta área, sobretudo naqueles casos onde dificuldades de várias ordens dificultam essa função (com dificuldades de comunicação, com patologia mental, com história de negligência, maus tratos ou comportamentos de violência face à sexualidade, para só dar alguns exemplos).

Entendeu o GATES (GATES 2005, 2007) que o facto da ES em meio escolar ser imprescindível na nossa realidade actual não significa que a mesma deva ser isolada de um conjunto mais amplo do saber: a Promoção e Educação para a saúde.

Na Europa, os adolescentes passam cerca de 2/3 do tempo na escola (Kuntsche & Jordan, 2006), pelo que esta tem um papel importante, influente e determinante no ambiente social, contribuindo para o desenvolvimento do sentimento de identidade e autonomia desses mesmos adolescentes. A escola é ainda um palco privilegiado da relação do adolescente com os pares.

Na verdade, a maior parte dos adolescentes procura valorizar os aspectos positivos da vida, tanto na família como no grupo de pares e valoriza a escola neste percurso. Scales (1999) identificou o que chamou os “40 trunfos para a saúde” que devem ser promovidos na comunidade, tendo em vista os estilos de

vida saudáveis. Estes incluem uma visão positiva do futuro, apoio familiar, envolvimento escolar, ambiente afectivo de participação, responsabilização e autonomia na escola.

Parece pois importante ter uma visão integrada da saúde das crianças e dos adolescentes, e para efeitos de intervenção preventiva, protectora e promocional, torna-se necessário que, em cada escola, sejamos capazes de “mapear” os “trunfos para a saúde” nas crianças e nos adolescentes, e de entender quais os factores associados ao seu bem-estar e através de que mecanismos tal acontece.

Se o consumo de substâncias (ou o sedentarismo, ou a alimentação deficiente ou abusiva, ou o isolamento social, ou o mal estar psicológico, ou o sexo desprotegido, ou ainda a violência interpessoal) for o comportamento habitual, será pois necessário identificar e negociar com estes percursos alternativos (“trunfos”) para lidar com os acontecimentos de vida, sem recurso a condutas lesivas da sua saúde,.

Muito se tem falado em factores de risco e de protecção, mas um tema central recente no estudo da protecção da saúde, é exactamente o número de factores que ameaçam o ajustamento psico-social e comportamental das crianças e adolescentes. Este aspecto é conhecido como o **efeito cumulativo dos factores de risco**. Aponta-se o número de quatro factores de risco como um número quase certamente associado a problemas de saúde psico-social (Forehand, Bigger & Kutchick, 2002; Werner & Smith , 2001) .

Para efeitos de intervenção na área da promoção da saúde nas escolas, temos assim duas ideias a juntar aos já conhecidos conceitos de comportamentos de risco e de protecção, retiradas da recente revisão da literatura.

1) A necessidade de ter uma visão integrada do ajustamento psico-social da criança e do adolescente e de sermos capazes de mapear os **“trunfos” pessoais** para a saúde (incluindo aqui factores pessoais, familiares, escolares

e relativos ao grupo de pares) e centrarmo-nos preferencialmente em **factores positivos e em comportamentos alternativos**.

- 2) A necessidade de combater o efeito cumulativo dos factores de risco**, em termos do seu impacto para a saúde das crianças e adolescentes, actuando de modo articulado e integrado (incluindo factores pessoais, familiares, escolares e relativos ao grupo de pares).

A promoção do sucesso escolar tem aqui um papel de extraordinária importância; por um lado, porque a situação dos pais nesta matéria pode ser mais frágil; por outro, porque facilitará a quebra do ciclo vicioso: - baixa escolaridade – iliteracia - falta de expectativas – pobreza - risco para a saúde.

3. EDUCAÇÃO SEXUAL/PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

O conceito actual de saúde preconiza a integração de intervenções preventivas globais, através da promoção de competências pessoais e sociais para a saúde. Deste modo, o GTES propôs que a ES fosse integrada numa nova dinâmica curricular de Educação para a Saúde, com dois vectores fundamentais: por um lado, preconizou-se a *revitalização* dos currícula das disciplinas do 1º, 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico na perspectiva da Educação para a Saúde; por outro, defendeu-se o aproveitamento das áreas curriculares não disciplinares para a abordagem do tema, de acordo com as características e recursos de cada escola/agrupamento. No Secundário, foi recomendada a criação e dinamização de Gabinetes de Apoio ao Aluno, em articulação com as estruturas de saúde da área. Como é sabido, estas propostas foram aprovadas pelo Ministério da Educação e receberam parecer favorável do Conselho Nacional de Educação. O Protocolo celebrado entre os Ministérios da Educação e da Saúde em Fevereiro de 2006 (ver em www.dgs.pt, por ex.) veio tornar mais operacional a articulação necessária entre os agrupamentos escolares e as estruturas da Saúde mais próximas.

A ES passou a fazer parte da Educação para a Saúde, sendo definida como uma das suas áreas prioritárias, em conjunto com a Alimentação e Actividade Física, Consumo de Substâncias Psicoactivas e Violência em meio escolar/Saúde Mental. A Educação para a Saúde deverá ser incluída no Projecto Educativo da escola/agrupamento (Disp. do SEE de Setembro de 2006).

A especificidade da ES e a sensibilidade que ainda desperta em alguns pais exige uma atenção mais pormenorizada neste Relatório Final. A ES em meio escolar que preconizamos parte da perspectiva de desenvolvimento do indivíduo, no sentido que a sexualidade é considerada uma força estruturante no processo de evolução individual, desde o nascimento até à morte.

A sexualidade infantil

Começamos por descrever resumidamente, as diversas fases da sexualidade infantil e juvenil, período onde deve ser posta em prática a ES.

A sexualidade infantil e a sexualidade adolescente são importantes etapas preparatórias para a construção da sexualidade adulta. Embora todos nasçamos equipados para o sexo pela existência de órgãos específicos, a sexualidade é um longo processo de maturação física e psicológica, organizado a partir de uma evolução interna e construído na relação com os elementos significativos do universo relacional de cada indivíduo.

Os primórdios da sexualidade humana encontram-se na relação precoce entre a mãe e o bebê. O prazer desse encontro e dessa satisfação recíproca molda a tonalidade afectiva da criança e tem repercussão no seu evoluir sexual, como foi postulado pela psicanálise e confirmado com estudos sobre a importância da relação precoce. Desde antes do nascimento, o feto humano é alvo de mensagens conscientes e inconscientes do pai e da mãe (ou de outros adultos próximos) no sentido da sua definição como sendo género masculino ou feminino, o que se tornará mais intenso após o parto: pega-se, fala-se e oferecem-se presentes diferentes, conforme se trata de um rapaz ou de uma rapariga. À fase de prazer oral, segue-se a fase genital precoce, entre o ano e meio e os três anos, na qual a criança distingue os sexos e se define como um ser sexuado. Descobre o prazer da presença do contacto corporal com os pais, depois a satisfação da estimulação de órgão ou da zona produtora de prazer (boca, ânus, pénis ou vagina), ao mesmo tempo que intui a possibilidade de ter um bebê como a mãe e o pai.

Entre os três e os seis anos, na fase classicamente designada por fase edipiana ou fase genital infantil, a criança vai construir a sua identidade sexual por identificação ao modelo escolhido, o progenitor do mesmo sexo. Surgem aqui as primeiras curiosidades acerca da sexualidade do pai e da mãe, sendo importante que os adultos (pais e educadores) respondam às perguntas de modo adequado à idade das crianças, pois essas respostas contribuem para o reconhecimento de

cada um, o que pode ter repercussões no futuro . Neste período, o prazer está sobretudo ligado ao facto de ser reconhecido como um rapaz ou rapariga competente, sobretudo pelo progenitor (ou outros adultos significativos) do mesmo sexo.

Depois dos seis anos até ao início da adolescência, definido pelo aparecimento da puberdade, dá-se o período de latência, em que a identidade sexual se afirma e consolida pela aprendizagem dos papéis sexuais de homem e mulher, tal como surgem na família e na escola. Há um interesse mais acentuado pelos colegas do mesmo sexo, mas com a importância dos média nos dias de hoje e com a puberdade a surgir cedo, este período é agora caracterizado por frequentes comportamentos de imitação de adolescentes de telenovela ou de cinema, em enamoramentos em que se ensaiam jogos amorosos, no preâmbulo da adolescência emergente. Na escola, a atitude dos adultos é importante: uma precoce “erotização” destes comportamentos pode precipitar comportamentos desadequados a esta fase de desenvolvimento.

Sexualidade na adolescência

A forma como a criança viveu a infância e a maneira como os pais (ou substitutos parentais) lidaram com as questões relacionadas com a sexualidade surgidas nesse período, são essenciais para uma boa evolução dos comportamentos sexuais na adolescência. Quando a família vivenciou padrões de conflito, fugas ao problema ou discordâncias parentais significativas, é possível que a sexualidade juvenil se venha a tornar um foco de tensão entre as gerações; se, pelo contrário, a evolução da criança se processou sem sobressaltos significativos, a adolescência tende a ser vivida como um período onde sexualidade é um momento importante de descoberta e gratificação.

Muitos pais e professores têm dificuldade com o tema da sexualidade e da ES e, por isso, não são capazes de transmitir um conjunto coerente de opiniões, necessário para capacitar os jovens a fazerem escolhas, de modo a poderem evoluir na adolescência com responsabilidade, satisfação e segurança. O controlo

sobre a vida dos mais novos, possível durante a infância, torna-se agora mais difícil e como a vida amorosa dos adolescentes atravessa períodos de grande mutação, por vezes de difícil compreensão para a família, apercebemo-nos de algumas hesitações educativas nesta fase.

A puberdade inicia o processo de desenvolvimento da adolescência e estende-se por um período variável, em regra durante dois ou três anos. Com a produção das hormonas sexuais e com o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, a curiosidade sexual intensifica-se. É uma época de profundas alterações biológicas e psicológicas, onde são inevitáveis mudanças de humor e de comportamento. Na puberdade, desenvolve-se uma sexualidade “interiorizada” em que as fantasias sexuais, os impulsos desconhecidos e a possibilidade de concretização física do acto sexual invadem o imaginário adolescente: aos pais compete respeitar a privacidade deste período, mas mostrar disponibilidade para ouvir e esclarecer.

A contradição entre um corpo capaz de ter relações sexuais e as restrições sociais e familiares ao início da vida sexual activa com um parceiro, num adolescente em busca de maturidade e no processo de definição da sua identidade sexual, provoca uma “tensão sexual fisiológica” que necessita descarga: a masturbação é a maneira habitual de aliviar essa tensão, sendo quase sempre mais precoce e mais frequente nos rapazes do que nas raparigas. Deve ser encarada como um acontecimento absolutamente normal na evolução da sexualidade, muitas vezes iniciado na infância; a diferença é que a masturbação adolescente (ao contrário da infantil) pode ser acompanhada de fantasias de relações sexuais com penetração, sendo importante para a progressiva consolidação da identidade sexual (Sadock, 2005). As atitudes críticas em relação à masturbação são agora raras, ao contrário do que aconteceu até à segunda metade do século XX, em que a condenação foi frequente. Estudos recentes demonstram que as práticas masturbatórias ocorrem ao longo da vida e, embora sejam mais frequentes antes da primeira experiência de sexo com penetração, podem manter-se mesmo quando existe uma relação estável com um parceiro sexual.

