



## Universidades Lusíada

Baptista, Maria Isabel Machado  
Matos, Margarida Gaspar de, 1956-

### **Educação sexual em meio escolar em Portugal : avaliação da acção entre 2000 e 2005 (I parte)**

<http://hdl.handle.net/11067/114>

<https://doi.org/10.34628/fms6-pv50>

#### **Metadados**

<b>Data de Publicação</b>	2011
<b>Resumo</b>	No âmbito de um quadro de referências pré-estabelecido, o presente artigo orienta-se para responder à seguinte questão: que avaliação foi levada a efeito para mostrar a importância/effectividade da concretização da Educação Sexual em meio escolar? Esta reflexão incidirá na área específica da Educação Sexual, embora situando-a no âmbito da Educação para a Saúde e para a Cidadania, e focará as medidas legislativas e operacionais que ocorreram durante o período de 2000 a 2005. Num próximo trabalho (...)
<b>Palavras Chave</b>	Educação sexual para adolescentes - Portugal
<b>Tipo</b>	article
<b>Revisão de Pares</b>	Não
<b>Coleções</b>	[ULL-IPCE] RPCA, n. 03 (2011)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-26T15:20:51Z com  
informação proveniente do Repositório

**EDUCAÇÃO SEXUAL EM MEIO ESCOLAR EM PORTUGAL:  
AVALIAÇÃO DA ACÇÃO ENTRE 2000 E 2005 (I PARTE)**

**SEXUAL EDUCATION IN SCHOOLS IN PORTUGAL:  
EVALUATION OF ACTIONS BETWEEN 2000 AND 2005  
(PART I)**

*M. Isabel Machado Baptista;  
Mestre em Pedagogia, Doutoranda FMH/UTL  
Margarida Gaspar de Matos  
Psicóloga agregado em Saúde Internacional, Professora Catedrática; FMH/UTL &  
CMDT/IHMT/UNL*

Endereço para correspondência:  
M. Isabel Machado Baptista;  
isabelbaptista@netcabo.pt  
FMH/UTL Estrada da Costa  
Cruz Quebrada  
Lisboa

**EDUCAÇÃO SEXUAL EM MEIO ESCOLAR EM PORTUGAL:  
AVALIAÇÃO DA ACÇÃO ENTRE 2000 E 2005 (I PARTE)**

**Resumo:** No âmbito de um quadro de referências pré-estabelecido, o presente artigo orienta-se para responder à seguinte questão: que avaliação foi levada a efeito para mostrar a importância/efectividade da concretização da Educação Sexual em meio escolar?

Esta reflexão incidirá na área específica da Educação Sexual, embora situando-a no âmbito da Educação para a Saúde e para a Cidadania, e focará as medidas legislativas e operacionais que ocorreram durante o período de 2000 a 2005.

Num próximo trabalho (a publicar no próximo número) o período de 2005

a 2011 será contemplado.

**Palavras-chave:** Educação sexual; escolas, alunos, professores, pais

Sexual education in schools in Portugal: Evaluation of actions between 2000 and 2005 (Part I)

**Abstract:** Within a pre-established frame of reference, this article aims to answer the following question: what assessment has been carried out in order to show the importance / effectiveness of the implementation of sexual education in schools?

The presente reflection will focus on the specific area of sexual education, although considering this it within a broader area of health education and Citizenship Education. Here will be considered the legal and operational measures occurring within the period between 2000 and 2005.

In a next paper (next issue) the period 2005-2011 will be addressed.

**Key words:** Sexual Education; schools, pupils; teachers, parents

## Enquadramento da Promoção da Saúde no currículo

O currículo dos ensinos básico e secundário, integra a *Educação para a Cidadania* como o eixo estruturante de um conjunto mais amplo de aprendizagens e de desenvolvimento de capacidades de pensamento. O exercício de uma cidadania activa requer o desenvolvimento de capacidades (pensamento sistémico, solidariedade, capacidade de resolver problemas, capacidade de trabalhar em equipa, etc.), que não se formam espontaneamente, nem através da mera aquisição de informações ou conhecimentos.

Não longe do conceito de cidadania encontra-se no âmbito da organização curricular<sup>1</sup>, as componentes de “Educação para a Saúde” e Educação Sexual”.

“Educar para a Saúde” é também promover o exercício da cidadania: os princípios são convergentes; trata-se sobretudo de capacitar o cidadão para a preservação da sua saúde e da dos outros, abrindo-o à alteridade, uma dimensão fundamental da humanidade.

A escola é o local por excelência, onde jovens e adolescentes adquirem não só as suas aprendizagens, mas também exercitam a capacidade de reflexão, estimulam o espírito crítico e desenvolvem competências no sentido de se tornarem aptos e críticos face ao futuro e ao mundo que desejam legar às gerações vindouras. *As escolas eficazes, às quais os alunos se sentem vinculados, podem ter repercussões importantes na melhoria da saúde e na diminuição das desigualdades*<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE, 1986): Art.47,2

<sup>2</sup> IUPHE, (s/data). Construindo Escolas Promotoras de Saúde : directrizes para promover a saúde em meio escolar, versão 2. <http://www.iuphe.org>.

Esta reflexão incidirá na área específica da Educação Sexual e das medidas legislativas e operacionais que ocorreram durante o período de 2000 a 2005.

### **A importância da Educação Sexual no âmbito da Educação para a Saúde (EPS)**

O conceito actual de saúde pressupõe a integração de intervenções preventivas globais, através da promoção de competências pessoais e sociais para a saúde; isto é, se o sedentarismo, a ingestão compulsiva de alimentos e/ou as relações sexuais desprotegidas forem comportamentos de uma determinada localidade/contexto, torna-se imperativo promover uma abordagem que contemple uma visão integradora da saúde dos jovens, negociando com eles percursos alternativos de forma a evitar a gestão, por vezes inadequada, dos acontecimentos da vida. “Educar para a Saúde” pressupõe uma visão holística e nela se enquadram uma série de comportamentos, que estão relacionados com um ajustamento psico-social adaptado ao quotidiano quer no que diz respeito à alimentação, aos consumos abusivos, à sexualidade, ou ainda, numa perspectiva mais ampla, ao exercício da cidadania.

Sendo esta a visão integrada da saúde e recomendada para a prevenção dos desajustamentos e promoção da cidadania, porquê reflectir sobre a Educação Sexual, se a mesma é a parte de um todo?