A sexualidade na adolescência progride de experiências de auto-erotismo para interações de carícias e beijos com colegas e amigos, muitas vezes em território escolar. É importante que a escola defina limites para os comportamentos sexualizados no seu perímetro, o que se consegue com uma discussão aberta com os estudantes, na qual a dimensão ética é essencial: as boas práticas demonstram que os alunos não têm dificuldade em aceitar regras de comportamento na área da sexualidade, desde que sejam ouvidos e estimulados a participar na sua definição.

A experiência da primeira relação sexual com penetração constitui um importante ritual de passagem para ambos os sexos e tende a ocorrer primeiro nos rapazes. Cerca de 80% dos adolescentes portugueses que frequentam a escola, iniciam a sua vida sexual depois dos 15 anos (www.aventurasocial.com), existindo muitas variações individuais. As tensões e impulsos sexuais sentidos pelos adolescentes e a pressão dos pares são importantes para o começo da vida sexual, mas as atitudes da família e da escola nunca poderão ser esquecidas: a informação criteriosa e a disponibilidade para ouvir devem ser a regra, mas a decisão deve caber aos próprios. Os pais e professores devem, contudo, compreender que a primeira experiência sexual comporta um conjunto significativo de emoções e deve exigir uma responsabilidade de ambos os jovens, sendo dever dos educadores a constante recomendação de padrões éticos de respeito e afecto mútuos (Sampaio, 2006).

Ao abordar, em contexto escolar, o início da vida sexual, existem diferenças de género que devem ser tidas em conta. Os rapazes inquietam-se muitas vezes com a sua capacidade de desempenho, sobretudo no que diz respeito ao controlo ejaculatório e à ideia que a rapariga poderá ter sobre o que se passou, e também com a opinião que os outros rapazes poderão deduzir sobre a sua masculinidade. Nas raparigas, a perda de virgindade está relacionada com questões culturais e familiares e com o risco de uma gravidez indesejada: embora os contraceptivos possam diminuir esta ansiedade, sabemos que as características “ocasionais” de muitas primeiras experiências sexuais juvenis determinam a não utilização de métodos anticoncepcionais. Estas singularidades recomendam o trabalho na escola com divisão em grupos de sexos diferentes,

para que rapazes e raparigas possam expor as suas dúvidas com menores constrangimentos: uma metodologia que reúna primeiro os alunos de um sexo e depois de outro, com junção dos dois subgrupos no final costuma conduzir a bons resultados. Tal como expusemos no nosso Relatório Preliminar (GTES, 2005), a estratégia de discutir e dinamizar as diversas temáticas ligadas à sexualidade através da metodologia de “focus group” é aconselhável.

Factores psicosexuais

Quando se trabalha numa escola as questões da sexualidade, depressa nos apercebemos que a formação da personalidade dos alunos, a dimensão afectiva dos seus comportamentos e as diversas heranças culturais e familiares em presença, impõem uma atenção permanente à dimensão ética de todas as acções. A Educação Sexual que defendemos deve contribuir para uma correcta tomada de decisões no campo sexual ao longo da vida e possibilitar escolhas com respeito e responsabilidade (GTES, 2005). Implica, nesta perspectiva, compreender que os comportamentos sexuais juvenis dependem da interacção entre motivações internas e relacionamentos interpessoais, mas podem ser influenciados pela forma como os adultos, na família e na escola, vivem o seu quotidiano afectivo-sexual.

Na prática escolar, interessa saber que a sexualidade depende de quatro factores psicosexuais (que envolvem o desenvolvimento da personalidade e os comportamentos sexuais): *a identidade sexual, a identidade de género, a orientação sexual e o comportamento sexual* (Sadock, 2005). Nas acções com alunos, surgem com frequência questões relacionadas com estas dimensões, pelo que interessa definir brevemente cada uma delas.

A *identidade sexual* é o padrão definido pelas características biológicas e sexuais, que formam um conjunto coerente: através dos cromossomas, genitais internos e externos, hormonas e caracteres sexuais secundários, o indivíduo não tem (na grande maioria dos casos) dúvidas acerca do seu sexo. Importa referir,

no entanto, que a construção da identidade sexual é um processo que pode sofrer vicissitudes a necessitar de abordagem especializada.

A *identidade de género* está relacionada com o sentido de ser masculino ou feminino e estabelece-se muito precocemente na infância, cerca dos 2 ou 3 anos. Resulta de uma série infindável de experiências com os familiares e com os pares e de fenómenos culturais, em que as características biológicas interagem com uma série de estímulos, de modo a definir o género (Sadock, 2005). No contexto da sexualidade pré-adolescente ou adolescente, as questões da masculinidade e da feminilidade surgem com frequência e podem ser abordadas num programa de ES.

A *orientação sexual* descreve o objecto dos impulsos sexuais: heterossexual (sexo oposto), homossexual (mesmo sexo) ou bissexual (os dois sexos). Na puberdade e na fase média da adolescência, podem surgir dúvidas transitórias sobre a orientação sexual, até que esta se consolide. A informação da heterogeneidade dos comportamentos sexuais e o respeito pela diferença devem fazer parte de temas a discutir, num programa organizado de ES, sobretudo se for uma questão solicitada pelos alunos.

O *comportamento sexual* inclui o desejo, as fantasias ligadas à sexualidade, o auto-erotismo, a procura de parceiros e, de um modo geral, todas as tentativas com o objectivo de obter gratificação de necessidades sexuais.

Os relatos que actualmente nos chegam de comportamentos sexuais em território escolar, através da utilização de novas tecnologias e em contexto onde não está presente a dimensão afectiva, devem merecer atenção especial por parte de pais e educadores.

O PROJECTO DE EDUCAÇÃO SEXUAL NA ESCOLA

O projecto de ES em meio escolar deve basear-se na perspectiva de desenvolvimento que acabámos de delinear, ter em conta as características da escola e da comunidade onde esta se insere e contar sempre com a participação activa dos estudantes. Tal como definimos no Relatório Preliminar (GTES, 2005), os pais deverão ser informados em todas as fases do processo e, sempre que possível, chamados a participar. Em nenhum caso o programa deverá basear-se apenas numa vertente médico-sanitária, pois é essencial que a escola ajude os seus alunos a desenvolverem um conjunto de qualidades que lhes permitam encontrar uma conduta sexual que contribua para a sua realização como pessoas ao longo da vida. A reflexão crítica por parte dos estudantes acerca dos seus comportamentos na área da sexualidade deve, assim, ser um dos objectivos de qualquer iniciativa de ES em meio escolar. A responsabilidade no âmbito da vivência sexual tem de ser evidenciada no campo pedagógico e nos relacionamentos interpessoais na escola: para além da informação pertinente prestada no contexto das acções de formação, é necessário abordar a afectividade como uma das componentes essenciais de uma sexualidade responsável. Para que este processo se torne eficaz é importante que todos os que participam na ES em meio escolar (alunos, professores, pais, profissionais de saúde) explicitem os valores em causa no programa (Duarte, 2006).

EDUCAÇÃO SEXUAL: CONTEÚDOS MÍNIMOS

- 1) A Educação Sexual é parte integrante e obrigatória da Educação para a Saúde.
 - 2) De acordo com:
 - As conclusões do Relatório Preliminar de 31 de Outubro de 2005 do GTES
 - O Despacho nº 25995/2005 (2ª série) da Ministra da Educação,
 - O Despacho do SEE de 27 de Setembro de 2006,
 - Os programas em vigor,
 - A actual reorganização curricular, que inclui as áreas curriculares não disciplinares (ACND), as escolas deverão:
 - 2.1) Incluir o equivalente a uma sessão mensal na área específica da sexualidade;
 - 2.2) Realizar avaliação específica e obrigatória aos conteúdos em causa.
1. No contexto educativo nacional actual, os conteúdos *mínimos* nesta área contemplam da seguinte forma os três ciclos:

Primeiro ciclo (1º ao 4º ano)

Noção de corpo;
O corpo em harmonia com a Natureza;
Noção de família;
Diferenças entre rapazes e raparigas;
Protecção do corpo e noção dos limites, dizendo não às aproximações abusivas, e disso dando conhecimento à família e/ou professor(a).

Segundo ciclo (5º e 6º anos)

Coincidindo habitualmente com o início da adolescência e da puberdade, devem nos 5º e 6º anos ser contemplados os seguintes conteúdos *mínimos*:

Puberdade: aspectos biológicos e emocionais;

O corpo em transformação;

Caracteres sexuais secundários. Normalidade e importância e frequência das suas variantes bio-psicológicas (heterocronia);

Diversidade, tolerância;

Sexualidade e género;

Reprodução humana e crescimento. Contraceção e planeamento familiar.

Terceiro ciclo (7º ao 9º anos)

Compreendendo três anos lectivos, no 3º ciclo pode haver alguma heterogeneidade nos grupos etários entre as diversas turmas e dentro das próprias turmas.

As *indicações* que em baixo se sugerem são apenas orientações gerais. Podem e devem ser adaptadas pela escola e por cada professora ou professor justamente em função das idades, de circunstâncias locais, regionais ou nacionais que o justifiquem e das necessidades específicas dos adolescentes. A respectiva abordagem deve ser feita em colaboração com os Centros de Saúde, podendo ser feita ou não em colaboração com diversas ONGs e/ou outras instituições.

Em qualquer caso, sublinha-se que, tratando-se de conteúdos mínimos, *em circunstância alguma devem estes conteúdos ser omitidos ou reduzidos*, qualquer que seja a forma e a sequência pela qual sejam abordados.

Neste sentido, é particularmente importante que os professores se inteirem e assegurem do que já foi abordado anteriormente, sem prejuízo de intencionais e pedagógicas revisões ou repetições de conteúdos previamente já abordados. É

de crer que a permanência dos professores por um mínimo de três anos na mesma escola favoreça esta abordagem.

De uma forma geral, *sugere-se* que:

- i) os conteúdos 1.3.1 a 1.3.5 sejam abordados sobretudo nos 7º e 8º anos;
- ii) os conteúdos 1.3.6 e 1.3.7 sejam abordados fundamentalmente nos 8º e 9º anos.

1.3.1 Compreender a fisiologia geral da reprodução humana;

1.3.2 Compreender o ciclo menstrual e ovulatório;

1.3.3 Compreender a sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa humana, no contexto de um projecto de vida que integre valores (ex: afectos, ternura, crescimento e maturidade emocional, capacidade de lidar com frustrações, compromissos, abstinência voluntária) e uma dimensão ética;

1.3.4 Compreender a prevalência, uso e acessibilidade dos métodos contraceptivos e conhecer, sumariamente, os mecanismos de acção e tolerância (efeitos secundários);

1.3.5 Compreender a epidemiologia e prevalência das principais infecções sexualmente transmitidas em Portugal e no mundo (incluindo infecção por VIH/Vírus da Imunodeficiência Humana - VPH¹/Vírus do Papiloma Humano - e suas consequências) bem como os métodos de prevenção;

Saber como se protege o seu próprio corpo, prevenindo a violência e o abuso físico e sexual e comportamentos sexuais de risco, dizendo não a pressões emocionais e sexuais.

1.3.6 Conhecer as taxas e tendências nacionais da maternidade em geral e da adolescência em particular e compreender o respectivo significado;

¹ -Vírus sexualmente transmitido de que algumas estirpes são responsáveis por lesões no colo do útero, incluindo cancro.

1.3.7 Conhecer as taxas e tendências das interrupções voluntárias de gravidez, suas sequelas e respectivo significado;

1.3.8 Compreender a noção de parentalidade no quadro de uma saúde sexual e reprodutiva saudável e responsável.

Ensino secundário

Haverá uma Gabinete de Apoio a alunos e intervenção também através da área de Educação Física, conforme se poderá ler mais adiante.

Temas como o género, família, parentalidade, interacção no namoro, respeito/violência, dizer “não” a pressões emocionais e sexuais, interacção inter pares, comportamentos sexuais virtuais veiculados pela Internet, maus tratos (abuso físico e psicológico) e sexualidade e projecto de vida devem ser abordados.

Sem prejuízo dos conteúdos já enunciados no 3º ciclo, sempre que se entenda necessário, tanto mais que a experiência demonstra as vantagens em se voltar novamente a abordá-los e um número expressivo de alunos nesta fase de estudos já iniciou a respectiva vida sexual activa, devem retomar-se temas previamente abordados.

Do ponto de vista qualitativo, estes objectivos não devem constituir uma abordagem excessivamente preventiva, abstracta e sanitarista, desligada da realidade concreta e da reflexão sobre valores, atitudes, emoções e comportamentos sexuais nas e nos adolescentes.

Importa que estes conteúdos abordem, nas e nos adolescentes portugueses, tendências na idade de início das relações sexuais, métodos contraceptivos disponíveis e utilizados, razões do seu falhanço e não uso, evolução e consequência nas taxas de gravidez e aborto (entre nós e na UE), aspectos relacionados com a incidência e sequelas das IST (incluindo a infecção por VIH e HPV, sua prevenção e suas consequências).

No que se refere à fisiologia da reprodução humana deve ser dado ênfase à compreensão do ciclo menstrual em geral, com particular atenção à identificação, quando possível, do período ovulatório, em função das características dos ciclos menstruais. Analogamente em relação à espermatogénese.

É essencial que a avaliação obrigatória, de forma específica, não exclua estas áreas fundamentais.

Sem prejuízo da complementar transversalidade que cada escola ou agrupamento desenvolva nesta área – em função das suas necessidades específicas e dos manuais e materiais que entenda desenvolver, adaptar ou aproveitar –, a efectivação de sessões de periodicidade equivalente a uma por mês (também aqui o professor deverá dispor de grande flexibilidade) sobre sexualidade e respectiva avaliação é obrigatória, seja ou não efectuada ao abrigo do protocolo estabelecido com o Ministério da Saúde em efectividade a partir de Fevereiro de 2006.

O Professor–Coordenador desta área temática deve zelar por este cumprimento, arquivando anualmente os resultados detalhados da avaliação efectuada, eventuais dificuldades encontradas e sugestões que entender oportunas.

4. PERFIL E FORMAÇÃO DO PROFESSOR-COORDENADOR

O Despacho de Fevereiro de 2007 do Secretário de Estado da Educação determina que as direcções executivas das escolas/agrupamentos do 2º e 3º ciclos deverão designar um docente para exercer as funções de Coordenador para a área de Educação para a Saúde (no entender do GTES, o mesmo deve acontecer nas escolas secundárias). Considera-se, no referido Despacho, que a designação deverá ser feita “tendo em conta a formação bem como a experiência no desenvolvimento de projectos e ou actividades neste âmbito”. O nosso contacto com muitos professores, no decurso das reuniões promovidas pelo GTES nas diversas regiões educativas, mostra que importa definir as características do Professor-Coordenador.

Características pessoais:

O trabalho do Professor-Coordenador deve ter como prioridade a noção de Promoção de Saúde, conceito que visa criar condições para que os indivíduos se responsabilizem pela sua saúde e pela da sua família e da comunidade a que pertencem. Antonovsky (citado por Navarro, 2000) considera que a Promoção da Saúde se deve basear num trabalho que reforce as capacidades e competências das pessoas e das populações, os factores salutogénicos. Ao conjunto dessas capacidades chamou “sentido de coerência”, constituído por três componentes: grau de capacidade para interpretar a realidade, seja contextual, seja factual; grau de competência para identificar os recursos a mobilizar para fazer face à realidade; e grau de empenhamento na utilização desses recursos. Quanto mais elevado for o sentido de coerência das pessoas, mais aptas se encontram quer para resistir a factores adversos intrínsecos e extrínsecos, quer para intervir sobre o ambiente em que vivem através do exercício efectivo da participação.

Os trabalhos e projectos de Promoção da Saúde estão focados em pessoas e grupos de qualquer natureza e de todas as idades, partem das necessidades dos seus actores e mobilizam-nos para interpretar os factos e encontrar a sua lógica; facilitam a tomada de consciência de que para cada

situação há sempre alguns recursos identificáveis; são protagonizados pelas próprias pessoas (em ES em meio escolar os alunos, e agentes exteriores ao processo), o que aumentará o desejo de envolvimento na modificação de situações; pressupõem uma avaliação participada e eventual reformulação (Navarro, 2000).

Nesta perspectiva, o Professor-Coordenador deve ter características pessoais de motivação para procurar recursos, acreditar que é sempre possível andar para a frente, olhar em primeiro lugar para o que é positivo numa situação ou numa pessoa, valorizar esses aspectos e estar disponível para aprender na relação com os outros. No contexto da escola/agrupamento, é decisivo que o Professor-Coordenador tenha como objectivo o desenvolvimento do sentido de coerência, conseguido através da reflexão sobre a sua prática e construído a partir do pressuposto de que toda a criança ou jovem tem curiosidade em aprender e capacidade para ir pesquisar informação. O docente deverá apresentar-se como um recurso para o acesso ao conhecimento, mais do que um detentor do saber, o que estabelece uma hierarquia de poder que pode inibir a autonomia do aluno: para o GATES não faz sentido, numa área em que os valores e os conhecimentos com validade científica são tão importantes como na ES, organizar o trabalho através de aulas de modelo expositivo dadas por professores ou técnicos de saúde, nas quais os alunos ficam impedidos de colocar questões ou desenvolver investigação própria. O caminho terá de ser, como acentuámos, o de mobilizar as capacidades dos mais jovens para a procura permanente do saber.

A dimensão ética da acção do Coordenador não poderá ser esquecida. Num tema onde surgem sensibilidades diversas, o docente necessita demonstrar capacidade de análise crítica, como forma de promover a solução de conflitos existentes entre valores que vão surgindo nas questões relacionadas com os comportamentos sexuais (Duarte, 2006). O recurso ao grupo de formandos e a auscultação da sensibilidade dos pais e encarregados de educação são estratégias que a prática tem demonstrado como eficazes.

Formação específica:

As características pessoais que definimos não significam que não valorizamos a formação do professor em Educação para a Saúde. No nosso Relatório Preliminar (GTES, 2005) identificámos cerca de 12.000 professores com formação específica, no período compreendido entre 2000 e 2005. Também muitos docentes frequentaram acções de formação dinamizadas por organizações não governamentais (Associação para o Planeamento da Família, Movimento para Defesa da Vida e Fundação A Comunidade contra a SIDA, entre outras), verificando-se que existe um número considerável de professores formados. No entanto, parece-nos que essa formação deve continuar, tal como recomendamos no nosso Relatório de Progresso (GTES, 2007): “ entendemos que os Centros de Formação de Associação de Escolas devem continuar a considerar a área de Educação para a Saúde como prioritária, disponibilizando módulos de formação contínua ao corpo docente da sua área”.

A formação inicial de professores, do 1º ciclo ao Secundário, é o ponto de partida para a coordenação de projectos na área de Educação Sexual/Educação para a Saúde, qualquer que seja a especificidade da acção lectiva do docente. Se os professores de Ciências Naturais e Educação Física surgem, à partida, como candidatos tradicionalmente mais motivados, pelo maior conhecimento dos aspectos biológicos do corpo humano, qualquer professor com as características atrás definidas e que se motive para a pesquisa formativa e reflexão sobre a sua prática poderá exercer as funções de coordenação. A formação pós-graduada dos docentes pode ser obtida através de cursos de pós-graduação, formação contínua, mestrado ou doutoramento que se ajustem ao tema da Promoção e Educação para a Saúde (ver “Recursos”, neste Relatório).

A formação de professores na área de ES/Saúde, a realizar nas escolas Superiores de Educação, Universidades públicas e privadas e outras entidades creditadas, deverá abranger os seguintes conteúdos:

- 1) Desenvolvimento humano: infância e adolescência - perspectiva bio-psico-social;
- 2) Temas básicos na área da saúde/bem-estar: alimentação, higiene, actividade física, sono e horários de trabalho, saúde sexual e reprodutiva, métodos contraceptivos, infecções sexualmente transmissíveis, dependências (tabaco, álcool, drogas), violência em diversos contextos, sinistralidade rodoviária, entre outros;
- 3) Técnicas de animação, gestão e dinâmica de grupos, nomeadamente “focus-groups”;
- 4) Técnicas de escuta activa e de aconselhamento;
- 5) Treino em metodologias de projecto e/ou participativas, com ênfase no trabalho a realizar com crianças e adolescentes.

Compete ao Ministério da Educação juntamente com as Direcções Executivas das escolas assegurar as condições de trabalho dos Professores-Coordenadores, nomeadamente a sua formação continuada e a garantia de relevância da sua acção para a progressão na carreira.

5. SÍNTESE DAS ACTIVIDADES DO GRUPO DE TRABALHO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Junho de 2005

O Grupo de Trabalho de Educação Sexual foi nomeado pelo Despacho nº 19737/2005, de Junho de 2005, da Ministra da Educação, com o “ objectivo de proceder ao estudo e propor os parâmetros gerais dos programas de educação sexual em meio escolar”. A constituição do GTES relacionou-se com a discussão, ocorrida nos meios de comunicação social, sobre a utilização de manuais utilizados nas escolas para a dinamização de acções no âmbito da educação para a sexualidade. Embora nunca tivesse ficado esclarecido o eventual impacte negativo da utilização desses textos junto dos estudantes, foi evidente que estávamos a viver um período de indefinição e de desmobilização face à Educação Sexual em meio escolar: o ME não dispunha de um programa definido sobre a matéria em questão, a Rede Nacional de Escolas Promotoras da Saúde estava desmobilizada e as organizações não governamentais com trabalho no terreno e subsidiadas anualmente pelo ME (Associação para o Planeamento da Família, Movimento de Defesa da Vida e Fundação A comunidade contra a SIDA) tinham uma acção meritória, mas o seu trabalho nem sempre tinha continuidade, sendo o protocolo estabelecido entre essas ONG e o ME desconhecido para a maioria dos estabelecimentos de ensino (segundo dados do Inquérito às escolas realizado pela DGIDC em 2003, intitulado “Educação Sexual em meio escolar”, ME; DGIDC, 2005, o protocolo com a Associação para o Planeamento da Família era apenas conhecido por 20% das escolas e apenas 10% sabiam da sua existência em relação ao Movimento de Defesa da Vida).

Julho a Outubro de 2005

O GTES iniciou o seu trabalho com a audição de vários intervenientes na área da Educação Sexual em meio escolar, como o objectivo de conhecer o

trabalho realizado, compreender as sensibilidades em presença e recolher sugestões. Todas as pessoas ou entidades que pediram para ser recebidas tiveram essa oportunidade e nós próprios solicitámos várias presenças, sendo de realçar a disponibilidade por todos manifestada.

Seguiu-se a visita do grupo de trabalho a várias escolas de todas as regiões educativas do Continente, como o objectivo de compreender, no terreno, as forças positivas e os constrangimentos à prática da Educação Sexual.