Com efeito, se se tiver em conta as ligações da sexualidade às outras dimensões da identidade pessoal e das relações interpessoais, verificar-se-á que a ES é transversal à vida do ser humano e integra todo um conjunto de outras áreas de aprendizagem: valores, afectos, ética, questões de género, estrutura da personalidade, competências individuais e sociais, que a tornam num tema complexo. Esta complexidade pode justificar a sua mediatização; o problema é que muitas das vezes, em termos de imprensa, a abordagem da ES, é descontextualizada do tal conjunto mais amplo de saberes: a Promoção e Educação para a Saúde<sup>3</sup>. A ES, sendo um tema recorrente, nem sempre é abordado de forma isenta e contextualizada.

É intenção deste trabalho contribuir para a compreensão desta área com o enfoque no que em termos políticos e normativos se tem vindo a fazer e respectivas consequências.

Ao evidenciar o tipo de avaliação, a intenção é também aprofundar a reflexão sobre o tipo de indicadores a seleccionar para avaliar o impacto da educação sexual em meio escolar.

### **Ponto de situação da Educação Sexual no ano 2000**

A primeira Lei de Educação Sexual data de 1984: nesta altura, as preocu-

---

<sup>3</sup>Relatório final do GTES, Setembro de 2007.

pações estavam muito canalizadas para as consequências dos comportamentos de risco, sendo o objecto da Lei centrado em conteúdos de anatomia, fisiologia, genética. Por exemplo, a família, uma estrutura de apoio fundamental, era perspectivada como entidade a apoiar<sup>4</sup> e a participação dos alunos inexistente; estes eram *objecto* e não *sujeito* na perspectiva do espírito de “cidadania” que, pretende-se, seja um cidadão crítico, capaz de compreender ou questionar o contexto em que se insere e interferir na sua melhoria.

Posteriormente, em 1999, é promulgada a Lei nº120, que *reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva*. Em 2000, o Decreto-Lei nº259, de 17 de Outubro, vem regulamentar a anterior, perspectivando a Escola como entidade competente para *“integrar estratégias de promoção da saúde sexual, tanto no desenvolvimento do currículo, como na organização de actividades de enriquecimento curricular, favorecendo a articulação escola-família”*.

Em relação à Lei de 1984, deu-se um salto conceptual, pois não só os pais/ encarregados de educação passaram a ser vistos como coadjuvantes no processo de concretização da abordagem da sexualidade, como os alunos passaram a ser considerados “objecto de escuta”, assumindo a Escola um estatuto mediador nesta matéria.

Com a saída da legislação, novos assuntos emergem como factores críticos de sucesso, nomeadamente a questão da formação dos professores.

A formação é um aspecto crucial, que vem sendo sucessivamente referida nos diferentes documentos legislativos. Este aspecto vem citado na Lei nº 3/84: *será dispensada particular atenção à formação inicial e permanente dos docentes, de forma a dotá-los do conhecimento e compreensão da problemática da educação sexual (...)*. A Lei nº120/99, de 11 de Agosto, refere: *Nos planos de formação de professores, nomeadamente os aprovados pelos Centros de Formação de Associações de Escolas (CFAE) dos ensinós básicos e secundário, deverão constar acções específicas sobre educação sexual e reprodutiva*<sup>5</sup>.

O Ministério da Educação dispunha então de uma estrutura central, a Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a saúde (CCPES)<sup>6</sup>, responsável pela concretização de programas em matéria de Educação para a Saúde e, posteriormente, pela concretização e avaliação da Educação Sexual. Esta mesma estrutura envolvia as Direcções Regionais de Educação (DRE), que dispunham de Técnicos de Promoção e Educação para a Saúde (TPES): eram técnicos com formação específica na área da saúde e que tinham um trabalho bem definido de articulação com o terreno. Havia 39 TPES em 2000-01, distribuídos pelas diferentes DRE, consoante o número de escolas.

Esta organização – estrutura central e delegações regionais – era um instrumento de apoio e acompanhamento da concretização da Educação Sexual,

---

<sup>4</sup> Deve ser *dada particular atenção à criação de condições adequadas de apoio aos pais*, in Lei nº3/84, 24 de Março.

<sup>5</sup> REFERENCIAS: Lei nº120/99, de 11 de Agosto - Cap.II,Artigo 2, ponto 5.

<sup>6</sup> Despacho Ministerial nº15 587/99 (DR nº187, de 12.08)

tendo-se revelado uma boa estratégia de acompanhamento; os TPES estavam encarregados de prestar apoio e formação nas escolas, ou seja, em contexto de ensino-aprendizagem. Todas as escolas eram apoiadas e desenvolveu-se uma cultura informal, “em rede”, entre *Escolas – Dre – Escolas – CCPES-*, que muito contribuiu para a formação/informação dos docentes dedicados à causa da “Educação para a Saúde”.

Paralelamente a este esquema organizativo, que facilitava a monitorização do que nas escolas se executava, a então Secretaria de Estado da Educação estabeleceu um protocolo com uma Organização Não Governamental, a Associação para o Planeamento da Família (APF)<sup>7</sup>.

O Ministério da Educação, através dos Centros de Formação de Associação de Escolas (CFAE) e com fundos do então PRODEP, organizou cursos de formação na área da Saúde/Educação Sexual e formou 12.000<sup>8</sup> professores. Na altura, existiam 14.137<sup>9</sup> estabelecimentos do ensino público, e de acordo com a legislação, nenhum estabelecimento de ensino poderia ficar alheio às questões da ES.

Para além da CCPES, existia ainda o Centro de Apoio Nacional (CAN), estrutura mista, composta por três entidades do Ministério da Educação e três entidades do Ministério da Saúde e cuja finalidade era promover, emitir pareceres e avaliar as intervenções em matéria de Promoção de Saúde num conjunto de escolas significativamente mais restrito do que a totalidade dos estabelecimentos de ensino.

### **Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS):**

A rede europeia de escolas promotoras de saúde é uma estrutura organizativa, criada em 1991 com o objectivo de promover a saúde dos jovens, contribuindo assim para *jovens mais felizes e integrados*. Desde 1994, que Portugal integra a Rede Europeia com o compromisso de implementar a Promoção e Educação para a Saúde em meio escolar. A rede de escolas, que valoriza *a educação para a saúde*, está vinculada à Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, um projecto do Conselho da Europa, da Comissão Europeia e do sector regional para Europa da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A exemplo da rede europeia, surge a Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS), também como modelo organizativo de experimentação e disseminação de boas práticas. As escolas aderiam à rede, mediante a celebração de um contrato de adesão, onde estava estatuído os três principais princípios orientadores de uma escola Promotora de Saúde:

(1) A Promoção da Saúde é um processo de desenvolvimento permanente;

<sup>7</sup>Organização fundada oficialmente em 1967: <http://www.apf.pt/apf.php?area=300&mid=001&sid=004>, pesquisa do dia 7 de Março de 2009.

<sup>8</sup>Fonte: Relatório Preliminar Gtes, 2005.

<sup>9</sup>Fonte: Dapp, *Estatísticas Preliminares*, 2000/01

(2) O processo educativo e a promoção da saúde contribuem para o desenvolvimento de capacidades e aquisição de competências para que cada indivíduo se confronte consigo próprio e com o meio e possa construir um projecto de vida saudável, exercendo assim, plenamente, a cidadania;

(3) O envolvimento dos diversos elementos da comunidade educativa, valorizando a participação activa dos jovens e o papel dos adultos de referência<sup>10</sup>.

## **Metodologia de trabalho e de avaliação no âmbito da RNEPS**

Após uma fase-piloto com cerca de 10 escolas, em 1997 decidiu-se alargar a Rede Nacional. Assim, o número de escolas foi crescendo, pois ao mesmo tempo que pediam a adesão à rede, recebiam contrapartidas financeiras (provenientes do Gabinete de Gestão Financeira – GGF -) para trabalhar as diversas áreas da promoção da saúde. As escolas deveriam trabalhar em estreita articulação com o Centro de Saúde local, entidade que também assinava o contrato de adesão e se comprometia a desenvolver os projectos com a escola, colaborando desde o início na fase de diagnóstico, concepção e implementação.

Durante os primeiros anos, começou-se com um número reduzido de escolas, (10) onde a experimentação de determinados programas (p. ex., o Programa de prevenção das toxicodependências em meio escolar, que esteve presente na criação do Projecto Viva a Escola - PVE-) poderia ser implementado e avaliado com alguma segurança, pois o número de escolas assim o permitia. A partir da fase de avaliação, disseminava-se e estendia-se o programa às outras escolas.

Nos últimos anos, sobretudo a partir de 2000, havendo um interesse político no investimento na Rede, ocorreu um aumento significativo de escolas a entrar para a rede, tendo este número ultrapassado as três mil escolas (3407 escolas). Os fundos que recebiam e a dinâmica da CCPES e do CAN, assim como dos técnicos das estruturas regionais (anteriormente referidos) muito contribuíram para este aumento significativo de escolas. No entanto, o aumento do número de escolas pode ter comprometido um processo de avaliação mais minucioso.

Em 1998, foi feito um questionário às escolas RNEPS<sup>11</sup> sobre o impacte da Promoção e Educação para a Saúde (PES) na vida da escola. O questionário foi dirigido a 558 escolas e as respostas recebidas permitem-nos identificar três domínios francamente positivos e outros três, que ainda que positivos, apresentavam valores mais baixos. Assim, domínios como (1) Práticas e metodologias de intervenção; (2) Capacidade para lidar com os problemas; (4) Articulação entre escolas; foram considerados positivos por 74% das escolas.

Outros domínios, como: (1) Nível de participação dos pais; (2) Nível de participação dos funcionários; (3) Nível de participação dos alunos, foram conside-

---

<sup>10</sup> Fonte: Contrato de Adesão, 2000-2001.

<sup>11</sup> Fonte: Questionário RNEPS, 1998, divulgado em comunicações pela Coordenadora do CAN, mas não publicado.

rados positivos, mas apenas entre 33% a 45% das escolas.

Sendo a Promoção e Educação para a Saúde um processo em desenvolvimento, esta avaliação teve o mérito de evidenciar aspectos, que tiveram de ser analisados para efectivamente conferir melhoria e sustentabilidade à concretização.

Entre os 10 factores considerados determinantes para o desenvolvimento da Promoção da saúde em meio escolar<sup>12</sup>, estão por exemplo (i) *Gerar nos alunos e seus pais o sentimento de pertença na vida da escola*, (ii) *Fornecer em permanência oportunidades de desenvolvimento das competências dos professores e do pessoal associado*.

Ao verificar-se que o nível de participação na vida da escola dos familiares, alunos e funcionários era um aspecto a rever<sup>13</sup>, houve necessidade de insistir neste ponto, já que foi tido como um factor crítico de sucesso.

Face a estes resultados, várias estratégias foram promovidas a nível central no sentido de comunicar às escolas a importância da participação dos pais/familiares e restante comunidade num processo, que se pretende global, ou seja, todos partilhem da mesma finalidade e todos se envolvam na sua construção.

Simultaneamente, esta primeira avaliação serviu também para legitimar o incremento do alargamento da rede, que dependia das políticas traçadas pela Rede Europeia. Tratou-se pois de uma avaliação, uma avaliação diagnóstico que justificava a mais-valia de uma "Escola Promotora de Saúde".

Não se entrava ainda no domínio da Educação Sexual e/ou outros assuntos ligados aos estilos de vida.

Conforme já referido, todas estas dinâmicas contribuíram para o elevado número de escolas RNEPS; o contexto estava preparado para trabalhar as questões relacionadas com a saúde e a sexualidade.

Se a legislação anterior na área da Educação Sexual apontava como razão determinante para a existência da ES nas escolas, o facto de haver um *número significativo de gravidezes em jovens adolescentes e relações sexuais desprotegidas*, o facto é que o ME ainda não tinha efectuado nenhum estudo sobre esta matéria.

Em 2000, o número crescente de escolas a aderir à RNEPS, era tido de *per se* como um *indicador de sucesso* em termos de promoção da saúde, pois revelava interesse e responsabilização por parte das escolas na execução do Programa da "Promoção da Saúde".

Não vamos discutir a pertinência e/ou a validade do indicador, pois até a este momento, nenhuma avaliação tinha sido feita nesse sentido. Sabemos que, em termos legais, as escolas deveriam corresponder ao estabelecido primeira-

<sup>12</sup> Fonte: Construindo Escolas Promotoras de Saúde : directrizes para promover a saúde em meio escolar, versão 2, IUPHE

<sup>13</sup> Rienzo(1989) conclui de um estudo levado a cabo em 54 escolas dos E.U.A., que o factor de maior sucesso para a implementação da educação sexual, é efectivamente o envolvimento das famílias. *In The politics of sexuality education. Journal of sex education and Therapy*, 15, 163-174.



mente na resolução do Conselho de Ministros nº124/98<sup>14</sup> e retomado na legislação emanada posteriormente e já referida (Lei nº120/99;Decº-Lei nº259), em que a ES, sendo definida como *uma componente do processo global de educação* – no fundo, a ES surge ligada, conforme já referido na LBSE, às dimensões pessoal e social do desenvolvimento das crianças e jovens – e uma *componente da promoção da saúde no ambiente da escola*, deve contemplar as seguintes dimensões: curricular, psicossocial, ecológica, comunitária e organizacional.