Os resultados desta fase da nossa acção estão referidos no Relatório Preliminar (GTES, 2005), e revelaram esforços significativos de vários intervenientes para levarem à prática a Educação Sexual em meio escolar, mas demonstraram também dispersão, ausência de continuidade e avaliação reduzida: era indiscutível que a Educação Sexual não estava integrada no quotidiano das escolas e era sentida como uma actividade realizada por alguns professores e técnicos de saúde com especial motivação, para um conjunto reduzido de estudantes. A desresponsabilização política do Ministério da Saúde era evidente, após a interrupção da coordenação da Rede de Escolas Promotoras de Saúde, bem como foi visível a reduzida participação dos pais nos programas em curso.

Em 31 de Outubro o GTES tornou público o seu Relatório Preliminar (GTES, 2005). Nesse documento, que veio a merecer a aprovação do Conselho Nacional da Educação, preconizámos a inclusão da Educação Sexual numa área mais vasta de Educação para a Saúde. Foi entendimento do GTES não fazer sentido uma disciplina exclusiva de Educação para a Sexualidade (por que razão só a Sexualidade e não a Nutrição, o Relacionamento Interpessoal ou a Cidadania, por exemplo), sendo importante aproveitar a oportunidade para dinamizar nas escolas uma área mais vasta: deste modo propusemos uma abordagem escolar do tema da Educação para a Saúde, com inclusão obrigatória da Educação Sexual. A nova temática teria carácter obrigatório, seria incluída nas áreas curriculares não disciplinares (Área de Projecto, Formação Cívica, Estudo Acompanhado ou Opção de Escola) e exigiria também uma revitalização dos temas incluídos nos currículos existentes, tarefa a ser dinamizada por um Professor-Coordenador. A participação dos alunos e a auscultação dos pais seriam essenciais para o êxito do processo. No Ensino Secundário, foi proposta a

criação (ou melhoria) de Gabinetes de Apoio aos alunos, em articulação com os Centros de Saúde.

Novembro de 2005

A Ministra da Educação aprovou o Relatório Preliminar do GTES, através do seu Despacho nº 25995/2005, definindo os “princípios orientadores do modelo de educação e promoção da saúde”.

Iniciaram-se reuniões do GTES com as escolas das diversas regiões educativas, com vista à reorganização do seu trabalho no seguimento das propostas contidas no Relatório.

Fevereiro a Março de 2006

Em 7 de Fevereiro de 2006 foi assinado em Lisboa, com a presença dos dois responsáveis ministeriais, um protocolo de colaboração entre o ME e o Ministério da Saúde (MS), com vista à concretização de uma acção continuada de Educação para a Saúde nas nossas escolas (consultar o texto em www.dgs.pt). O GTES considera muito significativa a responsabilização política assumida com este protocolo, pois estas propostas só poderão ter sucesso numa perspectiva de permanente concertação entre a Educação e a Saúde.

Neste período, foi também tornado público um Edital do ME, com objectivo de propor às escolas a apresentação de projectos na área de Educação para a Saúde, ao qual se candidataram 186 agrupamentos. Convém esclarecer, já que alguma confusão existiu, que nunca foi objectivo do GTES limitar a sua proposta às escolas que concorreram: pretendemos sempre que a nossa proposta de Educação para a Saúde fosse aplicada em todo o território. O Edital visava uma monitorização mais próxima por parte do GTES (impossível para todos os estabelecimentos de ensino), a divulgação de boas práticas e uma avaliação mais

critérioriosa, bem como um subsídio inicial para compra de material, definido como essencial para os projectos.

Abril a Julho de 2006

Neste período realizaram-se mais reuniões com escolas para dinamização dos projectos em curso, com deslocações do GTES às diversas regiões educativas, notando-se uma adesão crescente de professores e diversos parceiros.

Em 11 de Maio de 2006, realizou-se em Lisboa uma reunião de trabalho para avaliação do trabalho produzido, que contou com a presença de entidades de referência nas áreas de intervenção consideradas prioritárias: *Alimentação e actividade física; Consumos tóxicos e prevenção das IST e SIDA; Sexualidade; Violência em meio escolar*. Num segundo momento e a partir da constituição de grupos, as escolas pronunciaram-se sobre o trabalho efectuado (GTES, 2007).

Setembro de 2006

Através do seu Despacho de 27 de Setembro de 2006, o Secretário de Estado da Educação inclui a Educação para a Saúde no Projecto Educativo de Escola, definindo como prioritárias as 4 áreas atrás enunciadas, determinando a nomeação de um Professor-Coordenador, a articulação com os Centros de Saúde e a participação das famílias.

Outubro a Dezembro de 2006

As reuniões do GTES com as escolas nas várias regiões educativas passaram a ter a presença dos representantes locais do MS e da Responsável da Direcção Geral da Saúde para a Promoção da Saúde, Dra Emília Nunes.

Janeiro a Março de 2007

O GTES torna público o seu Relatório de Progresso (GTES, 2007), definindo os “critérios mínimos” para a Educação Sexual na escola.

Realiza-se uma reunião do GTES com a Direcção da Confederação Nacional das Associações de Pais, com o objectivo de melhorar o conhecimento e a participação dos Encarregados de Educação nos projectos de Educação para a Saúde das escolas.

O Director-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular e o Director-Geral da Saúde reúnem com o GTES e com os representantes locais da Educação e da Saúde, para definição de uma rede de intervenção, constituída por técnicos da Educação e da Saúde, ao serviço dos projectos das escolas de todo o território continental.

Abril 2007 a Julho 2007

O GTES realiza nova ronda de reuniões nas diversas regiões educativas, verificando-se um aumento significativo de docentes participantes (no conjunto destas reuniões, realizadas nas cidades de Vila Real, Maia, Aveiro, Lisboa, Évora e Faro, estiveram presentes cerca de 1400 professores). Em cumprimento do Desp. citado do SEE, as direcções executivas dos agrupamentos/escolas tinham procedido à nomeação dos Professores-Coordenadores, o que permitiu não só programar as realizações até final do ano lectivo 2006/2007, como traçar as linhas gerais das actividades para o próximo ano.

Uma Comissão Independente, nomeada pelo GTES e constituída pelo Prof. José Alves Diniz (Coordenador, Professor de Ciências de Educação da Faculdade de Motricidade Humana), Dra. Margarida Albergaria (Prof. do Ensino Secundário) e Dra. Cristina Guerreiro (Médica de Saúde Pública), procedeu à análise de materiais de estudo de Educação para a Saúde, incluindo livros e material audiovisual.

O GTES agradece todo o empenho, disponibilidade e competência demonstrados pelos membros desta Comissão, que permitiu termos agora um conjunto de indicações precisas sobre os materiais a utilizar nas escolas, com particular interesse para a Educação Sexual (lembremos que a ausência de critérios definidos para a utilização de textos tinha sido uma das razões da controvérsia de Junho de 2005). O importante trabalho desta Comissão Independente pode ser consultado no Anexo deste Relatório.

Os dois Directores-Gerais acima referidos voltaram a reunir, em Julho, com os representantes da Educação e da Saúde que constituem a rede citada, no âmbito do protocolo assinado pelos dois Ministérios, com o objectivo de analisar o trabalho feito e de preparar o próximo ano lectivo. Nessa reunião participou, pela primeira vez, o Prof. Jorge Branco, Coordenador Nacional de Saúde Reprodutiva, tendo ficado expressa a necessidade de um trabalho futuro de articulação com as escolas, com particular atenção ao problema da gravidez adolescente.

Foi disponibilizada pelo ME a Plataforma Digital .Moodle. e criados pelas escolas diversos blogues, de modo a facilitar a troca de informações sobre os projectos de Educação para a Saúde em curso nos estabelecimentos de ensino (consultar, por ex., <http://educarparasaude.blogspot.com>). Com estas iniciativas, alunos e professores podem recolher ideias para o seu trabalho e conhecer os aspectos positivos e os impasses ocorridos em diversos locais.

TEXTOS DE APOIO ORGANIZADOS PELO GTES

De acordo com as quatro áreas definidas como prioritárias para os projectos de Educação para a Saúde, o GTES entendeu ser útil promover a elaboração de textos que poderão servir de orientação geral para o trabalho de professores e alunos. Não se pretende esgotar os temas, nem substituir a pesquisa partilhada que defendemos como essencial na nossa proposta. O objectivo é apenas o de fornecer um ponto de partida para o trabalho na escola, através de textos que ajudem a delimitar o campo de actuação, já que foram elaborados de acordo com as nossas propostas, veiculadas logo no Relatório Preliminar (GTES, 2005).

Assim, o manual “Educação alimentar em meio escolar - Referencial para uma oferta alimentar saudável” foi distribuído por todas as escolas, do 2º ciclo ao Secundário, no primeiro período do ano lectivo de 2006/2007 e constitui um documento orientador para os padrões saudáveis de alimentação em meio escolar. Interessa que os pais também o conheçam, para que família e escola possam ter uma acção concertada na promoção de uma alimentação equilibrada. Como a actividade física é essencial para os nossos jovens, que mostram preocupantes padrões de sedentarismo, o GTES desde sempre considerou essencial apoiar os professores de Educação Física nas suas acções quotidianas e nos seus projectos. Neste sentido, promoveu a assinatura de um protocolo entre o ME (Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular) e a Faculdade de Motricidade Humana (FMH), de modo a garantir que, no próximo ano lectivo, as escolas dispusessem do instrumento *Fitnessgram*. Deste modo, os professores de Educação Física poderão aferir parâmetros de saúde de todos os alunos no que diz respeito ao peso e à condição física, sendo obtidos relatórios individuais que permitem aos estudantes e às suas famílias as eventuais correcções.

O segundo conjunto de textos, destinado a servir de apoio para as acções de prevenção dos consumos de tabaco, álcool e drogas, foi elaborado por técnicos especializados nas respectivas áreas e contém e informações e referências bibliográficas actualizadas, que permitem a dinamização de acções de

prevenção em meio escolar e/ou podem servir de ponto de partida para trabalhos de pesquisa. Será distribuído pelas escolas no início do ano lectivo de 2007/2008.

Para a terceira área (Sexualidade), remetemos para apreciação da Comissão Independente (Ver Anexo).

O tema “Violência em meio escolar” terá também uma publicação própria, que já se encontra elaborada e que será divulgada em breve.

O GTES recomenda também a utilização de materiais elaborados por alunos, professores e técnicos de saúde nas acções já concretizadas em muitas escolas e que se revelaram adequados, através da sua divulgação nos blogues e na plataforma referida.

6. CONCRETIZAÇÃO DA PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NAS ESCOLAS (COM ESPECIAL REFERÊNCIA À EDUCAÇÃO SEXUAL)

Como foi referido, o GTES propõe a Educação para a Saúde como uma área de carácter obrigatório desde o 2º ciclo até à conclusão do Secundário, numa dupla perspectiva: revitalização dos conteúdos curriculares das diversas disciplinas e inclusão desta temática nas áreas curriculares não disciplinares, de um modo estruturado e com avaliação da aprendizagem (GTES, 2005, 2007).

Estamos conscientes do esforço diário dos professores, da existência de muitas horas já preenchidas na escola e da pouca participação de muitos pais, mas também estamos certos de que a promoção da Saúde é da maior importância no momento actual. Consideramos que estão reunidos os princípios gerais de actuação e as linhas programáticas das acções a promover, num contexto onde muitos agrupamentos/escolas já realizaram excelente trabalho. Por que razão ainda existem alguns estabelecimentos de ensino onde esta área é apenas embrionária ou apenas referida de passagem?