Para a concretização destas dimensões<sup>15</sup>, as escolas tinham como orientações: (1) Uma estreita colaboração e partilha de responsabilidades entre os sectores da educação e da saúde, aos diferentes níveis; (2) Um compromisso explícito de adesão ao processo por parte dos membros dos órgãos de gestão da escola e do centro de saúde; (3) A criação de condições organizacionais garantes de coerência e sustentabilidade do processo, o que pressupõe: (a) A integração da Promoção e educação para a saúde no Projecto educativo de escola/Agrupamento; (b) A adopção de metodologias participativas nas práticas pedagógicas; (c) A gestão flexível do currículo<sup>16</sup>, (d) Organização articulada entre os centros de Saúde e os estabelecimentos de ensino, de forma a responder às necessidades da respectiva comunidade educativa, em matéria de promoção da saúde.

Em síntese, poder-se-à dizer que em termos do macrosistema<sup>17</sup> português da ES, o quadro legislativo e normativo assim como as orientações políticas e as políticas de implementação estão definidas, e as escolas, nomeadamente a RNEPS, têm conhecimento e estão em condições de a executar.

### **Ponto de situação da Educação Sexual no ano 2001**

Neste domínio, em 2000/2001, foram criados 3 instrumentos: Plano de actividades, Avaliação de processo e Avaliação de resultados. Todos estes instrumentos foram enviados às escolas, que as mesmas deveriam remeter para a CCPES e CAN em data previamente estabelecida.

Em 2001, do total das escolas RNEPS, foram recebidos 665 Planos de Actividade, o que corresponde a 1816 escolas e 255 centros de saúde, pois estes, de acordo com as premissas de uma “escola promotora de saúde” também deviam

---

<sup>14</sup> Pág:5484

<sup>15</sup> Fonte: Referências adaptadas do livro: *A Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde*, CCPES, Lisboa(s/data), ISBN:972-783-061-7.

<sup>16</sup> Despacho nº 9 590/99, de 14 de Maio sobre *Gestão flexível do currículo*.

Decreto-Lei nº6/2001, de 18 de Janeiro: *Estabelece os princípios orientadores da organização e da gestão curricular do ensino básico, bem como da avaliação das aprendizagens e do processo de desenvolvimento do currículo nacional*.

<sup>17</sup> Conceito de Bronfenrenner (1979/2002), que traduz o sistema que exerce maior influência nos contextos de desenvolvimento da pessoa.

Nós admitimos que os pareceres vários, a diversidade de legislação e de normativos convergentes para a efectiva implementação da ES nas escolas, influencie necessariamente os profissionais de educação e da saúde nos seus contextos de trabalho.

participar, juntamente com a escola, nas diversas fases de implementação do projecto.

Os resultados desta primeira avaliação<sup>18</sup> agrupam-se em dois eixos:

- (1) Eixo um – tem a ver com a hierarquização das principais áreas temáticas, onde foram identificados problemas (fase de diagnóstico numa lógica de projecto);
- (2) Eixo dois - Um segundo eixo tem a ver com a selecção das principais áreas previstas para intervenção e respectivo público-alvo.

Procedendo a uma análise dos resultados a nível nacional, verificamos que no primeiro eixo, foram identificados problemas nas seguintes áreas temáticas:

- (1) 68% das escolas/Agrupamentos evocou em primeiro lugar a Educação Alimentar, tendo-se destacado a região do Algarve com 73%;
- (2) 56% das escolas/agrupamentos evocou em segundo lugar a Educação Sexual, tendo-se destacado a região do Algarve com 76%;
- (3) 36% das escolas/Agrupamentos evocou em terceiro lugar o Consumo do Álcool, tendo-se destacado a região do Algarve com 42%;
- (4) 35% das escolas/Agrupamentos evocou em quarto lugar a higiene corporal, tendo-se destacado a região do Centro com 39%;
- (5) 34% das escolas/Agrupamentos evocou em quinto lugar o Consumo do tabaco, tendo-se destacado a região do Algarve com 44%;
- (6) No âmbito do Consumo do tabaco, a Região de Coimbra apresenta um resultado abaixo da média (30%), tendo apresentado um valor superior na área da Higiene Oral;
- (7) 23% das escolas/Agrupamentos evocou em 6º lugar o Consumo de Substâncias

Ilícitas, tendo-se destacado a região do Algarve com 46%, valor superior ao das outras áreas, ou seja, na região do Algarve, a área de intervenção com um número superior de problemas, é efectivamente o Consumo de substâncias Ilícitas.

Há 28 áreas temáticas constantes deste primeiro eixo: as que revelam uma percentagem mais elevada foram já mencionadas e as que revelam uma percentagem inferior têm a ver com a *Higiene Alimentar*, *Condições da escola*, *Meio físico degradado*, *Necessidades educativas especiais*, *Doenças Infecto-contagiosas* e “*outros problemas*”; nesta última categoria, incluem-se 13% das escolas, percentagem bastante superior à constante das áreas supra, onde a média nacional se situa nos 3%.

Passando agora à análise dos resultados a nível nacional, verifica-se que no segundo eixo, foram identificadas, por ordem decrescente, as seguintes áreas como *previstas para intervenção*: Educação Alimentar/Educação Sexual/Higiene/Saúde Oral/Segurança/Prevenção dos consumos de álcool/tabaco/Prevenção do VIH/Sida/Prevenção do consumo de substâncias ilícitas/Educação Ambiental/Competências Sociais/Saúde Mental/Outras Áreas.

<sup>18</sup> Folha Informativa de Maio de 2001.

Em 2001, a preocupação do ME centrava-se essencialmente nas escolas, ou seja, nos contextos de aprendizagem formal; interessava avaliar o processo de concretização da “educação para a saúde”, dentro de um quadro de autonomia estabelecido pela Lei 115-A/98, de 4 de Maio. Em termos nacionais, os dados sobre o estado de saúde/riscos/estilos de vida da população estudantil não eram tidos em conta.

Esta primeira avaliação chama a atenção para aspectos que levantam algumas questões: em 2001, já tinha saído a legislação de referência para a área da educação sexual (Lei nº120/99, de 11 de Agosto e Dec<sup>o</sup>-Lei nº259/2000, anteriormente referidos) e, no entanto, constatamos que a “educação alimentar” é objecto de preocupação principal e a Educação Sexual é remetida para segundo plano.