As razões são várias. Consideramos que, durante muito tempo, faltou uma definição política clara em relação à prática destas acções, realizadas sobretudo por entidades exteriores à escola (e embora neste momento seja mais claro o empenhamento do ME e do MS, é necessário que se mantenha e consolide em cada dia, numa política concertada global de Promoção de Saúde); a formação de professores, embora tenha contemplado vários milhares de docentes, é frequentemente invocada como insuficiente para a acção; alguns pais (muito minoritários no conjunto dos encarregados de educação, mas com certa visibilidade nos média) têm um comportamento de oposição à Educação Sexual em meio escolar, porque a consideram da responsabilidade única da família; há reais dificuldades, em muitos casos, de articulação com os Centros de Saúde, por problemas de recursos humanos; os alunos, embora por vezes reivindicuem acções neste campo (sobretudo de Educação Sexual), não têm autonomia para as realizar, nem apoio continuado para as organizar de modo adequado.

Então como fazer? Pensamos que o Professor-Coordenador deve organizar o seu trabalho na perspectiva da “metodologia de projecto”, o que

pressupõe estruturar a intervenção de uma forma planeada e participada e exige a co-responsabilização dos parceiros na definição do projecto e no levantamento dos recursos, numa dinâmica de pesquisa-acção². Este processo costuma realizar-se com a seguinte sequência de fases:

- 1) Identificação dos problemas e diagnóstico da situação;
- 2) Estabelecimento de objectivos;
- 3) Determinação de estratégias;
- 4) Elaboração do Plano de Acção;
- 5) Avaliação.

1) A identificação dos problemas tem várias etapas:

- a. Identificação das causalidades, o que pressupõe algum conhecimento teórico de referência e a elaboração de hipóteses de trabalho;
- b. Caracterização do problema, sempre que possível nas suas dimensões quantitativas e qualitativas;
- c. Identificação dos actores intervenientes, tendo em conta as suas percepções e expectativas;
- d. Descrição sumária das experiências concretas de intervenção no problema já realizadas no local ou em situações semelhantes;
- e. Enumeração dos recursos e forças positivas (ajudam na resolução) e negativas (dificultam);
- f. Definição de prioridades de intervenção.

O diagnóstico tem um carácter mais abrangente do que a identificação dos problemas, pois deve conter também uma interpretação (ainda que provisória) das dinâmicas existentes no meio onde se intervém, sendo desde logo um instrumento de acção, porque compreende uma interacção com a realidade e uma tentativa da sua compreensão. A complexidade dos problemas recomenda, em regra, a presença de equipas interdisciplinares.

² Neste subcapítulo sobre a metodologia de projecto, baseámo-nos no trabalho de Isabel Guerra “Introdução à metodologia de projecto”, Centro de Estudos Territoriais, ISCTE, Lisboa 2004.

- 2) Os objectivos gerais descrevem grandes orientações a seguir e, por isso, não costumam ser avaliados com precisão; os objectivos específicos são, pelo contrário, formulados em termos operacionais, qualitativos e quantitativos, de forma a poderem ser concretizados e avaliados.
- 3) As estratégias são as grandes opções que o projecto faz quanto às possíveis linhas de orientação, articulando recursos com objectivos. Depois do diagnóstico, é necessário decidir como intervir, tendo em conta os recursos existentes e a complexidade do meio envolvente.
- 4) O Plano de Acção determina a sequência organizada das tarefas, mas não só: é crucial que identifique as actividades que são prioritárias e determinantes. Para isso, recorre à classificação e hierarquização dos objectivos, de modo a começar pelos mais pertinentes; baseia-se nas experiências passadas e numa reavaliação constante; deve inovar em cada momento e verificar as expectativas dos actores. Na prática, o Plano deve responder às seguintes questões: a) Por que razão fazer este plano? b) Que deve ser feito? (actividades e recursos); c) Onde deve ser posto em prática ; d) Quando deve ser feito? (calendário); e) Como deve ser feito? (meios e métodos).
- 5) A avaliação deve ser prevista desde o início e deve englobar as seguintes dimensões: avaliação do desempenho e do impacto; avaliação do funcionamento do projecto (organização e parcerias); avaliação financeira. Para que um programa seja considerado com êxito, a avaliação deverá determinar em que medida e a que ritmo os objectivos foram atingidos.

Vejamos agora um exemplo concreto. Imaginemos uma escola do 3º ciclo onde, até ao momento, não foi feita nenhuma iniciativa no campo da Educação Sexual, mas onde está designado um Professor-Coordenador. Como a Educação para a Saúde deve fazer parte do Projecto Educativo da escola/agrupamento, o

assunto deverá ser equacionado no Conselho Pedagógico. Qual a acção seguinte?

- 1) Começar pela identificação de problemas: qual a informação dos alunos sobre o tema? Que assuntos gostariam de ver tratados no programa? Recolher sugestões através de caixa-de-perguntas, questionário anónimo ou discussão em grupo, após informação aos encarregados de educação sobre a possibilidade da organização de pesquisa-acção na escola sobre a sexualidade. A partir destes dados, elaborar o diagnóstico.
- 2) Nos objectivos, ter em atenção que devem ser concretos e mensuráveis. Por exemplo, não interessa defini-los de modo vago (“melhorar a informação sobre a sexualidade”, “promover uma sexualidade saudável”), antes importa organizá-los a partir dos “Conteúdos mínimos” definidos (Ver GTES, 2007 e este Relatório). O Professor-Coordenador deve conhecer o grau de conhecimento dos alunos sobre o tema (a partir de um pequeno questionário, por exemplo) e definir como o poderá melhorar.
- 3) Nas estratégias, ter em atenção que não se propõem aulas formais sobre Educação Sexual: deverá ser dinamizada a pesquisa pelos alunos e o desenvolvimento de parcerias: centros de saúde, hospitais, maternidades, Instituto Português da Juventude, organizações não governamentais. Este trabalho com estruturas exteriores à escola deve ser iniciado desde logo, nunca a meio do processo, pois desta forma não conseguiremos o empenhamento dos parceiros, que considerarão sempre pontual o seu contributo. O docente responsável deve considerar-se um recurso do projecto e não o único detentor do saber: o seu papel é o de acreditar que existem soluções dentro do grupo e fora dele e que o trabalho interdisciplinar é a melhor forma de atingir os objectivos. Em todas as circunstâncias, os protagonistas de um programa de Educação Sexual deverão ser sempre os alunos, pois é para estes que a iniciativa existe.

- 4) O Plano de Acção define as prioridades: por exemplo, se o questionário mostrou grande desconhecimento dos jovens sobre o ciclo menstrual, começar por aí e não pelos métodos contraceptivos; se há referência a sexo sob coacção, discutir desde logo o quadro ético dos relacionamentos amorosos na escola. Calendarizar as actividades por ano lectivo e por turma, de modo a que o número máximo de alunos seja abrangido. Auscultar a opinião dos pais: uma escola da região de Lisboa elaborou dois questionários, um para os estudantes (a ser respondido na sala de aula) e outro para os pais e filhos (a ser respondido em casa), esta prática permitiu que os pais se mantivessem informados e participantes no processo, ao mesmo tempo que fomentou o diálogo pais-filhos sobre a sexualidade.
- 5) Na avaliação, verificar se os objectivos foram conseguidos. Passar de novo o questionário e verificar se houve progresso nas respostas; auscultar os parceiros; pedir opinião aos pais; promover a continuidade do projecto.

Aspectos particulares do Secundário:

No Ensino Secundário só existe Área de Projecto no 12º ano: recomendamos a utilização desse espaço para a dinamização de projectos de Educação para a Saúde, bem como a revitalização dos currículos das diversas disciplinas onde possam surgir contextos que favoreçam a discussão de temas relacionados (Biologia, Português, Inglês, Filosofia, Sociologia, entre outros). A Educação para a Sexualidade reveste-se de particular importância, atendendo ao facto de muitos estudantes já terem iniciado vida sexual activa. A escola deve portanto empenhar-se em promover informação e debate sobre as questões sexuais, tendo particular atenção ao quadro ético de referência nos relacionamentos afectivo/sexuais: questões como o respeito, a atenção e o sentido do outro, a responsabilidade nos comportamentos, a condenação de todas as formas de violência sexual, a aceitação de diferentes comportamentos sexuais de alguns alunos, são alguns temas que deverão ser tratados, sob

coordenação do professor responsável e sempre com participação activa dos alunos e (pelo menos) informação aos encarregados de educação sobre o que está em curso.

Em Relatórios anteriores propusemos a criação de Gabinetes de Apoio ao aluno, já existentes em muitas escolas de diferentes níveis de escolaridade, mas que consideramos essenciais no Secundário. O objectivo é criar um espaço de privacidade onde o estudante possa ser ouvido, encontrar algumas respostas, receber informação disponível e, caso seja necessário, ser encaminhado para um apoio fora da escola (Centro de Saúde, por exemplo). Para o funcionamento destes Gabinetes é essencial: 1) a participação dos estudantes na definição dos seus objectivos e na divulgação da sua existência; 2) a colaboração dos alunos na decoração do espaço e na recolha e pesquisa de material de apoio; 3) a parceria, desde o início, com uma estrutura de saúde (Centro de Saúde, Hospital, Maternidade).

Prevê-se para este Gabinete a permanência de um professor da escola ou do agrupamento em regime rotativo, que assegurará uma recepção e apoio individual ou em grupo conforme solicitado. No caso da escola dispor de psicólogo e/ou assistente social, estes técnicos deverão ter papel activo nos gabinetes. Sugere-se também o apoio da estrutura local do Instituto de Apoio à Juventude, pela experiência de atendimento telefónico e pessoal de jovens e pelos materiais de apoio que pode fornecer. A visita a escolas com Gabinetes em funcionamento fornecerá ideias e experiências que poderão ser seguidas.

Embora a transversalidade da acção do Professor-Coordenador, o trabalho na Área de Projecto e os Gabinetes de apoio sejam decisivos, recomendamos agora que, nos 10º, 11º e 12º anos, sejam aproveitados os espaços lectivos de Educação Física. Esta disciplina atravessa todo o Secundário, tem carácter obrigatório e dispõe, em regra, de profissionais com um relacionamento próximo dos alunos. No seu currículo no Secundário, recomenda-se oficialmente para a Educação Física a formação ecléctica do aluno e a realização de objectivos do domínio social, prevendo-se a inclusão de matérias alternativas, de acordo com a população escolar: consideramos que temas de Educação para a Saúde fazem aqui todo o sentido. Torna-se necessário, nesta perspectiva, mobilizar os

docentes de Educação Física para esta nova actividade e dotá-los de formação específica, caso não a possuam.

RECURSOS

Qualquer projecto de Educação para a Saúde só pode ter êxito com uma avaliação correcta dos recursos disponíveis (ver estabelecimentos de objectivos e estratégias). Torna-se necessário que os agrupamentos/escolas identifiquem não só as disponibilidades dos docentes, alunos e pais, mas também se certifiquem dos recursos formativos e do trabalho das estruturas da comunidade relacionadas com a acção que se pretende levar a cabo.