Por outro lado, estes resultados salientam enquanto problema a “Higiene Corporal”, assunto que tem sido objecto de atenção por parte das instituições<sup>19</sup>, ainda antes da publicação dos documentos de referência em “Promoção da Saúde”. Esta situação pode levar-nos a confirmar a hipótese de que a “educação para a saúde” é, de facto, um processo longo e lento, em que as famílias também devem ser convocadas, para que os resultados se traduzem em eficiência;

O VIH/Sida é um tema que aparece em décimo lugar (12% das escolas evocam como área, onde foram identificados problemas). Correlacionando este resultado com o do estudo do HBSC 1998<sup>20</sup>, sabe-se que ainda há um quarto da população de jovens que pensa que um portador de VIH/Sida deve *viver à margem*, que mais de metade dos jovens considera que há um exagero no que diz respeito aos perigos da SIDA ou então referem “não saber”. O mesmo estudo, conforme já citado, também revela que a maioria possui informação sobre as formas de transmissão do VIH/Sida, mas o grupo dos mais novos manifesta mais dúvidas em relação às formas de contágio.

Para uma intervenção eficaz, o ME pode utilizar estes dados, devolvê-los às regiões, para que as mesmas se revejam/ou não no estudo e possam equacionar estratégias e, quem sabe, mudar o rumo das prioridades.

Constata-se ainda que há uma pulverização de temas (28), onde se identificam problemas, mas que, quando se trata de seleccionar para intervir, estes baixam para 13 áreas, conforme já identificado na análise do segundo eixo. Nesta selecção mais restritiva, salientamos que há uma correspondência entre o primeiro eixo, onde foram detectados problemas e o segundo eixo, onde definem os temas para intervir: assim, se a Educação Alimentar, Educação sexual foram considerados no primeiro eixo, também os vemos citados no segundo eixo. A questão da higiene aparece como terceira área para intervir, o que parece ser manifestamente um “problema”. Curiosamente, o consumo abusivo de álcool, que

---

<sup>19</sup> Jourdain, D. & al (2008). The future of health promotion in schools goes through the strengthening of teacher training at a global level, in PROMOTION AND EDUCATION, vol.XV, nº.3

<sup>20</sup> Um estudo (*Health Behaviour in School aged Children*) colaborativo da OMS e citado em páginas posteriores, no âmbito deste artigo. [www.aventurasocial.com](http://www.aventurasocial.com).

é o terceiro problema evocado, em termos de intervenção passa para sexto lugar.

### **Ponto de situação da Educação Sexual no ano 2002**

Em 2002 o número de escolas a pedir a adesão à RNEPS atinge um número considerável, (re)interpretado nestes termos: *A Promoção e educação para a saúde é cada vez mais uma preocupação das escolas e dos centros de saúde*<sup>21</sup>.

Em termos de avaliação, continuou-se no mesmo registo de 2000-2001: Registo de Plano de Actividades de Escola/Agrupamento e Centro de Saúde, assim como de Avaliação de processo e de Resultados.

Simplemente, neste ano lectivo, todos os Planos foram concebidos num CD-Rom, que foi enviado para toda a rede e as escolas enviavam por uma linha de e-mail os resultados. Foi uma modalidade de trabalho inovadora, à qual, as escolas responderam muito bem.

Os dados sobre as áreas de intervenção seleccionadas pelas Escolas e Centros de Saúde reflectem que, no que diz respeito às principais áreas de intervenção, este segundo ano de avaliação retomou os mesmos instrumentos de avaliação, o que permitiu que as escolas se fossem organizando no sentido de “reflectir” sobre o próprio processo de concretização da “educação para a saúde”. Este facto pode ter contribuído para que a “Promoção e Educação para a Saúde”adquirisse uma visibilidade e autonomia que outras áreas transversais ao currículo não atingiram.

A leitura dos resultados, tendo como referência a avaliação de 2000-2001, permite salientar os seguintes aspectos:

- (1) Já existe uma preocupação na definição dos principais temas, ou seja, uma preocupação em limitar a pulverização dos assuntos, aglutinando-os por temas
- (2) Assim, se na avaliação 2000-2001, as escolas, na sua diversidade, evocavam 28 temas, neste momento, as escolas conseguiram organizar-se<sup>22</sup> no sentido de se recentrarem em temas considerados como os 5 mais importantes, expressos no gráfico;
- (3) Cada um dos temas evidencia cinco sub-temas; os nexos a estabelecer entre cada um dos sub-temas e o tema ainda são difusos e podem ser equacionados de forma mais precisa. Por exemplo: se a “saúde oral” pertence ao tema “Segurança e Higiene”, podemos questionar o facto de “cáries dentárias” integrar o tema “Alimentação/Actividade física”. Parece haver aqui uma fronteira, que carece de redefinição/reflexão.

---

21 Folha Informativa de Junho de 2001/2002.

22 Esta organização de temas foi levada a efeito, através de reuniões sucessivas entre os membros do então CAN e os responsáveis regionais. As grelhas que se enviaram para as escolas já delimitavam o número de temas.

(4) A ES aparece em segundo lugar, acima da “Educação Alimentar”, mas constata-se que a “Higiene” continua a ser referenciada nos primeiros lugares, o que deixa patente a sua importância como área de intervenção.

Estes dois momentos de avaliação permitem-nos inferir que as escolas não minimizam a importância da ES, mas persistem em elencar em primeiro lugar outra área. Por outro lado, se nos focalizarmos nos sub-temas seleccionados como “problema” na área da ES, constatamos: (1) 26% considera “HIV/Sida/Hepatites” e “Comportamentos sexuais”. (2) 21% considera “deficiente informação”; (3) 20% considera “Relações Interpessoais”.

Estes dados parecem evidenciar uma correlação entre a “deficiente informação” e os “comportamentos sexuais”.

Neste sub-tema – “comportamentos sexuais” -, introduzimos o “VIH/Sida/hepatites”, pois ainda que pertença ao foro da patologia, mantém vínculos estreitos com os “comportamentos sexuais” e a eventual “deficiente informação”. Como se verá na análise dos dados do HBSC (1998) e face ao que já foi anteriormente referido sobre a presença do tema das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) no currículo, a questão para a qual chamamos a atenção, é o porquê da “ainda” **deficiente informação** nestes temas.

Para além deste tipo de avaliação que era centrado nas escolas RNEPS, em Junho de 2001, o ME decidiu “avaliar” a aplicação da Lei da Educação Sexual em todo o Sistema Educativo, uma vez que fazia um ano, que a mesma tinha saído.

Foi concebido um questionário sobre “Promoção da educação sexual” com questões agrupadas em três segmentos:

- 1) Um primeiro segmento relacionado com o “meio escolar: currículo, organização - escola RNEPS ou não - parcerias, destinatários, projecto educativo de escola, etc;
- 2) Um segundo relacionado com “apoio aos alunos”: serviços de apoio educativo, acompanhamento por parte das DRE, avaliação da parceria com o Centro de Saúde;
- 3) Um terceiro relacionado com a “formação dos agentes educativos”: modalidades de formação, entidades que dispensaram formação e os protocolos estabelecidos com a APF e, posteriormente, com as outras ONG.

Na construção deste instrumento de avaliação, foram utilizadas questões fechadas, do tipo “Sim/Não”. A informação foi recolhida a partir da leitura óptica das respostas, o que agilizou o processo de tratamento de dados. No primeiro ano de avaliação, foram tratados e avaliados 4724 questionários (o total da amostra). A maioria das respostas foi proveniente do primeiro ciclo.

Os resultados a seguir apresentados e obtidos a nível da estatística descritiva (frequências e percentagens), constituem um produto do tratamento estatístico efectuado através da utilização do *software* SPSS.

1. 68% das escolas reconhece que a ES é um contributo importante no aprofundamento das relações entre a escola e a família;
2. 58% das escolas considera que a ES contribui para a participação da co-

munidade escolar;

3. 26% ouviu a Associação de Pais na globalidade; isolando as Associações de Pais no secundário, a percentagem aumenta para 50% .

Neste mesmo questionário, isolou-se a categoria de escolas pertencentes à RNEPS e estabeleceu-se uma comparação entre os dois tipos de escola: “RNEPS” e “Não-RNEPS”. Responderam 841 escolas RNEPS (no total das 4724) e os resultados que a seguir se expõem foram confirmados estatisticamente.

Os resultados sugerem que:

1) *Em termos de organização:*

- 1.1. 85% das escolas RNEPS (*versus* 75% nas “não-RNEPS”) integram a ES nas disciplinas;
- 1.2. 56% das escolas integram projectos interdisciplinares (*versus* 33% nas “não-RNEPS”);
- 1.3. 75% das escolas integram a ES nas disciplinas 33% nos projectos interdisciplinares;
- 1.4. 48% das escolas RNEPS recorrem a especialistas (*versus* 24% nas “não-RNEPS”);
- 1.5. 43% das escolas dinamizam projectos de trabalho de turma interdisciplinares (*versus* 24% nas “não-RNEPS”);
- 1.6. 84% das escolas valorizam a articulação escola/família (*versus* 80% nas “não-RNEPS”);
- 1.7. 80% das escolas valorizam a participação da comunidade escolar (*versus* 72% nas “não-RNEPS”);
- 1.8. 43% das escolas articulam com os Serviços de Apoio Educativo e outros serviços locais (*versus* 22% nas “não-RNEPS”);

2) *Em termos de Recursos:*

- 2.1. 30% das escolas consideram possuir agentes educativos com formação adequada (*versus* 24% nas “não-RNEPS”);
- 2.2. 77% das escolas consideram as Equipas de apoio Local (EAL) um recurso para a formação dos agentes educativos (*versus* 23% nas “não-RNEPS”).

Manifestamente, da leitura dos itens evocados, sobressai que as escolas RNEPS evidenciam um apetrechamento superior para responder ao tema da Educação Sexual.

Sem entrar na discussão de porquê estes indicadores (organização e recursos) e não outros, o que se nos oferece dizer é que da totalidade do questionário dirigido ao Sistema Educativo, apenas foi estabelecido um cruzamento (RNEPS e não-RNEPS) e, neste ano, não se publicaram outros aspectos contemplados no questionário, nomeadamente, como os diferentes tipos de Escola (EB e E. Secundárias) gerem a ES em termos curriculares, qual o tipo de escola que mais recorre aos Serviços de Apoio especializado, etc.

Podemos inferir que a “Educação Sexual” foi o indicador seleccionado para provar a mais-valia da pertença das escolas na RNEPS.

Os dados obtidos em 2003<sup>23</sup>, com o mesmo questionário, confirmam que são as escolas RNEPS, que revelam maior grau de organização, apresentando muitas das vezes um desempenho mais adequado na concretização da “Promoção da saúde sexual em meio escolar”.

Mas, permanece a questão: independentemente desta mais-valia, será que os comportamentos dos jovens adolescentes, em termos de saúde positiva,<sup>24</sup> vão bem?

Para responder a este ponto, teremos de recorrer ao estudo do HBSC (Health Behaviour School-aged Children da OMS (Matos & Equipa Aventura Social, 2000; 2003) .

### **Estudos em meio escolar: o Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) em 2000 ( dados nacionais de 1998)**

O HBSC é uma rede de investigação, patrocinada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e, em Portugal, está integrado nos projectos da equipa Aventura Social, coordenado em Portugal por um dos autores do presente trabalho.

Entendemos que os objectivos, metodologias aplicadas e resultados deste estudo podem manifestamente contribuir para as decisões nas políticas de promoção e educação para a saúde, e *nos programas e intervenções dirigidas para os adolescentes, a nível nacional e internacional*<sup>25</sup>.

Com efeito, os objectivos do HBSC visam uma compreensão aprofundada dos comportamentos de saúde dos adolescentes, *seus estilos de vida e contextos sociais*. Baseado nas ciências sociais e comportamentais, o estudo está enquadrado numa abordagem dos estilos de vida e tem como finalidade analisar as relações entre a pessoa e o contexto numa *perspectiva sócio-psicológica e ecológica*. *A abordagem dos estilos de vida utilizada no HBSC analisa as relações complexas existentes entre as variáveis dos estilos de vida (neste caso comportamentos de saúde e o seu contexto ambiental e social) e pretende descrever e analisar como estes se relacionam com a saúde*<sup>26</sup>.