Nesta perspectiva, enumeramos alguns recursos que podem actualmente ser úteis para a execução de um projecto de Educação para a Saúde em meio escolar:

- 1) Formação: Cursos de Pós-graduação e Mestrado em Faculdades, nomeadamente Universidade Católica; Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Lisboa; Faculdade de Medicina de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Hospital de Santa Maria (Centro de Formação, contactar centro.formacao@hsm.min-saude.pt), Universidade Lusófona e outras;
- 2) Projecto R.E.D.E.S - Respostas Escolares de Educação Sexual - Espaço móvel de Promoção da Educação Afetiva, Sexual e Reprodutiva em meios escolares, projecto resultante de parceria entre a ONG Cidadãos do Mundo e o IPJ, já aprovado por esta entidade. Trata-se de uma unidade móvel que integra e disponibiliza um acervo de materiais e apoio técnico especializado na área da Educação para a Saúde. Contactar cidadaosdomundo@hotmail.com;
- 3) Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado: associação científica disponível para a realização de acções nas escolas, com particular incidência nos problemas ligados ao álcool.

- 4) Federação Nacional das Associações de Estudantes das Faculdades de Medicina: existe um estudante representante de cada uma das sete Faculdades de Medicina do país, disponível para acções inter-pares. Contactar: www.anem.pt ou a Presidente, Mariana Pinto da Costa, Mariana.pintodacosta@gmail.com
- 5) Organizações não governamentais com experiência de trabalho em Educação para a Saúde e Educação Sexual: mantém-se a recomendação anterior de não existirem subsídios anuais, mas reafirma-se a importância de muitas das suas actividades nas escolas. Nesse sentido, consideramos que devem ser abertos, pelos ME e MS, concursos públicos para a apresentação de projectos, a serem avaliados por júris a creditar. Os projectos mais bem classificados receberão o apoio definido no edital de abertura e serão sujeitos a avaliação rigorosa.

7. AVALIAÇÃO

Inquérito aos Conselhos Executivos para avaliação das medidas de Promoção Educação para a Saúde nas Escolas B2+3 e Secundárias em Portugal, em Maio de 2007.

Introdução

Na sequência do trabalho do GTES em articulação com o NES/DGIDC/ME, foram avaliadas as medidas para a Promoção e Educação para a Saúde nas Escolas, em especial nas áreas da Alimentação e Actividade Física, Consumo de Substâncias, Educação Sexual/Prevenção de IST's e Violência/Saúde Mental, áreas de intervenção consideradas prioritárias no âmbito do GTES (ver Relatórios GTES, 2005, 2007), a partir de um questionário preenchido por elementos dos Conselhos Executivos (CE) das Escolas.

Procedeu-se assim ao registo das medidas identificadas pelos CE das Escolas Portuguesas do 2º, 3º ciclos do Ensino Básico e do Ensino Secundário, em Maio de 2007, na área da Promoção e Educação para a Saúde

Metodologia

O Instrumento de avaliação

O *Questionário de Avaliação da Educação para a Saúde nas Escolas* resultou de uma adaptação de várias medidas de identificação e avaliação de práticas de Promoção e Educação para a Saúde em meio escolar utilizadas por investigadores de várias equipas internacionais congéneres (McCall, 2007 a, b, ; Patton, 2006; St Leger, 2007). amavelmente postas à disposição do GTES.

Outros estudos no mesmo âmbito foram também relevantes: o *School Health Index: A Self-Assessment and Planning Guide* (SHI) (CDC, 2005), que foi desenvolvido pelos *Centers for Disease Control and Prevention*, *National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion*, *Division of Adolescent and School Health*. A nível nacional foi utilizado o *Guião orientador para escolas promotoras de saúde* (CCPES,2000; ME & MS, 2001), o Relatório Preliminar e de Progresso do Grupo de Trabalho para a Educação Sexual (GTES, 2005, 2007) e o questionário aos Conselhos Executivos realizado pela rede nacional do HBSC -

Health Behaviour in School-aged Children - HBSC/OMS e Kidscreen/EU (Matos et al, 2006).

O questionário inicial contendo perguntas de respostas fechadas e abertas relacionadas com a PES abrangeu as principais temáticas seleccionadas sob proposta do GTES (2006) e aprovadas pelo Despacho Interno do Secretário de Estado da Educação, de 27 de Setembro de 2006, (Alimentação/Actividade Física; Consumo de Substâncias Psico-activas; Sexualidade e infecções sexualmente transmissíveis, designadamente VIH-sida; Violência em meio escolar/Saúde Mental.)

A versão final do questionário foi colocada *on-line* através da página do Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação GEPE/ME, tendo sido solicitado o preenchimento do referido questionário a um membro de cada Conselho Executivo das Escolas B2+3 e Secundárias de Portugal Continental, com o objectivo de monitorizar a progressão da implementação das medidas de PES em 2005-2007.

As respostas foram fornecidas ao GTES através de um ficheiro SPSS. Este trabalho de avaliação teve o apoio de investigadoras finalistas da FMH (Lucena, 2007 e Silva, 2007).

O procedimento de recolha de dados *online* considerou as “ não respostas” como uma categoria, razão porque as linhas de resposta não totalizam 100%.

Para simplicidade de leitura e análise, apenas se referem as modalidades extremas (“nunca” ou “correntemente”, pe) de algumas variáveis. As percentagens foram todas arredondadas à unidade.

Os resultados reflectem a posição do respondente, membro do Conselho Executivo.

Amostra

Foram incluídas respostas relativas a 1219 escolas B2+3 e Secundárias, cobrindo deste modo as escolas do Continente correspondentes às Direcções Regionais de Educação do Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve.

A taxa de resposta foi de 96%, correspondendo às respostas dos CE de 1166 escolas. A amostra correspondeu a um total de 1082 escolas, embora o total de respostas ao questionário *on-line* fosse de 1166.

Destas, foram incluídas 1082 escolas, uma vez que se excluíram os questionários enviados em branco ou respostas apenas na descrição das características físicas da escola, bem como ocasionais casos de envio em duplicado (7%). A taxa final de respostas válidas (1082) situa-se pois nos 89%.

Resultados

1-Instalações (apenas áreas mais relevantes para a Promoção e Educação para a Saúde) da Escola:

| Instalações | % |
|--|----|
| 1. Ginásio ou pavilhão gimnodesportivo | 81 |
| 2. Refeitório/Bufete | 95 |
| 3. Sala de convívio para alunos | 80 |
| 4. Gabinete de Saúde/Apoio ao aluno | 41 |
| 5. Clubes de Actividades | 83 |

De salientar que uma das medidas agora proposta, a existência de gabinetes de apoio ao aluno na área da saúde, parece ser justamente uma das aquisições a reforçar. Isto apesar de em algumas das escolas, estas referirem ter “Clubes de saúde”, e os tenham englobado na última categoria.

2-Projecto Educativo da Escola

Em 79% das Escolas, o Projecto Educativo da Escola contempla a área Promoção e Educação para a Saúde em projectos ou a inclusão desta a nível

curricular. Em cerca de um terço (36 %) destas Escolas o Projecto Educativo (PE) da Escola prevê mecanismos de avaliação dos resultados.

De salientar que a grande maioria das escolas referindo não ter Projecto Educativo da Escola que contemple a a área da “Promoção e Educação para a Saúde”, referiu também que o PE se encontra em fase de elaboração, contemplando esta área no próximo ano lectivo.

Apenas 4% das escolas afirma que a “Promoção e Educação para a Saúde” não é assunto prioritário, referindo-se ao PE em vigor.

3- Adesão ao trabalho na área da “Promoção e Educação para a Saúde” (%)

| | Fraca | Ocasional | Boa/Muito Boa |
|----------------|--------------|------------------|----------------------|
| 1. Professores | 2 | 31 | 61 |
| 2. Alunos | 2 | 21 | 71 |
| 3. Pais | 32 | 44 | 13 |

De salientar aqui que é percepção das escolas que a maior adesão ocorre no seio dos alunos (71% muito boa) e a pior no grupo dos pais (13% muito boa).

4- Tipo de conteúdos de “Promoção e Educação para a Saúde” abordados na escola (relativo às 4 áreas prioritárias)

| Conteúdos | Sim % |
|---|--------------|
| 1. Actividade Física | 83 |
| 2. Alimentação | 94 |
| 3. Consumo de Substâncias Psico-activas | 72 |
| 4. Sexualidade/IST's /VIH | 87 |
| 5. Violência/Saúde Mental | 42 |

A grande maioria das escolas aborda as áreas de Promoção e Educação para a Saúde consideradas prioritárias, sendo a menos abordada a nível de conteúdos a violência/ saúde mental (42%).

5- Disciplina(s) onde os conteúdos de “Promoção e Educação para a Saúde” são abordados:

| Disciplinas | Sim % |
|---|--------------|
| 1. Português | 24 |
| 2. Língua estrangeira | 20 |
| 3. Educação Física | 81 |
| 4. Ciências Físicas e Naturais/Biologia | 92 |
| 5. Outras | 47 |

Os conteúdos da PES são na grande maioria das escolas parte da currículo das disciplinas, salientando-se aqui as Ciências Físicas e Naturais/Biologia (92%) e a Educação Física (81%).

6- Modo de transmissão dos conteúdos ligados à “Promoção e Educação para a Saúde”

| Forma de transmissão dos conteúdos | Sim % |
|---|--------------|
| 1. Área Projecto | 89 |
| 2. Estudo acompanhado | 31 |
| 3. Organização de Eventos | 75 |
| 4. Formação Cívica | 92 |
| 5. Outros | 10 |

São referidas na categoria “outros”, outras disciplinas tais como a Educação Moral e Religião Católica (51 escolas), a Geografia (15 escolas), a História (10 escolas), a Educação Visual (8 escolas) e a Filosofia (8 escolas).

E claro nestes resultados que a grande maioria das escolas inclui as áreas de PES na sua estrutura curricular, quer disciplinar, quer não disciplinar, nomeadamente a Formação Cívica (92%) e a área de Projecto (89%).

Pelo facto de as áreas curriculares disciplinares e não disciplinares serem de frequência obrigatória, esta primazia dá a garantia de que todos os alunos são abrangidos.

7- O Regulamento Interno da Escola/turma engloba a área da Saúde (em relação às áreas prioritárias) a nível de:

| | Sim % |
|---|--------------|
| 1. Alimentação saudável | 42 |
| 2. Consumo de álcool/tabaco na escola | 70 |
| 3. Consumo de outras drogas | 57 |
| 4. <i>Bullying</i> /discriminação/violência | 56 |
| 5. Comportamento e disciplina | 89 |

O regulamento das escolas aborda áreas de Promoção e Educação para a Saúde consideradas prioritárias. Aqui, contrariamente à rubrica “ conteúdos” a violência/disciplina é a mais frequente, sugerindo que as escolas optam em geral por ser formativas a nível dos consumos, Actividade física /alimentação e educação sexual, mas a nível da prevenção da violência a tendência é mais a regulamentação.

8- Actividades *no âmbito da saúde*, para pais/EE previstas no Plano anual de actividades da escola (apenas % das modalidades limite):

| Actividades para Pais/EE | Trimestrais | Não há |
|---------------------------------|--------------------|---------------|
| 1. Encontros | 13 | 44 |
| 2. Cursos de formação | 5 | 65 |
| 3. Comemorações | 14 | 42 |

Ao mesmo tempo que a Escola considera os pais os menos entusiastas pela Promoção e Educação para a Saúde, actividades regulares propostas a pais são mais a excepção do que a regra.