O questionário “Comportamento e Saúde em Jovens em Idade Escolar” foi o adoptado no estudo europeu HBSC/OMS em 1998. Foram incluídas as questões demográficas e um conjunto de questões relacionadas com vários aspectos da saúde dos jovens, de onde, dado o nosso interesse específico, apenas retete-

---

<sup>23</sup> Fonte: [http://sitio.dgicd.min-edu.pt/recursos/Paginas/cr\\_saude.aspx?View={452EB4DF-ADB3-4385-92A5-37557241F313}&FilterField1=Sec\\_x00e7\\_x00e3\\_o&FilterValue1=Educa%C3%A7%C3%A3o para a Sa%C3%BAde, consulta do dia 23 de Março de 2010.](http://sitio.dgicd.min-edu.pt/recursos/Paginas/cr_saude.aspx?View={452EB4DF-ADB3-4385-92A5-37557241F313}&FilterField1=Sec_x00e7_x00e3_o&FilterValue1=Educa%C3%A7%C3%A3o para a Sa%C3%BAde, consulta do dia 23 de Março de 2010.)

<sup>24</sup> OMS (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*, Versão portuguesa “Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública”, 17-21 Novembro, Ottawa, Canada, Lisboa: DGSaúde.

<sup>25</sup> Matos; M. et al. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses, quatro anos depois*. Lisboa: FCT, FMH, IHMT.

<sup>26</sup> idem

mos as crenças e atitudes face ao VIH-Sida.

A opinião dos jovens portugueses foi recolhida em 191 escolas nacionais de ensino regular, num total de 6903 alunos. As escolas foram sorteadas de uma lista nacional. Foram seleccionados alunos dos 6º, 8º e 10º anos de escolaridade, correspondendo a cada um destes anos uma idade média de 11, 13 e 16 anos, respectivamente. Um pouco mais de metade dos jovens (53%) são do sexo feminino.

O HBSC em 1998 (Matos Equipa Aventura Social, 2000) não aborda números de *gravidez precoce*, mas, conforme anteriormente referido, aborda as crenças e atitudes face ao HIV-Sida. Os principais resultados são os seguintes: (a) 3/4 dos inquiridos pensa que as pessoas portadoras do VIH não devem viver à margem da população. Os que referem “não concordar que os portadores de VIH vivam à margem” são sobretudo os mais velhos e as raparigas; (b) os restantes inquiridos ou não sabem o que responder ou concordam com a ideia de os portadores de VIH-Sida viverem à parte. Esta ideia é partilhada sobretudo pelos mais novos e rapazes; (c) A maioria dos jovens refere que era capaz de assistir a uma aula ao lado de um colega portador de VIH. São as raparigas e os rapazes mais velhos que se encontram neste grupo; (d) uma parte dos jovens refere que não era capaz de assistir a uma aula ao lado de um colega portador de VIH. São os rapazes e os mais novos que se encontram neste grupo. São também os mais novos que *não sabem o que dizer*; (e) Menos de metade dos jovens é da opinião que não se exagera sobre o perigo da Sida. De novo, são as raparigas e os rapazes mais velhos que se encontram neste grupo; (f) Outros referem que se exagera. São os mais novos e rapazes que se encontram neste grupo; (g) A maioria dos inquiridos considera verdadeiras as formas de contágio através de relações sexuais, utilização de seringa infectada, transfusão de sangue e transmissão mãe-feto. São os mais velhos e as raparigas que mais referem estas formas de contágio. Os mais novos são o grupo que manifesta mais dúvidas sobre as formas de contágio.

Face aos resultados do estudo, que ilações se podem tirar, tendo em vista a adequação de estratégias e programas de ensino-aprendizagem?

Estes resultados evidenciam que já existe a percepção do perigo e que já há um conhecimento sobre as formas de transmissão da Sida. Ao mesmo tempo, a maioria dos inquiridos parece não estigmatizar o portador de VIH-Sida. No entanto, este saber está centrado no segmento dos mais velhos e raparigas, o que pode ter a ver com questões desenvolvimentais e/ou a emergência de uma sexualidade já adulta.

O grupo dos mais novos revela ser o que mais dúvidas tem e “não responde”, não evidenciando a percepção do perigo nem dominando as formas de contágio.

Talvez fosse necessário desenvolver outras estratégias de aprendizagem junto deste grupo, de forma a colmatar as dúvidas.

A rubrica das “doenças sexualmente transmissíveis” faz parte do currículo de Ciências da Natureza desde o 2ºciclo.

Assim, haveria que entender o porquê das dúvidas e, gradualmente, criar



espaços de reflexão para que os mais novos aumentassem o seu grau de conhecimentos e de consciencialização dos perigos.

### **Estudos em meio escolar: o Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) em 2003 ( dados nacionais de 2002)**

O HBSC é um estudo, cuja aplicação decorre de 4 em 4 anos, pelo que após o estudo inicial de 1998, impunha-se o de 2002.

Tendo representatividade nacional, segue a mesma metodologia, com algumas variações em termos quantitativos de amostra nacional.

Assim, a amostra de 2002 foi constituída por 6131 adolescentes, com uma média de idade de 14 anos, frequentando o 6º, 8º e 10º ano de escolaridade do ensino público oficial, em Portugal Continental. O número de rapazes e de raparigas é equilibrado (49% de rapazes) e distribuem-se proporcionalmente pelas cinco Direcções Regionais de Educação.

Que resultados em matéria de “sexualidade” foram apurados neste estudo? Centremo-nos nos resultados obtidos pelas respostas dos alunos que frequentam o 8º e 10º ano de escolaridade (uma amostra parcial).

A percepção do início das relações sexuais situa-se maioritariamente a partir dos 14-15 anos (77%). Dos jovens inquiridos, no grupo entre os 11 e 13 anos, apenas tem a percepção de já ter iniciado as relações sexuais.

Não temos dados anteriores que nos permitam a comparabilidade, ou seja, dados de 1998, no início do HBSC em Portugal; sabemos que o início tardio das relações sexuais está relacionado com diversos factores, nomeadamente, uma maior informação sobre a “sexualidade”. E esta mesma faixa etária que sobressai por referir ser capaz de defender os seus direitos e ser capaz de evitar situações que não lhes agradam, o que pressupõe competências sociais do foro da autonomia.

Quanto à utilização do preservativo, é também o grupo de rapazes mais velhos e o grupo das raparigas, que mais frequentemente referem a utilização do preservativo para evitar a gravidez, evitar as DST, nomeadamente, o VIH-Sida.

Ainda sobre a utilização do preservativo, mas na última relação sexual, são os rapazes mais velhos, que referem mais frequentemente (em relação ao grupo das raparigas e dos mais novos) ter utilizado o preservativo. E este mesmo grupo que refere sentir-se à vontade para conversar/convencer o par sexual a usar preservativo.