9- Considerações gerais de funcionamento (%) da escola enquanto Escola Saudável (apenas % das modalidades limite):

| | É prática corrente | Nunca |
|--|---------------------------|--------------|
| 1. A escola actua conjuntamente com a comunidade local. | 61 | 1 |
| 2. A escola providencia um envolvimento seguro, estimulante e acolhedor. | 90 | 0 |
| 3. A escola valoriza e encoraja as ideias e participação dos estudantes, funcionários, pais. | 89 | 0 |

A grande maioria das escolas refere como prática corrente um envolvimento saudável. Apenas 1% das escolas refere NUNCA actua em conjunto com a comunidade.

10- Informação da Escola à comunidade das iniciativas de “*Promoção e Educação para a Saúde*”

| Informação à comunidade | Sim % |
|--|--------------|
| 1. Uso dos <i>media</i> locais | 23 |
| 2. Dias abertos à comunidade | 35 |
| 3. Distribuição de folhas informativas/panfletos | 64 |
| 4. Colocação informação na Biblioteca/Centro de Recursos | 65 |
| 5. Afixação de documentos em locais públicos | 48 |
| 6. Página na Internet | 41 |
| 7. Jornal escolar | 48 |
| 8. Não informa | 3 |

Apenas 3% das escolas não prevê uma comunicação regular com a comunidade. No entanto, algumas das estratégias utilizadas tem a ver com o espaço interior da escola (ex. Biblioteca/centro de recursos), sugerindo uma necessidade de otimizar recursos públicos (pe pagina na Internet)

11- Os estudantes adquirem uma compreensão básica, adequada à sua idade e cultura (apenas % das modalidades limite e referida às áreas prioritárias):

| Conhecimentos | Prática corrente | Nunca |
|--|-------------------------|--------------|
| 1. Nutrição e comportamento alimentar | 82 | 0 |
| 2. Actividade física e ocupação dos tempos livres | 87 | 0 |
| 3. Saúde mental | 23 | 14 |
| 4. Saúde sexual, planeamento familiar e aconselhamento na gravidez | 62 | 1 |
| 5. Consumo de tabaco, álcool e outras drogas/substâncias | 77 | 0 |
| 6. Amizades e apoio social na adolescência | 50 | 4 |
| 7. Identidade pessoal e cultural | 45 | 5 |
| 8. Bullying/ maus tratos | 18 | 12 |

As áreas prioritárias são prática corrente nos conteúdos escolares nomeadamente a Nutrição e Actividade Física (item 1 e 2); a Educação Sexual e áreas relacionadas (item 4,6 e 7) ; consumo de substâncias (item 5) e de modo menos evidente a violência/ saúde mental (item 3 e 8).

12 – Formação específica de funcionários não docentes da escola recebem formação específica em PES:

| Formação aos funcionários não docentes | % |
|---|----------|
| 1. <i>Bullying/ violência/exclusão/saúde mental</i> | 54 |
| 2. Alimentação | 49 |
| 3. Consumo de álcool | 32 |
| 4. Consumo de tabaco | 34 |
| 5. Consumo de outras drogas | 25 |

| | |
|------------------------------------|----|
| 6. Comportamentos sexuais de risco | 23 |
| 7. Indisciplina | 52 |
| 8. Não recebem | 15 |

De salientar que 15% dos funcionários não docentes da escola não recebem nenhuma formação específica na área PES e curiosamente a formação destes agentes é mais frequente na área da regulação de comportamentos de violência/ indisciplina.

13- O programa e as aulas de Educação Física na escola (apenas % das modalidades limite e referida às áreas prioritárias)

| Programa e aulas de educação física | Prática corrente | Nunca |
|---|-------------------------|--------------|
| 1. As aulas são planeadas e incorporam várias actividades | 93 | 0 |
| 2. O programa encoraja a participação de todos os alunos | 95 | 0 |
| 3. O programa enfatiza a satisfação, segurança, sucesso, <i>fair-play</i> , higiene e saúde pessoal | 94 | 0 |

Desporto Escolar - 88% das escolas tem projectos de Desporto escolar, com Alunos da escola envolvidos (actividades internas e externas): Min = 0, Max= 2900; Média : 232.

14- Em relação à alimentação fornecida na escola, (apenas % das modalidades limite)

| Alimentação fornecida | Prática corrente | Nunca |
|---|-------------------------|--------------|
| 1. Ementas diversificadas | 93 | 1 |
| 2. Vegetais e fruta diariamente | 95 | 0 |
| 3. Sopa diariamente | 95 | 1 |
| 4. Uma política de redução de sal e açúcar no | 76 | 4 |

| | | |
|--|----|----|
| refeitório e bufetes | | |
| 5. Sandes enriquecidas com salada nos bufetes | 64 | 19 |
| 6. Leite, iogurtes e outros derivados de leite nos bufetes | 96 | 0 |
| 7. Uma política de redução de refrigerantes | 78 | 5 |

15- Considerações gerais de funcionamento da escola na área da alimentação e nutrição (apenas % das modalidades limite):

| Considerações gerais | Prática corrente | Nunca |
|--|-------------------------|--------------|
| 1. O programa de alimentação e nutrição tem objectivos específicos que são discutidos e avaliados | 52 | 9 |
| 2. O programa de alimentação e nutrição promove informação para todos os anos de ensino | 46 | 10 |
| 3. Os estudantes preferem tomar as refeições na escola | 78 | 1 |
| 4. As compras dos produtos alimentares seguem orientações de qualidade | 92 | 0 |
| 5. Os produtos que são vendidos nas máquinas são predominantemente refrigerantes, ou ricos em açúcares | 24 | 35 |
| 6. Informações sobre práticas alimentares saudáveis são afixadas nas salas de aula e em áreas comuns | 57 | 5 |

16. Relativamente à prevenção do consumo de álcool e tabaco, a escola tem uma prática de Informação e Formação a:

| Informação/Formação | % |
|----------------------------|----------|
| 1. Docentes | 48 |
| 2. Alunos | 90 |
| 3. Pais/EE | 28 |

| | |
|------------------------|----|
| 4. Pessoal não docente | 42 |
| 5. Não tem | 5 |

Os alunos (90%) são os principais beneficiários de acções de informação/formação na área do consumo de tabaco e álcool, registando-se ainda que 5% das escolas não refere qualquer acção nesta área.

17- Relativamente à prevenção do consumo de outras drogas, a escola tem uma prática de Informação e Formação a:

| Informação/Formação | % |
|----------------------------|----------|
| 1. Docentes | 39 |
| 2. Alunos | 87 |
| 3. Pais/EE | 24 |
| 4. Pessoal não docente | 33 |
| 5. Não tem | 7 |

Os alunos (87%) são os principais beneficiários de acções de informação/formação na área do consumo de tabaco e álcool, registando-se ainda que 7% das escolas não refere qualquer acção nesta área.

18- Para prevenção do consumo de substâncias psico-activas, a escola é apoiada por:

| Apoio a nível da escola | Sim% |
|---|-------------|
| 1. Docentes especializados | 22 |
| 2. Articulação com a Equipa de Apoio preventivo Específico na zona | 55 |
| 3. Articulação com o Centro de Saúde | 72 |
| 4. Outros | 16 |

Na prevenção do consumo de substâncias psico-activas a escola conta sobretudo com o Centro de Saúde, os técnicos dos serviços de prevenção e os professores com formação específica.

19. Considerações gerais de funcionamento a nível da prevenção do uso de substâncias psico-activas (apenas % das modalidades limite):

| Considerações gerais | Prática corrente | Nunca |
|---|-------------------------|--------------|
| 1. Álcool, tabaco e drogas são activamente desencorajados nas actividades estudantis | 93 | 0 |
| 2. Docentes e não docentes actuam como modelos na prevenção do consumo de substâncias | 82 | 1 |

20- Relativamente à Educação Sexual/Prevenção de IST's/VIH, a escola tem uma prática de informação/formação a:

| Informação/Formação | % |
|----------------------------|----------|
| Docentes | 44 |
| Alunos | 93 |
| Pais/EE | 25 |
| Pessoal não docente | 28 |
| Não tem | 3 |

Os alunos (93%) são os principais beneficiários de acções de informação/formação na área do consumo de tabaco e álcool, registando-se ainda que 3% das escolas não refere qualquer acção nesta área.

21- Para desenvolver acções sobre a Educação Sexual/Prevenção de IST's/VIH, a escola é apoiada por:

| Apoio a nível da escola | % |
|--|----------|
| 1-Docentes especializados | 60 |
| 2-Articulação com a Equipa de apoio específico na zona | 14 |
| 3-Articulação com o Centro de Saúde | 80 |
| 4- Outros serviços e outras organizações | 29 |

Para a Educação Sexual/Prevenção de IST's/VIH a escola conta sobretudo com o Centro de Saúde, com professores com formação específica.

22- Em caso de comportamentos sexuais de risco por parte dos alunos, a escola prevê os seguintes passos de intervenção (apenas % das modalidades limite):

| Passos preventivos | Prática corrente | Nunca |
|---|-------------------------|--------------|
| Fala primeiro com o(s) próprio(s). | 90 | 1 |
| Fala com a família /encarregados de educação | 82 | 1 |
| Implica outros agentes educativos | 85 | 1 |
| Encaminha para o Gabinete de Atendimento. | 50 | 15 |
| Contacta a Equipa de Ap. Local/Centro de Saúde. | 68 | 2 |

Na eventualidade de detecção de comportamentos sexuais de risco por parte dos alunos, as escolas na sua maioria actuariam falando com o aluno, família e implicando agentes da escola . 1% das escolas refere que não actuaria.

23- Na sua escola ou vizinhança há (apenas % das modalidades limite):

| | Prática corrente | Nunca |
|--|-------------------------|--------------|
| <i>Bullying</i> , intimidação, abuso de menores, assédio ou situações de não cumprimento de regras da escola | 9 | 24 |
| Gabinetes de apoio (confidenciais individualizados) para os estudantes reportarem os incidentes | 53 | 19 |
| Os estudantes são supervisionados no recinto escolar | 87 | 1 |
| Participação e envolvimento dos estudantes nas actividades académicas e da comunidade | 86 | 1 |

| | | |
|---|----|----|
| Aceitação da diversidade (cultural, religiosa, étnica e deficiência) | 94 | 0 |
| Bom relacionamento entre os estudantes, os docentes/não docentes | 96 | 0 |
| Bom relacionamento entre docentes/não docentes | 96 | 0 |
| Bom relacionamento entre pares | 95 | 0 |
| Pais, estudantes, docentes e não docentes recebem informação escrita sobre as políticas e regras da escola relacionadas com o bullying, assédio, discriminação e consumos | 26 | 21 |

A grande maioria das escolas refere condições de segurança e um bom envolvimento social interpessoal, participação dos alunos na vida da escola.

Cerca de metade das escolas referem gabinetes de apoio aos alunos envolvidos em actos de violência. As normas da escola só são publicitadas por pais, docentes e discentes em cerca de um quarto das escolas.

A violência na escola é referida como prática corrente em 9% das escolas inquiridas e em cerca de um quarto das escolas nunca acontece.

24- Áreas prioritárias de intervenção na “Promoção e Educação para a Saúde”na escola

| Áreas prioritárias | % |
|--|----------|
| 1. Actividade Física/Alimentação | 86 |
| 2. Consumos de substâncias psico-activas | 20 |
| 3. Educação Sexual/Prevenção de IST's | 76 |
| 4. Violência/Saúde Mental | 9 |
| 5. Outras | 3 |

Das áreas de Promoção e Educação para a Saúde consideradas prioritárias pelo GTES (2005, 2007) a Actividade física/Alimentação e a Educação sexual/provenção das IST's são as áreas consideradas de intervenção prioritária pelas escolas.