No que diz respeito aos conhecimentos e crenças dos adolescentes face ao VIH-Sida e respectivo modo de transmissão do VIH-Sida, são as raparigas e o grupo de adolescentes mais velhos que revelam um conhecimento superior. É este mesmo grupo, que tende a apresentar atitudes mais positivas em relação às pessoas infectadas com VIH-Sida.

Em relação ao estudo anterior do HBSC, já temos no estudo de 2002 o estu-

do dos comportamentos relativos à ES, nomeadamente a percepção do início das relações sexuais.

Em relação ao uso do preservativo na última relação sexual, apenas uma pequena percentagem (7%) o não faz; a maioria utiliza preservativo, sobretudo o grupo dos mais velhos.

Relativamente aos dados do VIH-Sida, o grupo dos mais novos parece ser o menos apetrechado quer em termos de informação quer em termos de crenças.

Importa anotar este dado sobre a transmissão do VIH-Sida e, ao mesmo tempo, o porquê da estigmatização. Não se pode negligenciar também o facto de 7% dos jovens não utilizarem preservativo na última relação sexual.

Todos estes dados poderiam ser orientadores das futuras políticas da “Educação para a Saúde”, tanto mais que estava instalada uma preocupação criteriosa no acompanhamento da concretização da promoção da saúde nas escolas RNEPS.

#### **Ponto de situação da Educação Sexual no ano 2003-2004**

Após o ano de 2002, por Despacho nº5944/2003-2ª série, de 2 de Janeiro, a Coordenadora da CCPES e do CAN cessa as suas funções, tendo havido um vazio e/ou um desinvestimento entre 2003 e 2005, que culminou com a designação de um Grupo de trabalho de educação sexual (Despacho nº19 737/2005, de 15 de Junho) e que foi um marco importante na revitalização destas matérias.

A análise do trabalho deste grupo (GTES, 2005, 2007) e suas consequências na revitalização e no desenvolvimento da educação para a saúde/ sexual nas escolas será alvo da segunda parte deste trabalho.

#### **Discussão e recomendações**

Na avaliação até 2002 salienta-se como principais conclusões face ao objecto do presente trabalho: (1) O ME centra a sua avaliação sobre o processo de implementação da educação para a saúde, sem uma selecção prévia dos principais temas; (2) os estudos do HBSC centram-se na análise dos comportamentos de saúde dos jovens.

Entende-se que seria necessária a conjugação dos dois tipos de avaliação, pois a execução das políticas de promoção da saúde tem como finalidade última a formação de uma juventude informada e saudável.

Em matéria de ES, o presente artigo tentou recuperar o grande investimento nas escolas RNEPS; esse grande investimento traduziu-se nas preocupações de monitorização, organização da avaliação e devolução da mesma às respectivas escolas. Houve, de facto, uma aposta na rede de escolas promotoras de saúde, que os vários estudos evidenciaram como as escolas mais apetrechadas para trabalharem a área da sexualidade. Em termos europeus, foi considerado um caso

de sucesso<sup>27</sup>.

No entanto, sobre a saúde em concreto dos jovens em meio escolar, não foi tido em conta uma avaliação: aqui reside a complementaridade e importância do estudo HBSC.

Se a ES foi um indicador seleccionado para provar a superioridade desse apetrechamento das escolas RNEPS, seria interessante, como estudo posterior, isolar as escolas RNEPS da lista constante das escolas do HBSC, para verificar se esse apetrechamento (recursos humanos, cultura de escola, etc) se traduziu numa melhoria do comportamento dos jovens.

**Principais factos a reter:**

- 1) A representação de Portugal numa rede europeia de escolas promotoras de saúde teve um efeito catalisador da promoção e educação para a saúde;
- 2) A rede nacional de escolas promotoras de saúde (RNEPS) foi um marco importante da promoção da saúde em Portugal;
- 3) Houve preocupação com a avaliação das escolas RNEPS;
- 4) Houve uma dinâmica e uma estrutura de apoio às escolas, que fez com que as mesmas possuíssem uma orientação positiva, que tinha por efeito minimizar as dificuldades, centrando-se sobretudo nas respostas a dar em favor de “jovens saudáveis”
- 5) O desinvestimento em termos organizacionais, as polémicas geradas à volta da educação sexual na imprensa veio comprometer este movimento, que começava a ganhar sustentabilidade.
- 6) A designação de um Grupo de trabalho de educação sexual (Despacho nº19 737/2005, de 15 de Junho) foi um marco importante na revitalização destas matérias.

O designação do GTES e a sua acção na revitalização da Educação para a saúde nas escolas, nomeadamente na área da saúde sexual, será objecto da segunda parte deste trabalho e publicado no próximo número.

**(II Parte no próximo número)**

**REFERÊNCIAS**

- Bronfenbrenner, U. (1979/2002). *La ecología del desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Paidós Iberica (obra original de 1979)
- CCPES, (s/data). *A Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde*. Lisboa, ISBN: 972-783-061-7.
- Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES) (2007). Relatório Final, em [http://www.dgidc.min-edu.pt/saude/Paginas/Grupo\\_Trabalho\\_](http://www.dgidc.min-edu.pt/saude/Paginas/Grupo_Trabalho_)

---

<sup>27</sup> Parte deste estudo foi apresentado em A European Conference on linking education with the promotion of health in schools, september, 2002, p.86.

- Edu-Sexual.aspx. Consulta do dia 31 de Outubro de 2010
- Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES) (2005). Relatório Preliminar, em [http://www.dgidc.min-edu.pt/saude/Paginas/Grupo\\_Trabalho\\_Edu-Sexual.aspx](http://www.dgidc.min-edu.pt/saude/Paginas/Grupo_Trabalho_Edu-Sexual.aspx). Consulta do dia 31 de Outubro de 2010
- IUPHE.(s/data). *Construindo Escolas Promotoras de Saúde : directrizes para promover a saúde em meio escolar*, versão 2. [www.iuhpe.org](http://www.iuhpe.org).
- Jourdain, D. & al.( 2008). *The future of health promotion in schools goes through the strengthening of teacher training at a global level*, em PROMOTION AND EDUCATION, XV (3)
- Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE, 1986)
- Matos, M.G. equipa Aventura Social (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses*, Lisboa: FCT, FMH, IHMT.
- Matos, M.G. equipa Aventura Social. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses, quatro anos depois*. Lisboa: FCT, FMH, IHMT.
- OMS (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*, Versão portuguesa “Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública”, 17-21 Novembro, Ottawa, Canada, Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Rienzo, B. A. (1989). The politics of sexuality education. *Journal of sex education and Therapy*, 15, 163-174.