25 – Áreas com mais necessidades de promoção de competências dos profissionais da escola

| Áreas de competência | % |
|--|----|
| 1. Actividade Física/Alimentação | 20 |
| 2. Consumos de substâncias psico-activas | 56 |
| 3. Educação Sexual / Prevenção de IST's | 58 |
| 4. Violência / Saúde Mental | 59 |
| 5. Outras | 2 |

Das áreas de Promoção e Educação para a Saúde consideradas prioritários pelo GTES (2005, 2007) a Violência/ saúde mental e a Educação sexual/prevenção das IST's e consumo de substâncias psico-activas, são as áreas consideradas com maior necessidade de formação de professores em um pouco mais de metade das escolas.

26- Factores facilitadores da implementação de medidas de “Promoção e Educação para a Saúde”

| Factores facilitadores | % |
|--|----|
| 1. Interesse e atitudes dos docentes | 79 |
| 2. Interesse e atitudes dos pais | 26 |
| 3. Interesse e atitudes dos alunos | 81 |
| 4. Política e directrizes do Ministério da Educação | 27 |
| 5. Acções de formação a docentes e não-docentes na área Promoção e Educação para a Saúde | 44 |
| 6. Verbas destinadas à concretização de projectos Promoção e Educação para a Saúde | 29 |
| 7. Outras | 6 |

O interesse demonstrado pelos docentes e pelos alunos aparece como o maior facilitador do sucesso da Promoção e Educação para a Saúde, na grande maioria das escolas, embora 92 % dos professores considere que a adopção de políticas de Educação para a Saúde influencia a organização da vida na escola.

Menos de metade das escolas refere a formação e menos de um terço refere as directrizes do Ministério e as verbas atribuídas aos projectos Promoção e Educação para a Saúde.

27- Questões gerais e de apreciação (questão aberta - sugestões):

A- Sugestão de outras temáticas na Promoção e Educação para a Saúde

- 1) Ambiente,
- 2) Rastreios visuais, auditivos e de outras doenças
- 3) Educação Rodoviária
- 4) Colheitas de sangue
- 5) Colheitas de medula óssea
- 6) Competências sociais e pessoais e assertividade
- 7) Relacionamento interpessoal, intergeracional e intercultural
- 8) Violência escolar e doméstica
- 9) Primeiros socorros

B- Promoção de condições favorecedoras da Promoção e Educação para a Saúde

- ✓ Equidade a nível sócio-económico e sócio-cultural nas famílias, nomeadamente o apoio às famílias mais desfavorecidas.
- ✓ A existência de recursos humanos especializados nomeadamente, a existência de um psicólogo ou técnicos de saúde a tempo inteiro nas escolas
- ✓ A disponibilidade física e psicológica/valorização/formação dos encarregados de educação/pais.
- ✓ A disponibilidade (com carga horária especial) para serviço e formação /informação por parte dos professores sobretudo no que toca à Educação Sexual
- ✓ A existência de verbas para projectos no âmbito da Saúde.

- ✓ Factores relacionados com a mentalidade da sociedade perante os cuidados da saúde, a informação nos media, factores ambientais e factores políticos foram também referidos.

Comparando estas respostas dos Conselhos Executivos com dados de um outro inquérito feito aos Conselhos Executivos das Escolas em Janeiro de 2006, no âmbito do estudo HBSC/OMS de 2006 (Matos *et al*, 2006; 2007), algumas tendências aparecem desde já. No primeiro estudo incluíram-se todas as escolas B2+3 e Secundárias de Portugal Continental; no estudo do HBSC/OMS de 2006, incluiu-se uma amostra aleatória de aproximadamente 10% destas Escolas.

As metodologias e os objectivos dos dois estudos são diferentes mas sugerem, que passados um ano e meio:

- 1) 13% de pais participam na vida da escola (não há mudança desde 2006)
- 2) Instalações desportivas – de 74% para 81%
- 3) Cantina – de 94 para 95%
- 4) Gabinetes de saúde - de 13% em 2001 para 31% em 2006 e para 41% em 2007.
- 5) Curricula de Educação Física /EF) – de 67% para 83%, e na realidade há Desporto escolar em 88% das escolas e um grande incentivo à participação em 95%.
- 6) Nutrição/ Educação alimentar de 87% para 94%
- 7) Educação Sexual, IST e prevenção do VIH – de 86% para 87%,mas na realidade 93% dos alunos foram incluídos em formações na área
- 8) Uso de Substâncias de 64% a 72%, mas na realidade 87% dos alunos foi incluído em acções de formação na área
- 9) A PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE nas aulas de EF aumentou de 65% para 81%
- 10)A PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE nas aulas de Biologia aumentou de 90% para 92%
- 11)A PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE na Área de Projecto aumentou de 69% para 89%

12)A PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE no Estudo Acompanhado aumentou de 27% para 31%

13)A PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE na Educação Cívica aumentou de 69% para 92%

Estes resultados sugerem que de acordo com a opinião dos Conselhos Executivos das Escolas, algo está a mudar nas escolas, levando a:

- ✓ Um aumento dos gabinetes de saúde,
- ✓ Um aumento da concretização da PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE nas áreas curriculares (p.e. nas aulas regulares de Educação Física e Biologia), bem como nas Áreas Curriculares não Disciplinares., em especial na Área de Projecto e na Educação Cívica. Estas áreas sendo de frequência obrigatória e estando integradas no funcionamento regular da escola, dão garantia da sustentabilidade das medidas agora desenvolvidas.

E necessário a curto prazo tornar estas medidas ainda mais sustentadas através de uma tradição de formação de professores em PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, na sua formação inicial (1º ciclo) e na sua especialização (nomeadamente o professor coordenador de PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE), a nível dos 2º,3º ciclos e Secundários.

Os Centros de formação contínua de professores poderão ter um papel da maior importância na formação permanente de professores, com o apoio das Escolas de Ensino Superior ou de organizações não Governamentais ou outras Instituições Governamentais em áreas PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.

Será ainda necessário que o processo PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE continue a ser reconhecido e valorizado a nível das hierarquias do sector e contemplado no orçamento de estado em termos de uma dotação fixa para todas as escolas e de dotações especiais a escolas que concorram a projectos inovadores para a optimização do desenvolvimento de PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE nessas mesmas escolas.

Para o futuro, a nível da avaliação do processo, produto e impacto nesta área sugere-se: (1) por um lado a monitorização da evolução da situação através da realização regular de base anual destes inquéritos à situação das escolas na área da Promoção e Educação para a Saúde;

(2) por outro lado sugere-se que sejam utilizados multi-métodos (inquéritos, entrevistas, “focus-group”, etc.) e multi-informantes (conselhos executivos, professores, alunos, pais, psicólogos, professores de apoio, enfermeiros e médicos de saúde escolar e auxiliares de acção educativa);

(3) por fim sugere-se que os objectivos desta avaliação sejam divulgados e amplamente considerados “de rotina” e para “o desenvolvimento e melhoramento do sistema”, para que os inquiridos não considerem este procedimento uma “avaliação de competência profissional e pessoal ” e possam com essa crença ser levados a enviosamentos, associáveis a um procedimento que habitualmente se descreve em investigação como o de “uma imagem socialmente desejável”.

Referências

- CCPES (2000). O que é a saúde na escola – Guião orientador para escolas promotoras de saúde. Editorial do Ministério da Educação .
- Duarte, A. (2006). A Educação Sexual na Adolescência em Contexto Escolar: da necessidade de informação à exigência de reflexão. Tese de Mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa (Instituto Bioética).
- Forehand, R.; Biggar, H. & Kotchick, B. (2002). Cumulative risk across family stressors: Short- and long-term effects for adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. www.findarticles.com. Accessed 20-09-2002.
- GTES (2005). Relatório Preliminar. Lisboa. http://www.dgidc.min-edu.pt/EducacaoSexual/Relatorio_Preliminar_ES_31-10-2005.pdf (Pesquisa em Fevereiro de 2007).
- GTES (2007). Relatório Progresso. Lisboa. <http://www.dgidc.min-edu.pt/EducacaoSexual/Relatorio%20progresso.pdf> (Pesquisa em Fevereiro de 2007).
- Kuntsche, E. & Jordan, M. (2006). Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors Results of multilevel analyses. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, 167-174.
- Lucena, S. (2007). Seminário – Educação sexual e violência nas escolas portuguesas (não publicado) FMH/UTL
- Matos et al (2006). HBSC/ Kidscreen - Questionários – Alunos , pais e Conselhos Executivos. Promoção e Educação para a Saúde FMH/UTL, em www.aventurasocial.com e www.fmh.utl.pt/aventurasocial (Pesquisa em Janeiro de 2007)
- Matos et al (2007). Social cohesion and adolescents mental health: Portuguese case study Paper presented at: WHO/HBSC Forum, March 2007 Las Palmas.
- McCall, D. (2007a). A Quick Scan of Existing School Health related Self-Assessment Tools. Ontario: Canada (documento não publicado, fornecido pelo autor).
- McCall, D. (2007b). Assessment of the Organizational Capacity of Provincial/Territorial Ministries. School Health Research Network. Ontario: Canada (documento não publicado, fornecido pelo autor).
- Morgan, A. (2007). Frameworks for improving young people’s mental well being: assets and deficits Models. Paper presented at: WHO/HBSC Forum, March 2007 Las Palmas.
- Navarro, M. F. (2000). A promoção da saúde. Texto de conferência na Universidade do Minho.
- Patton, G. et al. (2006). Promoting Social Inclusion in Schools: a Group-Randomized Trial of Effects on Student Health Risk Behaviour and Well-

Being In American Journal of Public Health. Research and Practice. Vol. 96. Nº 9.

Sadock, V. (2005). Human Sexuality in Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of Psychiatry. Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia.

Sampaio, D. (2006). Lavrar o Mar. Editorial Caminho, Lisboa.

Scales, P. (1999). Reducing risks and building developmental assets. Journal of School Health.;69 (3):113-119.

Silva, M. (2007) Seminário – Alimentação e consumo de substâncias nas escolas portuguesas (não publicado) FMH/UTL

St Leger, L. (2007). Assessment School Health (documento não publicado, fornecido pelo autor).

ANEXOS

AGRADECIMENTOS:

A actividade que o Grupo de Trabalho da Educação Sexual (GTES) vem desenvolvendo desde Junho 2005, só se tornou possível com a colaboração de diversas Instituições e o apoio de inúmeros técnicos/funcionários, aos quais prestamos desde já os nossos maiores agradecimentos.

Dado que não pretendemos omitir ninguém, pois de todos nos lembramos, passamos a designar apenas as instituições sem as quais, este trabalho teria sido mais difícil:

- ✓ Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação, respectiva Direcção e seus serviços, técnicos e funcionários que mais directamente articularam com o Grupo de Trabalho e que tão empenhadamente se envolveram no bom desenvolvimento das actividades;
- ✓ Direcções Regionais de Educação: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve;
- ✓ Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação (GEPE);
- ✓ As Escolas, respectivos Professores e alunos e a Confederação das Associações de Pais (CONFAP);
- ✓ Elementos de algumas Associações de estudantes do Ensino Secundário;
- ✓ Direcção Geral da Saúde;
- ✓ Faculdade de Motricidade Humana